

Educación Médica y Salud



**A) CAPACITACION AVANZADA EN
DESARROLLO DE RECURSOS
HUMANOS**

**B) EXPERIENCIAS DE TRABAJO
EN LAS AMERICAS**

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA 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. 4: Recursos humanos en salud: La perspectiva latinoamericana.

Vol. 26, No. 1: Ciencias sociales y formación de recursos humanos.

Próximo número:

Vol. 26, No. 3: Promoción de liderazgo y formación avanzada en salud pública: La prestación de servicios de salud.

Educación Médica y Salud

Volumen 26, No. 2
Abril/junio 1992

ARTICULOS

A. CAPACITACION AVANZADA EN DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

- 177 **Capacitación avanzada en desarrollo de recursos humanos. Aportes para una metodología de planificación estratégica de recursos humanos en salud.** *Mario R. Rovere*
- 191 **La planificación estratégica en el desarrollo de los servicios de salud en Chile.** *Hugo Salinas Portillo y Patricio Silva Rojas*
- 206 **Análise crítica dos modelos de planejamento em saúde na América Latina.** *Juan Stuardo Yazlle Rocha*
- 225 **Contribución al marco teórico para el desarrollo de la acción intersectorial en salud.** *Julio Suárez*
- 242 **Liderazgo en enfermería: posibilidades y tendencias.** *Nohemy B. de Infante*

B. EXPERIENCIAS DE TRABAJO EN LAS AMERICAS

- 251 **El sistema de principios de la enseñanza, dialéctica de la instrucción y la educación.** *Boris Klaindorf Shainblatt*
- 263 **Situación actual y futura de la medicina veterinaria.** *Primo Arámbulo, III y Alfonso Ruíz*

RESEÑAS

- 277 **El programa de becas como instrumento de cooperación técnica y su contribución a la priorización de necesidades de formación de recursos humanos en salud: la experiencia de Cuba.** *José B. Jardines Méndez, María Isabel Rodríguez, María Matilde Serrano Cisneros y Charles Godue*
- 280 **Formação de recursos humanos na área de ensino médico da faculdade de medicina de Ribeirao Preto, Universidade de São Paulo.** *Maria de Lourdes Veronese Rodrigues y Cláudio Roberto Carvalho Rodrigues*
- 285 **NOTICIAS**
- 290 **LIBROS**

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.

CAPACITACION AVANZADA EN DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

APORTES PARA UNA METODOLOGIA DE PLANIFICACION ESTRATEGICA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD¹

Mario R. Rovere²

INTRODUCCION

La tradicional planificación de recursos humanos (o de personal de salud)³ ha resultado un aporte modelo con escasa repercusión práctica en la mayoría de los países de la Región. El movimiento de renovación teórico metodológico que sacude el campo de la planificación bajo la denominación de Planificación Estratégica (PE) puede, en opinión del autor, aportar elementos tanto para explicar las dificultades encontradas como para identificar formas de intervención más eficaces.

En un mundo ideal, un grupo de técnicos piensa cómo *deben ser* los servicios de salud en los próximos 20 años para alcanzar cobertura y accesibilidad universal y, a partir de una configuración de servicios con sus correspondientes funciones de producción definidas, calcula la fuerza de trabajo que necesitará. A partir de ello define qué cantidad de cada perfil profesional se requerirá formar y a qué ritmo, no solo para alcanzar sus metas sino también para sustituir las bajas previsibles. En una definición aún mayor perfila los contenidos educativos que debería adquirirse para ocupar el perfil ocupacional previsible.

¹ Desde su primera versión en 1989 este documento fue sometido a discusión en diversos grupos de trabajo y en especial al interior del Programa de Desarrollo de Personal de Salud, lo que permitió incorporar valiosas sugerencias.

² Consultor de la OPS/OMS, Lima, Perú.

³ En este trabajo se utilizan los términos recursos humanos, personal de salud y fuerza de trabajo como casi sinónimos, aunque estamos conscientes de lo inadecuado de esta sinonimia.

Es más, podemos añadir que este grupo de expertos intenta protegerse de algunas incertidumbres naturales a través de la definición de ciertas variables que marcan alternativas de optimismo-pesimismo que, con mayor o menor probabilidad, intentan encerrar el curso de los acontecimientos futuros. Análisis serios y rigurosos, cálculos precisos, error ponderado, un esquema atractivo y seductor y sin embargo, en la mayoría de los casos no funciona, no se intenta, o se utiliza como un mero ejercicio de simulación. ¿Por qué ocurre esto?

La planificación estratégica (PE), con sus aportes, ofrece algunas explicaciones posibles. En primer lugar advierte contra los análisis que dan por supuesto la existencia de altas concentraciones de poder para transformar en hechos lo planificado y llama la atención sobre la frecuente existencia de situaciones donde, precisamente, la principal restricción es la de recursos de poder (situaciones de poder fragmentado).

El área de recursos humanos, por su naturaleza intersectorial, es uno de los campos de salud donde las decisiones se encuentran más atomizadas. Ello obliga a diseñar mecanismos de análisis que incluyan desde el inicio una identificación de los diferentes actores institucionales y fuerzas sociales que participan de la construcción del panorama de la Fuerza de Trabajo en Salud (FTS) de cada país: universidades, ONGs, ministerios de salud nacionales, estatales, municipales, corporaciones profesionales, entidades científicas, asociaciones gremiales, entidades de la seguridad social y empresas privadas, a lo que se agrega la influencia que ejercen los empleadores y la atracción de los mercados de trabajo de otros países con sus respectivas políticas migratorias. Este es un listado incompleto pero ilustrativo de circunstancias y actores sociales, que desde sus posiciones, intereses, sistemas de valores, experiencias y objetivos, intervienen en la realidad de la problemática de FTS no solo sin subordinarse a las políticas de salud sino en muchos casos condicionándolas o construyéndolas.

Un modelo sistémico-racionalista no podría dar cuenta de esta complejidad limitándose a describir este panorama como de alta irracionalidad e insistiendo en sus modelos basados en el "deber ser".

APORTES DE LA PLANIFICACION ESTRATEGICA

La PE asume que la característica esencialmente "conflictiva" de este campo no es sino una manifestación singular de los conflictos básicos que construyen cada sociedad e intenta identificar, no a partir del "debe ser" sino a partir del "cómo es", las estrategias más adecuadas para la intervención exitosa de diferentes fuerzas sociales.

Este análisis nos lleva a la pérdida de los análisis "objetivos", "desde afuera" por aquello de que "no hay externalidad posible en los

sistemas sociales”.⁴ Este tipo de argumentación levanta rápidamente escozores entre quienes sienten la pérdida de la objetividad y acusan de subjetivista a este tipo de análisis, conscientes o no de la pérdida de poder que tal planteamiento conlleva.

En realidad, esto no significa renunciar a realizar el análisis más integrado y completo posible de una situación, para lo cual resulta imprescindible un trabajo de “reconstrucción intersubjetiva” que pasa por articular los análisis de los diferentes actores que participan en una situación concreta pero desde su propia perspectiva, su posicionamiento, su sistema de valores, su experiencia y su intencionalidad.

Desde nuestra perspectiva el desarrollo de un enfoque estratégico de recursos humanos en salud requiere una formulación metodológica sin la cual se reducen las posibilidades de intervención eficaz. Sin embargo, eso no significa transformar la riqueza de un enfoque como este en un simple algoritmo o secuencia de pasos.

Más lejos aún concebimos nuestro aporte como una orientación para el desarrollo de la metodología que entendemos debe ser construida en cada situación y ámbito concreto, algo así como lo que ocurre en la investigación social donde no se aplica método, sino más bien se construye método y esa construcción forma parte de la investigación misma.

En acuerdo con esta problemática colocamos en primer lugar algunos elementos que sirven para desestructurar los supuestos que han venido sosteniendo el edificio clásico de la planificación; llamamos a estos elementos “rupturas” y “rearticulaciones” de la planificación estratégica (Cuadro 1).

Yo y el sistema

La primera ruptura de la PE la señaló Matus en una reflexión donde dice “parecía que hasta entonces el verbo planificar solo se podía conjugar en primera persona”. En la práctica esto impedía la discusión sobre el poder y la naturaleza de las dificultades que la intervención en los espacios sociales genera, lo que no era de extrañar ya que los modelos analíticos extraídos de la economía clásica y que han alimentado los algoritmos de planificación generaron la fantasía de que era posible aplicar la metodología de la planificación de las grandes obras de infraestructura física a la planificación social, lo que en forma muy gráfica se denominó “ingeniería social”. Otros autores⁵ enfatizan que simplemente hasta que no emerge el o los otros que planifican no puede surgir el pensamiento estratégico.

⁴ Matus, C. *Planificación de Situaciones FCE*. México, 1978.

⁵ Dixit, A. y Nalebuff, B. *Thinking Strategically*. New York, W.W. Norton, 1991.

CUADRO 1. Planificación estratégica: rupturas y rearticulaciones.

"RUPTURAS" DE LA PLANIFICACION
ESTRATEGICA

YO = SISTEMA	→ NOSOTROS — LOS OTROS
RESISTENCIA	→ OPOSICION
SUJETO OBJETO	→ SUJETO SUJETO
RECURSOS ECONOMICOS	→ RECURSOS DE PODER
PODER CONCENTRADO	→ PODER FRAGMENTADO
TIEMPO DISCONTINUO	→ ARTICULACION HISTORIA-PLAN
HACER PLANES	→ PROCESO DE PLANIFICACION
FUTUROLOGIA	→ REVALORACION DEL PRESENTE
PLANIFICADORES	→ DECISORES

REARTICULACIONES:

- CALCULO QUE PRECEDE Y PRESIDE LA ACCION
- ARTICULACION ENTRE CONOCIMIENTO Y ACCION
- PLANIFICA QUIEN GOBIERNA (Política o Institucionalmente)

Resistencia u oposición

La segunda ruptura se refiere a la lógica de las dificultades antes señaladas, que lejos de ser vistas como una resistencia mecánica que formaría parte de la conformación de los sistemas (inercia de los sistemas, "natural resistencia al cambio"), es vista como una acción intencionada, en función a diversos grados y estrategias de oposición, que los "otros" tienen respecto del plan de "uno".

Sujeto-Objeto

Lo anterior permite conectar con la tercera ruptura identificada que, a su vez, viene a ser un concepto clave en la reconstrucción de las ciencias sociales y es que toda planificación social es un ejercicio que supone una relación entre sujetos y toda trampa de ocultación de esta relación debe ser desarmada en tanto cosifica e impide comprender la naturaleza conflictiva de tal intervención.⁶

Recurso crítico

Una cuarta ruptura se refiere a la identificación de los recursos críticos. El recurso de síntesis que la planificación tradicional ha utilizado

⁶ Ver en este sentido a Ibañez, J.: *Del algoritmo al sujeto, perspectivas de una ciencia social*. Madrid, Siglo XXI, 1985.

es el recurso económico. En esta propuesta los verdaderos recursos escasos pasan a ser los que denominamos recursos de poder. Es claro que esta ruptura es básicamente conceptual ya que no es posible cuantificar los recursos de poder. Claro está que tampoco es posible confiar en la reconversión de todos los recursos a recursos económicos ya que allí asignamos valor monetario o intentamos valorar recursos de naturaleza muy diferente (¿cómo darle valor económico a recursos tales como conocimientos, capacidad organizacional, influencia, capacidad de convocatoria, etc?). Esto demuestra que el concepto de recursos de poder (uso potencial) siendo de naturaleza cualitativa puede ser tan discrecionalmente calculado como el de recursos económicos pero, tal vez, con una capacidad explicativa mucho mayor.

Uso del tiempo

Otra ruptura es la que se refiere a la forma del tratamiento de la variable tiempo en la planificación. Esto en función de que la planificación es una reflexión para intervenir en una realidad que tiene su propia dinámica. (Usamos con frecuencia la imagen de subir a un tren en movimiento.) En consecuencia, no es posible imaginar una intervención que ignore las fuerzas que han construido este presente y que incluye los gérmenes de un futuro posible, por eso hablamos de una imprescindible sólida articulación entre historia y planificación.

Ante las alertas de quienes afirman que el conocimiento de la historia puede ser un freno a la creatividad y la innovación, creemos que es justamente lo contrario. Son quienes conocen la historia quienes pueden ser más creativos ya que otorgan valor relativo a la "autoridad" que suele generar el análisis sincrónico de un presente congelado.

Planificación a tiempo real

Analizamos también como ruptura el desplazamiento desde una postura centrada en hacer planes —es decir— en producir libros hacia el desencadenamiento de un proceso de planificación que sirva para conducir, revisando y adecuando el cálculo de planificación a tiempo real. Es por eso que se remite a las ideas más dinámicas y acumulativas de ficheros, archivos, y documentos ligeros, más que a planes-libro.

Solo vivimos en el presente

Otro elemento en discusión es el uso del futuro que ha supuesto en muchos casos ejercicios de fuga y predicción que han popularizado la

imagen del planificador como adivino. En la práctica no se trata de adivinar el futuro sino de construirlo, lo que solo puede hacerse en el presente.

En otras palabras, si el futuro no es una entidad físicamente real, resulta en la práctica una representación más, si bien una representación fundamental porque guía nuestra conducta. En consecuencia, enfatizamos la importancia del futuro como elemento de dirección, a condición de que no sirva como fuga sino como recurso de cálculo para la acción de día a día.

Quien planifica

En el campo de la planificación debemos enfrentar el problema de la asociación de esta actividad con los planificadores profesionales y en muchos casos con oficinas de planificación que han perdido su ligazón con las unidades de gobierno y gestión. Ante esto se afirma enfáticamente que la planificación es una reflexión para la acción, en consecuencia consideramos que está más cercano a la planificación el cálculo intuitivo de quien toma decisiones que el ejercicio sesudo de quien poco tiene que ver con la acción. Por eso redefinimos la utilidad de las oficinas de planificación en tanto que sean asesoras de esos procesos, recuperando la planificación para todos aquellos que toman decisiones y tienen responsabilidad de gobierno, entendido este en sus sentidos políticos y administrativos.

Rearticulaciones

En base a estos elementos surge la necesidad de rearticular lo que la teoría y/o la aplicación práctica de la planificación han separado. Rearticulación que se expresa en ciertas frases que son colocadas como pilares de una refundación de la planificación.

En la primera —cálculo que precede y preside la acción— se enfatiza la articulación de futuro y presente (también podría verse una rearticulación embrionaria entre planificación y administración).

En la segunda —articulación entre conocimiento y acción— se enfatiza la necesidad de articular dialécticamente teoría y práctica y adicionalmente se autoatribuye a la planificación precisamente ese rol articulador.

En la tercera —planifica quien gobierna— se enfatiza⁷ la rearticulación práctica de la planificación con el ejercicio del gobierno. Una articulación adicional es el uso de la palabra gobierno en un sentido amplio que abarca tanto la función política como la conducción de instituciones.

⁷ Para este concepto ver Matus, C. *Adiós, señor Presidente*. Caracas, Pomaire, 1987.

Se afirma en este caso que son tareas de naturaleza similar pero complejidad diferente.

ANALISIS ESTRATEGICO DEL CAMPO DE RRHH EN SALUD

En base a los elementos presentados introducimos algunas características para la representación de un campo que hemos visto tradicionalmente analizado, desde posiciones más bien racionalistas. Se considera al campo de RRHH como un campo subordinado al más amplio y continente de políticas y planificación sanitaria o de salud, concepción dominante que se basa probablemente en una o más de las siguientes premisas:

- Concepción racionalista y normativa de la planificación y de la arquitectura de poder de las organizaciones más ligada a cómo *deben ser* las cosas que al análisis de *cómo son* en realidad.
- Concepción instrumentalizada y cosificada del trabajo humano implícito en la concepción de “Recursos” humanos (o de factor de producción), dando lugar a la gerencia o administración de un “Recurso” más como las máquinas, los insumos, el dinero, etc. (lógica implícita en la mayoría de las propuestas de administración de personal).
- Una concepción de universidad como “fábrica de mano de obra calificada” y como parte del “subsistema de formación de recursos” que permitiría la reproducción de la fuerza de trabajo para formar los “recursos humanos que el país necesita”; concepto mágico que supone no solo que tal cosa puede conocerse con anticipación, sino además que las diferentes fuerzas sociales se pondrían de acuerdo sobre ello.
- Una concepción sistémica y ahistórica de la educación que supone la posibilidad de construir “perfiles” de formación y ocupacionales de alta superposición en el supuesto de la existencia de sistemas homeostáticos en donde cualquier cambio es visto como amenaza.

Sin embargo, existe la posibilidad de conceptualizar el campo de manera diferente utilizando para ello:

- Una concepción estratégica de la planificación de salud y de recursos humanos que detecte que en los espacios sociales el impulso transformador no surge de “arriba para abajo” o de “abajo para arriba” sino desde donde se puede, desde donde se generan las propuestas más innovadoras o las estrategias más exitosas. En este sentido es evidente que la emergencia de la categoría *Poder* recoloca por sí misma la problemática de recursos humanos en el centro del análisis.

- Una concepción igualmente estratégica de la administración que permita visualizar que los “recursos humanos” no están “dentro” de las organizaciones sino que más bien “son” las organizaciones y que estas organizaciones son recortes de la estructura social donde la coacción, la cooperación, la competencia o el conflicto forman parte de una dinámica de alta especificidad aunque a la vez son atravesadas por los determinantes más amplios de la sociedad en su conjunto a la que contribuyen a construir. Así los fenómenos de liderazgo y conducción del esfuerzo cooperativo es el trabajo fundamental de la administración de los servicios de salud al lado de los cuales la administración de otros recursos por complejos que estos sean se transforma en una tarea menor.
- Todas las escuelas innovativas en el campo de la administración estratégica redescubren justamente la problemática de recursos humanos haciendo énfasis en aspectos tales como el análisis de la cultura, los procesos de comunicación, el desarrollo del liderazgo institucional, la generación del emprendimiento interno, etc.
- La universidad y otras entidades formadoras son organizaciones complejas que *no* necesariamente forman ni deben formar “el personal que el país necesita” (bastaría recurrir a la frase “El profesional que el país necesitará” para desestructurar lo reproductivo y normativo de aquella frase) sino más bien pueden formar profesionales y técnicos críticos capaces de comprender, participar y estimular procesos de cambio y transformación de los servicios de salud. Esto no significa el resurgimiento de una concepción nostálgica de universidad similar a la década del 60. Se trata de comprender a la universidad en su compleja trama al mismo tiempo como un actor social y como un escenario o espacio donde distintas fuerzas sociales dirimen sus diferencias y disputan cuotas de poder e influencia. Por todo ello es que el análisis del campo de intervención debe representarse con modelos más potentes para explicar la dinámica de cambio en los espacios sociales.

Así es posible pensar que salud es un recorte más o menos artificial de la realidad social en donde se desarrolla y constituye el proceso salud-enfermedad como un objeto-sujeto social e históricamente construido y que los análisis de FTS no son sino formas particulares, perspectivas de análisis y espacios de intervención, en la dinámica de reproducción-transformación de esa realidad.

Frente a una concepción de esta naturaleza es posible desestructurar muchas de las “dependencias” de este campo. No significa de ninguna forma el pensar que este sea el único campo o la única perspectiva

de intervención. Ni siquiera la más eficaz, ya que eso dependerá de cada realidad concreta. En algunos países o regiones liderará en transformaciones y en otras será arrastrada por la fuerza de los hechos hacia situaciones impensadas.

ALGUNAS PROPUESTAS METODOLOGICAS

En este esquema de trabajo intentamos presentar los rasgos dominantes del proceso lógico de la planificación estratégica aplicada al desarrollo de recursos humanos, sin que ello suponga una secuencia lineal o algorítmica. Estos momentos son descritos brevemente.

Análisis de situación de FTS (AS)

Este análisis requiere de la identificación de actores relevantes, pero ¿cómo podríamos hacer emerger estos actores?; interrogaremos por ejemplo: ¿Quién define a quienes se forma, a cuántos se forma, en qué se forma y dónde se forma la fuerza de trabajo en salud? ¿Quién legitima las prácticas profesionales y quién otorga las credenciales? ¿Quién legitima la especialización? ¿Quién emplea, qué retribuye y cómo retribuye el trabajo? ¿Quién controla, regula o autoriza las prácticas profesionales en las diferentes unidades productivas? ¿Quién acredita los servicios, define las competencias profesionales y las funciones de producción en cada tipo de servicio? ¿Quién defiende las retribuciones y qué recursos de poder controla para ello? ¿A quién se representa en las negociaciones? ¿Quién fija estímulos para radicar en zonas desfavorables o no atractivas? ¿Quién monitorea los mercados de trabajo de otros países o regiones? ¿Quién define las políticas migratorias que afectan a las profesiones de salud en cada país? ¿Quién define, quién puede (y quién no) capacitarse en el exterior y con qué política de reinsertión?

Estas preguntas sirven solo para ejemplificar la complejidad y naturaleza de un análisis situacional de FTS que identifique los principales actores que en los hechos construyen la política de recursos humanos de un país y por ende preconfiguran sus políticas de salud a mediano y largo plazo.

Un análisis bien ponderado de actores y fuerzas sociales por sí solo contribuiría a identificar estrategias para buscar coherencia en la planificación de FTS.

También es necesario analizar los actores más relevantes de cada situación en términos de reconstruir “su” análisis, identificando su posición (desde donde analiza la realidad), con qué sistema de valores o aparato ideológico, con qué experiencia, intereses y aspiraciones; lo que es posible

en ocasiones a través de los “rastros” o “indicios” que se encuentran en su aparato discursivo, su historia, su posición frente a hechos relevantes, etc.

Este análisis requiere, a su vez, ser desdoblado por planos. Desde un plano donde se captan los rasgos más fenoménicos de la situación, hasta los planos más profundos y estructurales que marcan los grados de determinación y libertad de cada situación concreta.

Integrando estos análisis se puede identificar, en ocasiones, a través del rastreo de las situaciones de conflicto real o potencial, los principales problemas en el campo de análisis de la FTS y al identificar estos problemas, existe mayor probabilidad de descubrir estrategias exitosas de intervención.

Aquí puede observarse que en este estilo de planificación se privilegia el análisis cualitativo y la capacidad de descubrir o develar rasgos o características de la realidad que están más allá de sus manifestaciones aparentes, lo que no excluye el uso analítico de la mejor información cuantitativa con que se pueda contar.

Investigación de problemas críticos (IP)

Los nudos conflictivos que emergen del análisis situacional permiten organizar y operacionalizar la estructura problemática del campo, es decir, el listado de problemas críticos priorizados por su valor político, los cuales requieren ser descritos y explicados y podrían constituirse en recortes que alimenten proyectos específicos de intervención.

Problemas tales como: la distribución geográfica inequitativa de profesionales de salud, el carácter excesivamente reproductivo de una escuela profesional, el debilitamiento académico de las ciencias básicas, concursos de algunas categorías de personal técnico o profesionales que resultan desiertos, migraciones selectivas de personal de salud, becarios que retornan sin encontrar sus puestos de trabajo, técnicos utilizados en tareas para las que no han sido formados, políticas globales de racionalización (reducción) de personal que compran las renuncias del personal más necesario, la reducción del peso de la investigación en el desarrollo de las universidades de la Región, “la desjerarquización de las credenciales del sistema educativo.”⁸ Son algunos ejemplos de problemas con frecuencia identificados por grupos de planificación de la región.

La delimitación, descripción y explicación de cada problema crítico es una tarea heurística que pone en juego el conocimiento, los valores y la experiencia de quien lo analiza. Es un proceso que siempre se realiza (ya que de lo contrario no habría proyectos) pero en ocasiones no se explicita

⁸ Tedesco, J.C. El desafío educativo. Buenos Aires, Gel editores.

o formaliza. El hacerlo permite revisar el aparato explicativo, someterlo a discusión y sobre todo desestructurar las "soluciones únicas" para cada problema.⁹

Definición de una visión; prospectiva y escenarios (DV)

Otro momento (insistiendo en el carácter no secuencial de la metodología) incluye un trabajo de prospectiva, que no está basado en fantasías, deseos o proyecciones sino en un análisis realista de la situación. El éxito de este momento depende en parte de la calidad de los momentos anteriores; se busca una definición responsable y consciente de una situación a alcanzar que sirva como indicador eficaz y como motivador colectivo de los esfuerzos que se realicen (lo cual no significa resignar aspiraciones o utopías). Por otra parte, al no construirse una situación objetivo "definitiva" el peso de esta etapa es mucho menos definidora que en la planificación tradicional; lo que le otorga flexibilidad y adaptabilidad.¹⁰

El concepto de visión introducido por autores del campo de la Administración Estratégica hace referencia al carácter de comunicación de la situación objetivo. Se refiere a que cuando un actor colectivo "descubre" su visión puede ponerse en marcha en un determinado sentido. Una buena visión es tan importante que puede orientar los esfuerzos aun sin necesidad de una instrumentación explícita.

Por otro lado resulta importante revisar aquí el concepto de articulación entre historia y planificación, recuperando el presente como el momento articulador que contiene el pasado que lo explica y el futuro que puede ser.

Diseño de proyectos (DP)

Los proyectos que se diseñan tienen una definición programática contra la cual confrontarlos, limitando así el riesgo de tener un conjunto de proyectos de alta eficacia individual, pero con baja o ninguna eficacia direccional en términos de cambiar la situación de la FTS en su conjunto.

Se constituyen en relación al momento de investigación de problemas en una estructura modular de proyectos y operaciones que enfrentan problemas (y su respectivo aparato explicativo). Los proyectos son eva-

⁹ Para la profundización de este tema se recomienda ver la matriz de descripción y explicación de problemas tal como aparece en Castellanos, P.L. *Sobre el concepto de salud-enfermedad*. Ponencia presentada al V Congreso Mundial de Medicina Social, Medellín, 1987.

¹⁰ Matus denomina a los momentos 3 y 4 como "normativos" resolviendo la contradicción normativo versus estratégico afirmando que en la PE lo estratégico se vuelve dominante sobre lo normativo pero a su vez lo contiene.

luados en relación al momento de definición de la visión para verificar su eficacia direccional, es decir el aporte que realizan al logro de los objetivos acordados.

Construcción de viabilidad (CV)

El “descubrimiento” y diseño de estrategias lleva implícito un análisis de *oponentes, obstáculos, fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades*; elementos que solo pueden surgir de un análisis situacional “no sistémico” que dé cuenta de estas complejidades. Es en este ámbito donde los proyectos “necesarios” tienen que hacerse también “posibles”. Es por ello que el momento está dominado por la necesidad de construir viabilidad para los proyectos diseñados ya seleccionados por su eficacia direccional. Este momento concluye con el diseño de una “trayectoria real” hacia la situación objetivo, trayectoria que es una articulación de los proyectos y operaciones pre definidos o bien de otros diseñados especialmente para generar viabilidad a los proyectos sustantivos (Proyectos Soporte) que en forma paralela y/o en forma secuencial se potencian y complementan.

Programa direccional (PD)

El momento de conducción y liderazgo se plantea como una instancia crucial de transformación de pensamiento en acción lo que lo transforma en la práctica en un momento de validación. Expresa la conducción de día a día que permite a un actor intervenir activamente sobre una realidad.

Es frecuente ver que en organizaciones burocratizadas, este es el único momento funcional aunque alguna forma de cálculo de los otros momentos necesariamente se halla presente porque de lo contrario la acción humana intencionada no es posible.

Como tal, el momento requiere, o pone a prueba la capacidad táctica de quien ejecuta o conduce la acción práctica expresada en su precisión y flexibilidad. Por otra parte también pone a prueba la calidad de los otros momentos de la planificación.

Articulación de los momentos

En el Cuadro 2 presentamos una síntesis de las características dominantes de los momentos señalados.

Ante estas circunstancias, la instalación de una propuesta de planificación estratégica necesita reconocer cómo se articulan, a su vez, estos momentos entre sí.

CUADRO 2. Características de los momentos de la planificación.

Momento	Plano	Habilidad dominante
1. Análisis de situación	Global	Capacidad de análisis y de síntesis, descubrimiento de lo latente tras lo manifiesto. Posicionamiento. Ponerse en lugar de otro.
2. Investigación de problemas críticos	Específico	Capacidad de síntesis — Precisión — Conocimiento — Investigación
3. Prospectiva Escenarios	Global	Diseño — Creatividad — Información — Amplitud — Experiencia — Definición — Decisión — Compromiso — Valores
4. Diseño de proyectos	Específico	Cálculo — Experiencia — Precisión — Conocimiento tecnológico — Diseño
5. Descubrir y diseñar estrategias	Global	Concentración — Cálculo — Conocimiento — Experiencia — Creatividad — Nivel de información
6. Conducción y liderazgo	Específico	Precisión — Flexibilidad — Compromiso — Velocidad de reacción

CUADRO 3. Articulación de momentos.

AS → IP	A través de los problemas críticos que emergen del análisis situacional.
IP → AS	A través de correcciones al análisis situacional que se desprende de un análisis preciso de la delimitación, descripción y explicación de los problemas.
AS → DV	Alimentando la preconfiguración de escenarios y la definición de la situación objetivo.
IP → DP	Articulando los problemas y sus explicaciones seleccionadas (en función de su vulnerabilidad para este actor) a proyectos y operaciones. Generando una relación <i>Problema enfrentado por un Proyecto</i> , Explicación vulnerable enfrentada por una operación.
DV → DP	Organizando operaciones y proyectos en un conjunto coherente (apertura programática) demandado por la situación objetivo y las trayectorias teóricas para alcanzarla.
DP → DV	Análisis de coherencia y eficacia direccional de los proyectos.
DP → CV	Análisis de viabilidad de los proyectos que entran como insumo para construir la trayectoria real.
CV → DP	Demanda de diseño de nuevos proyectos "soporte" o proyectos constructores de viabilidad.
DP → PO	Definición de operaciones aptas para ser gerenciadas por objetivos.
CV → PO	Plan de acción que permite la conducción táctica/el manejo del tiempo y de los recursos.
PO → DP	Demanda de nuevos proyectos e instrumentos de soporte para incrementar la capacidad organizacional.
PO → CV	Información táctica para validar o rectificar estrategias.

A modo de conclusión

El campo de la planificación de recursos humanos en salud presenta una complejidad mucho mayor que la asignada habitualmente como un "ingrediente" de la planificación sectorial. Se trata más bien de un recorte que intersecta el mundo de la salud, de la educación, del trabajo y del desarrollo científico y tecnológico, y si hoy alcanza una baja visibilidad, especialmente en lo que respecta al papel del Estado, es probablemente debido a que por un lado las "racionalidades" de esos sectores no siempre son convergentes y, por el otro, a que el campo ha sido en buena medida abandonado a las fuerzas del mercado que siempre opera mejor en situaciones de opacidad.

Esto podría explicar las "resistencias" a la planificación, reforzadas por argumentos sobre la inadecuación de modelos que daban por supuesto una alta concentración de poder en el Estado en un área donde justamente y en muchos casos las cuotas de poder son muy reducidas.

En este análisis es que se abre paso la propuesta de planificación estratégica de recursos humanos en salud, una propuesta que presentamos en sus rasgos más generales y que viene siendo construida y validada en la práctica concreta de algunos países de la Región.

BIBLIOGRAFIA

- Barrenechea, J.J., Trujillo Uribe, E. y Chorny, A. *Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud: Salud para todos en el año 2000*. Medellín, Universidad de Antioquia, 1990.
- Collins, R. *La sociedad credencialista: sociología histórica de la educación y de la estratificación*. Madrid, Akal, 1989.
- Ferreira, J.R., Coelho Neto, A., Collado, C., et al. El análisis prospectivo de la educación médica en América Latina. *Educ Méd Salud*; 22(3):242-367, 1988.
- Ibañez, J. *Del algoritmo al sujeto: perspectivas de la investigación social*. Madrid, Siglo Veintiuno, 1985.
- Matus, C. *Planificación, libertad y conflicto*. Caracas, Instituto Venezolano de Planificación (Serie Planificación, 16), 1985.
- Matus, C. *Planificación de situaciones*. México, D.F., Fondo de Cultura Económica, 1980.
- Matus, C. *Política, planificación y gobierno*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1987; Caracas, Imprenta Venezuela, 1987.
- Pérez Lindo, A. *La batalla de la inteligencia: ciencia, universidad y crecimiento*. Buenos Aires, Cántaro, 1989.
- Rovere, M. y Tamargo, M.C. Planificación estatal en salud. *Salud para Todos* 2(8): 2-9, 1989.
- Schlemenson, A. *Análisis organizacional y empresa unipersonal: crisis y conflicto en contextos turbulentos*. Buenos Aires, Paidós, 1987.
- Tedesco, J.C. *El desafío educativo: calidad y democracia*. Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano, 1985.
- Testa, M. *Pensamiento estratégico y lógica de programación (el caso de salud)*. Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud, 1989.
- Testa, M. *Pensar en salud*. Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud, 1990.

LLA PLANIFICACION **ESTRATEGICA EN EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN CHILE**

Hugo Salinas Portillo¹ y Patricio Silva Rojas²

INTRODUCCION

A la luz del conocimiento médico-administrativo moderno, frente al desarrollo de los servicios de salud se han de esperar dos opciones: la primera que apunta a su óptimo desarrollo y la segunda que indica que este ha sido insatisfactorio. Esta última parece ser la situación de la América Latina, fundamentalmente por la crisis económica, política y social que ha afectado al Continente (1).

Las respuestas a las demandas de atención de salud, de por sí insuficientes, se ven agobiadas por demandas crecientes, por lo cual la deuda sanitaria de nuestros países para con su población, aumenta aún más. A todo lo anterior, es necesario sumar la falta de eficiencia, eficacia y equidad de dichas actividades de atención.

La respuesta del sistema de salud, para hacer frente a esta situación, orienta a que se le considere ya no como un sistema aislado, sino como un sistema interrelacionado y multisectorial, donde destacan la educación, como parte de un sistema local con salud, y un sistema ecológico, formado por las necesidades de vivienda y trabajo, todos ellos componentes de la calidad de vida de la población.

Estos conceptos, de carácter general, que suelen no generar gran discusión, necesitan ser considerados al momento de enunciar una política de salud, es decir, al momento en que el poder político expresa, de manera formal o virtual, la forma en que dará satisfacción a las necesidades de salud de la población.

¹ Jefe de Gabinete, Subsecretaría de Salud, Chile.

² Subsecretario de Salud, Chile.

La consideración de una política de salud debe incluir de manera preferencial elementos inherentes y propios al desarrollo sectorial de salud, con especial referencia a la misión y objetivos que dicho sector debe cumplir dentro de la sociedad (1).

Desde un punto de vista doctrinario, la salud es un bien, debiendo el Estado garantizar el derecho a la salud de todos sus habitantes, independientemente de sus condiciones socioeconómicas, mediante subsistemas de salud que tiendan a disminuir desigualdades, y fomenten la solidaridad, de tal manera que antes de producirse un estado carencial, de manera preventiva el sano haya efectuado aportes a los enfermos y los jóvenes a los viejos.

El enfoque estratégico de una política de salud presupone la participación activa de la comunidad, pilar fundamental en la traducción de las directrices emanadas desde un nivel superior, el fomento de la relación intersectorial, el desarrollo de un sistema de salud eficaz en el logro de resultados y eficiente al momento de manejar recursos. La eficiencia en materia de salud requiere un estado básico de construcción hospitalaria, medios de transporte, materiales e insumos, implementación y mantenimiento de equipos médicos, etc., y la focalización de acciones en los grupos más vulnerables, lo cual no significa ir a la creación de programas específicos para determinados grupos de población, sino por el contrario, producir las modificaciones necesarias en los programas generales, para lograr que los grupos de riesgo tengan acceso a los servicios con mayor facilidad.

Desde el punto de vista organizacional, el sistema de salud chileno es un sistema mixto, con participación de los subsectores público y privado. El sistema tiende, en forma creciente, a la descentralización y desconcentración de sus actividades, en el marco de referencia general de la nación.

El sistema de salud público recibe aportes fiscales, cotizaciones obtenidas de las remuneraciones de los trabajadores (7%) que sufragan a este subsistema (Fondo Nacional de Salud), e ingresos propios generados por pago directo por parte de aquellos que se encuentran en condiciones de hacerlo.

Los mecanismos de asignación de recursos empiezan a propender al incentivo de la eficiencia en el logro de los resultados y en materia de recursos.

La elaboración de una política de salud, orientada a la finalidad de la acción responde al "¿cómo hacer para solucionar los problemas de salud de la población?". El plan de salud nos indica el "cómo hacer", para llevar adelante nuestra política.

El plan de salud, a diferencia de la política, que debe ser definida por los niveles políticos superiores, debe considerar al ente intermedio y operativo, toda vez que este es un modelo técnico del accionar. Debe asimismo incluir el desarrollo de actividades, su ordenamiento y plazos fijos

para el cumplimiento de metas finalistas y reales. El plan de salud no puede traducirse en la simple repetición de acciones, sin considerar elementos de control, supervisión y evaluación, de modo que permitan, cuando sea necesario, su reformulación.

El plan de salud debe corresponder a “un proceso continuo, de cambios constantes, que se obtienen de modo definido a lo largo del tiempo, en un intento de esclarecer y orientar las propuestas de una política de salud”.

El Ministerio de Salud se planteó como bases programáticas para el sector salud, dentro de los próximos años, las siguientes (2):

1. Mejorar el acceso a la salud: El aumento de cobertura de atención debe ser acompañado con un aumento real en la calidad de esta.

2. Resolver la crisis hospitalaria: En forma paulatina, de acuerdo con las reales condiciones económicas, se irá abordando la construcción, reparación, normalización, etc. de los establecimientos de menor a mayor complejidad dentro del sistema, dotándolos del equipamiento que resulte indispensable para el logro de su misión. La solución de la llamada “**brecha tecnológica**” corresponderá a lo indispensable para el cumplimiento de brindar atención de salud, y no a la última tecnología ofrecida por el mercado.

3. Prevención y protección de la salud: El reenfoque del sector salud estará dirigido a optimizar mecanismos preventivos de enfermedad o de fomento de la salud, más que a acciones curativas. Sin embargo, de ser necesarias estas últimas, el sector debe estar preparado, con oportunidad y calidad, para su enfrentamiento.

4. Mejorar la calidad del medio ambiente: El medio ambiente nacional atraviesa por una profunda crisis, en directa relación con la salud de las personas. Los esfuerzos van encaminados a lograr coordinar los numerosos y valiosos aportes interinstitucionales con objeto de lograr la mejoría del ecosistema.

5. Fortalecer la capacidad institucional: Este punto considera la labor desarrollada por el Consejo Consultivo Nacional de Salud, y sus equivalentes en los servicios de salud del país y el Programa de Desarrollo Estratégico de los Servicios de Salud.

Es indudable que, orientados en la búsqueda del cumplimiento de las políticas a través de la elaboración de planes, los individuos intenten su agrupación en organizaciones, con el objetivo de aunar esfuerzos y hacer más fácil dicha labor. Estas organizaciones, “estructuras y personas”, tomando como base la misión que les ha sido asignada, propenden al logro de objetivos y a su propio desarrollo.

El desarrollo de una organización moderna, no se limita solo a lo productivo, sino que contempla su crecimiento estructural y el manejo de su clima o cultura organizacional.

La productividad ha desplazado su concepción estática de insumo/producto, por una más dinámica que tiende a la obtención de dicho producto, con la mayor calidad, al más bajo costo y en el menor tiempo que las circunstancias permitan.

El crecimiento de la organización contempla a sus estructuras físicas, sus equipos, sus materiales e insumos, y a la definición estricta de sus áreas de cobertura.

El clima organizacional comprende la satisfacción del personal, su desarrollo profesional y la manera como este puede colaborar en la búsqueda del mejoramiento de su calidad de vida.

El desarrollo de cualquier organización se basa en las políticas que se definan para esta, su plan de desarrollo y la existencia de recursos que acompañen a este desarrollo de manera coherente. Las políticas de planes deben contener una reflexión profunda sobre el pasado, presente y futuro, aceptando las consecuencias que un cambio puede traer. Se debe estimular la participación representativa, la crítica y la capacidad de creación del grupo. Sin embargo, no deberá permitirse la pérdida del liderazgo y las propuestas y decisiones deberán suscitar el consenso. Nada daña más a una organización, que tras haber alcanzado acuerdos de manera consensual, estos sean ignorados, y se transformen en motivo de burla, mofa o desacreditación por parte de los propios representantes de las organizaciones.

Dentro de las organizaciones, las de salud pública comparten estos mismos principios, y el hecho de tener adicionalmente un compromiso social y humano las hacen requerir de una administración especial. Las instituciones de salud pública contemplan una política social específica, la salud es vista como un derecho de toda la población, que tiende a mejorar su calidad de vida (ética social), necesita respetar valores, hábitos y costumbres y tiene responsabilidad de cobertura, que no comparte necesariamente con el sector privado.

El proceso administrativo de las organizaciones de salud pública requiere una definición estructural y orgánica, sobre la forma en que se desarrollará. En el caso específico de Chile, la conformación de un Servicio Nacional de Salud, hace aproximadamente 40 años, de corte centralista, constituyó nuestra primera experiencia, siendo reemplazado en la década de los ochenta por un Sistema Nacional de Servicios de Salud, que si bien en la concepción inicial contempló un fuerte impulso a la descentralización, careció de las herramientas necesarias para su implementación, a lo cual habría que sumar un proceso incompleto de municipalización y la política de desfortalecimiento progresivo del sector estatal en favor de la medicina privada, a la luz de un modelo neoliberal que contemplaba un fuerte impulso de la economía de mercado.

En la actualidad, criterios de mayor profundidad en lo social humanístico, vuelven a privilegiar al sector público, con lo cual la salud

recupera su papel normativo y de supervisor real del sistema, acrecentando al Sistema Nacional de Servicios de Salud y participando activamente del proceso integral de regionalización nacional.

La atención de salud está estructurada por niveles de atención, progresivamente acordes con la realidad epidemiológica, con énfasis importante en el logro de la articulación intra e intersectorial y con una concepción estratégica que se propone superar a lo normativo contingente, en la búsqueda de impactos que incidan en la disminución de las tasas de morbimortalidad a nivel nacional.

La planificación tradicional, desarrollada en las últimas décadas en el mundo, ha ido perdiendo vigencia, básicamente por la conjugación de dos elementos: 1) no ofrece soluciones para los problemas multisectoriales con interrelaciones complejas y multidisciplinarias, y 2) las extrapolaciones de tendencias, las proyecciones demográficas y los modelos de medición económica resultan insuficientes.

Es así que la denominada "planificación estratégica", tomando como base lo anteriormente planteado, pudiera ser una alternativa válida para el desarrollo.

Esta planificación puede utilizar métodos cuantitativos o modelos matemáticos de simulación o bien optar por la reflexión creativa y el análisis de alternativas a mediano o largo plazo. Estas últimas, a través del empleo de métodos cualitativos, emplean la técnica de elaboración de escenarios.

La planificación estratégica (3), en adelante la "Estrategia", debe ser realizada de manera participativa y amplia, utilizando la reflexión, la crítica, la discusión y el consenso, debe elaborar escenarios deseados en el futuro, debe analizar la institución de salud, debe identificar necesidades de funcionamiento y desarrollo y establecer un nuevo concepto del tiempo necesario para lograr los cambios y ajustes.

El tiempo en planificación se utiliza de manera tal que los distintos actores del proceso planificador conocen de antemano los plazos que dicho proceso requiere, y el hecho de permitir una reacción dinámica y activa ante nuevas situaciones y concluir con la elaboración de un plan operativo, basado en necesidades, disponibilidad, prioridad y factibilidad, evita la incertidumbre del cambio.

La "Estrategia" en salud, a diferencia de otros procesos planificadores sectoriales no sociales, debe utilizar el cálculo social como condicionador de los cálculos financieros, pero al igual que cualquiera de ellos, debe valorar el proceso gerencial como fundamental para la toma de decisiones, ajustes y soluciones de los problemas.

Los modelos de desarrollo en el campo de la planificación son numerosos y discutibles en su concepción teórica o funcional e incluso en su aplicación práctica, de tal manera que nos permitimos desarrollar nuestro propio modelo y utilizarlo en los servicios de salud, tomando como punto de partida la decisión de adoptar un cambio, el compromiso serio

con la reflexión de la situación actual y la crítica responsable de dicha situación.

Hemos analizado nuestra Institución y propuesto transformaciones, con base en la planificación prospectiva, elaborando planes, efectuando transformaciones e incorporando nuevos conocimientos.

MODELO NACIONAL DE PLANIFICACION ESTRATEGICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD (4)

El modelo de Planificación Estratégica que hemos aplicado ha sido contextualizado dentro de lo que hemos denominado Plan de Desarrollo Estratégico de los Servicios de Salud.

Ha sido necesario que nuestros equipos se trasladaran hacia los servicios, congregando en ese nivel a los diferentes actores de su quehacer, como por ejemplo a los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud, los directores de servicio, los directores de hospital, sus respectivas plantas de funcionarios ejecutivos superiores, las jefaturas de servicios clínicos y de apoyo, los componentes de la Atención Primaria Municipalizada y del sector privado.

El trabajo se ha desarrollado mediante una sesión teórica expositiva inicial, que introduce al taller, para posteriormente configurar equipos de, aproximadamente, 20 personas, a cargo de un monitor entrenado, los cuales discuten, a la luz de la metodología, durante más o menos 20 horas académicas, distribuidas en tres días, terminando con una sesión plenaria, en la cual se fijan las pautas preliminares para el desarrollo del respectivo servicio.

METODOLOGIA

El instrumento considera de manera inicial, la definición de:

A. Un Area de Unidad Estratégica, que ha correspondido arbitrariamente al servicio de salud respectivo, proyectado a cinco años. En relación con esta, se describen sus usuarios, las necesidades que satisface o espera satisfacer para los próximos años y los servicios que ofrecerá.

En esta etapa es importante que se cuente con un adecuado y acabado diagnóstico de la situación de salud, a lo menos definido conceptualmente con los siguientes parámetros:

1. En términos de demanda: demográfica y epidemiológica.
2. En términos de oferta: recursos humanos, financieros, físicos y aquellos factores que a estos les resulten condicionantes.

B. La construcción de escenarios se sustenta teóricamente, en el hecho de que un servicio de salud no puede ser visto como un ente aislado

del quehacer nacional. Su progreso depende indudablemente del desarrollo del sector económico y su actividad está subyugada a contingencias políticas, sociales y demográficas, aparte de las propias de su función o misión. De tal manera que hacer una adecuada aproximación de cómo estas se comportarán en un futuro, permitirá saber las facilidades o dificultades que el sector salud deberá enfrentar.

Los escenarios corresponden a descripciones cualitativas de posibles o deseados futuros, es decir, a este proceso histórico sobre el que, dentro de ciertos límites, actúa la voluntad humana.

Los escenarios han sido definidos por el Steering Committee on Future Health Scenarios de la Organización Mundial de la Salud, como la descripción de la situación presente de la sociedad, o de parte de ella, y de posibles y deseadas alternativas de situaciones futuras de esta sociedad, y la secuencia de eventos necesarios para que partiendo de las presentes circunstancias se avance hacia aquellos futuros.

Es posible clasificar los escenarios en: explorativos, estratégicos o ideales. Los primeros corresponden a aquellos eventos esperados, los segundos a aquellos eventos hipotéticos contruidos con el propósito de focalizar los procesos causales y puntos de decisiones y los últimos a eventos utópicos que dirigen la voluntad humana a desear siempre un desarrollo mayor futuro. (Estos significan la posibilidad de imaginar la proyección, y adoptar las medidas necesarias para transformar a lo hipotético en posible.)

La discusión de escenarios desde un punto de vista práctico ha significado la utilización de los siguientes indicadores.

Escenario político: Estabilidad democrática, grado de conflicto político, prioridad de salud dentro de las políticas gubernamentales, etc. Los indicadores orientan la discusión en términos que su utilización está condicionada a lo que el grupo de trabajo decida, pudiendo utilizar los indicadores o no, agregar nuevos e incluso definir los propios.

Escenario económico: Crecimiento del producto geográfico bruto, gasto público, comportamiento del empleo, inflación, comportamiento de la balanza comercial, tasa de crecimiento de las exportaciones, tasa de crecimiento de la inversión, índice de sueldos y salarios, etc.

Escenario demográfico: Estructura demográfica, crecimiento poblacional, migraciones intraurbanas, migraciones campo/ciudad, etc.

Escenario social: Fuerzas sociales predominantes, necesidades predominantes, valores predominantes, perspectivas del conflicto social, etc.

Escenario de salud

Recursos humanos: Crecimiento en relación con el crecimiento poblacional, capacidad ejecutiva, calidad técnica, etc.

A manera de ejemplo, vale tener en cuenta los indicadores es-

tratégicos definidos para los recursos humanos que pueden ser necesarios al momento de la discusión:

1. Perfil de necesidades: Número, tipo y niveles.
2. Perfil de capacitación: Ejecutiva, gerencial o directiva.
3. Perfil de cargos y funciones operativas: Funciones y cargos.
4. Perfil psicológico del personal: Actitudes participativas, críticas y valorativas.
5. Perfil de intereses profesionales y personales: Salarios, estímulos, gratificaciones y ayudas.

Recursos financieros: Comportamiento presupuestario, comportamiento de la inversión, desarrollo del sistema privado, aporte financiero externo, priorización de salud en los programas de inversión regional, etc.

A manera de ejemplo es necesario la consideración del análisis de costo-eficacia (el menor costo para la solución del problema); de costo-efectividad (el menor costo para la mayor eficiencia en la solución del problema), y de costo-beneficio (el menor costo para la mejor eficiencia en la solución del problema, analizando la mejoría de la calidad de vida y la satisfacción personal).

Recursos físicos: Capacidad instalada, calidad de la capacidad instalada, calidad y cantidad del equipamiento médico, etc.

Indicadores generales de salud: Prevalencia de enfermedades, tasa de morbilidad, tasa de mortalidad, tasa de desnutrición, mortalidad infantil, mortalidad materna, inmunizaciones, estilos de vida, demanda de atención médica, participación en salud, etc.

Una vez terminada la discusión referente a los indicadores de escenarios, es indispensable ir a la elaboración del correspondiente escenario, lo que ha sido denominado por nosotros "Lógica del escenario" o "Escenario más probable". Esta denominación nos indica que frente a este escenario definido como el más probable, surgen escenarios contingentes, lo cual permite reorientar las decisiones en la eventualidad que lo determinado no ocurra. La elección particular de escenarios a cinco años en Chile, ha sido realizada en consideración a que este plazo es lo suficientemente real para una planificación a futuro, esperándose que la contingencia nacional así nos lo confirme y, por otra parte, nos aleja de la realización de procesos eleccionarios, que dada la pluralidad de estos encuentros, pudieran afectarlos considerablemente.

C. Factores clave del área de unidad estratégica: Bajo esta denominación hemos entendido la selección de elementos del escenario previamente diseñado, que pudieran interferir de manera beneficiosa o contraproducente en el desarrollo del servicio de salud, sujeto de nuestra planificación, acelerando o retrasando sus cambios.

Estos factores serán de carácter político, económico, demográfico, social o del propio sector salud, de corte nacional, regional o local y

deberán ser elegidos de manera consensual por los integrantes del equipo de trabajo, sin importar su carácter o la direccionalidad de su influencia.

Estos factores se transforman, en términos de oportunidades o amenazas para el Área de Unidad Estratégica, debiendo definir de manera clara, precisa y concisa, la forma en que producen su interferencia. Es muy frecuente en nuestro sector emitir juicios apresurados, que un análisis racional termina por cambiar.

Las oportunidades y amenazas, así definidas, con su correspondiente efecto, son sometidas a una suerte de tipificación, que comprende: la velocidad del cambio, el impacto sobre el área de estudio y la probabilidad de su ocurrencia. Las tres son consideradas con los objetivos de alta, media y baja.

El primer mecanismo de control de esta metodología consiste en esperar que a lo menos la tipificación de oportunidades o amenazas resulte de media a alta, toda vez que fueron escogidas del propio entorno y con el carácter de factor clave de decisión.

El siguiente y terminal paso de esta primera fase de la metodología, consiste en la priorización de oportunidades y amenazas, realizando el cruce entre impacto y probabilidad de ocurrencia, de manera tal que el resultado final permite tenerlas agrupadas en alta, media y baja prioridad. La velocidad del cambio, en el caso específico del trabajo realizado en los servicios de salud, no la hemos considerado.

Las oportunidades y amenazas de alta prioridad se transformarán en los primeros objetivos y metas a cumplir en nuestro tiempo de planificación. Estos consisten en medidas concretas a tomar con el objeto de intervenir en el entorno, rescatando lo beneficioso y eliminando lo indeseado. Las oportunidades y amenazas de prioridad normal representan nuestra segunda línea de acción y las de prioridad baja deben ser eliminadas, llevando al grupo a una seria reflexión sobre la necesidad de redefinir sus factores clave de decisión.

Los objetivos, para efectos de este taller, son nuestra declaración de intenciones, y las expresamos en infinitivo del verbo correspondiente, mientras que las metas finalistas para estos objetivos, llevan explicitado variables de tiempo, personas, ubicación geográfica y persona o entidad responsable. Esta pareciera una buena manera de responsabilizarnos por nuestras acciones, comprometiéndonos con nuestra Institución y permitiendo mecanismos serios, adecuados y oportunos de control, supervisión y evaluación.

D. El análisis de las capacidades institucionales: Definidos los objetivos y las metas que se quieren lograr para el manejo del "entorno", surge la necesidad de definir cuan cerca o lejos se encuentra nuestra Institución de lograrlos, a la luz de lo que somos en la actualidad. A diferencia del análisis que precedió, el cual se proyectaba a cinco años, este segundo es del hoy, de manera tal que requiere preocupación por las capacidades

de nuestra organización. Las capacidades que hemos definido, para caracterizar a la institución son las siguientes:

1. Capacidad ejecutiva: Como indicadores para esta capacidad hemos considerado a la eficacia del equipo ejecutivo, su capacidad de negociación, su decisión y valorización del riesgo, el cumplimiento de metas y planificación operativa y la adaptabilidad y flexibilidad de la estructura organizacional.

2. Capacidad humana: Se refiere a la posibilidad de contar con recursos humanos suficientes en cantidad y calidad, a la disponibilidad de personal de alta competencia, a sus experiencias y habilidades, a su nivel de satisfacción y conflicto interno y a la capacidad de este para enfrentar el entorno actual y futuro.

3. Capacidad física: Edificios, instalaciones y medios de transporte.

4. Capacidad financiera: Financiamiento de actividades, deudas a corto y a largo plazo, financiamiento por fuentes externas o internas.

5. Capacidad tecnológica: Cantidad y calidad de los equipos, grado de eficiencia en su utilización, capacidad de mantenimiento y la obsolescencia del equipo.

El análisis de estas capacidades no requiere la consideración de los distintos indicadores de manera individual, sino que representa elementos importantes a considerar con objeto de orientar y enmarcar la discusión. Al igual que lo planteado en el caso de las oportunidades y amenazas, estas capacidades, corresponderán a fortalezas o debilidades del sistema o a ambas, haciéndose necesario describir de manera objetiva su repercusión sobre este.

Definidos "entorno" y capacidades, y con el fin de aproximar la búsqueda de objetivos a los cambios que deberá emprender la Institución, se realizará el siguiente paso:

Se anotan los objetivos y se cruzan con las fortalezas y debilidades del sistema, preguntándose frente a cada cruce, en el caso de fortalezas y debilidades, si estas se relacionan. De no relacionarse, se suspende el análisis anterior. De relacionarse, en el caso de las fortalezas, se indica si esta ya permite obtener el objetivo planteado de antemano, o si teniendo esa fortaleza es necesario perfeccionarla para lograr el objetivo. En el caso de las debilidades, el análisis es equivalente en términos de que una organización aun teniendo una debilidad, esta puede no impedirle el logro de objetivos o bien ser tan fuerte que hace indispensable serios esfuerzos tendentes a su corrección.

La forma que nos ha parecido de mayor utilidad con el propósito de cuantificar hasta donde sea posible la calificación de los cruces, es la asignación numérica basada en un puntaje, entre más uno a más tres en el caso de las fortalezas y entre menos uno y menos tres en el caso de las debilidades. Probablemente estos análisis requerirán de la rigurosidad cien-

tífica de un estudio de probabilidades; sin embargo, esta condición podría limitar seriamente el trabajo práctico o la libertad que la gente siente al emitir y compartir su pensamiento.

Con objeto de priorizar actividades, todas las fortalezas calificadas como más uno y todas las debilidades que resulten con un puntaje menos tres, se transforman en los movimientos indispensables a realizar en el contexto del análisis del potencial del área de unidad estratégica.

Estos movimientos dan origen al programa del área de unidad estratégica, el cual se expresa con los siguientes componentes:

1. Objetivos y metas.
2. Movimientos: En relación con las fortalezas que se han de mejorar y las debilidades que se han de reducir o eliminar.
3. Actividades: Indispensables para el funcionamiento de los movimientos.
4. Recursos: Necesarios para el desarrollo de las actividades.
5. Tiempo: Requerido para llevar adelante tales actividades.
6. Persona o entidad responsable de dicha actividad del plan.

EVALUACION Y CONCLUSIONES

El proceso de evaluación se puede plantear desde varios puntos de vista: el primero se relaciona con las estructuras, el segundo con los procesos y el último con los resultados obtenidos.

A. Estructura: La organización de los servicios, si bien obedece a una normativa general, depende en gran medida del particular esfuerzo llevado a cabo por los distintos servicios de salud en el sentido de adaptarla a su propia realidad regional. Dependiendo de esta es posible identificar esfuerzos orientados a un mayor énfasis en la atención médica de nivel primario o aquella que tiende a privilegiar el nivel hospitalario de alta complejidad y su equipamiento tecnológico.

Parece importante destacar el papel que desempeñan los centros universitarios regionales, los cuales se compenentran muchas veces con el servicio de salud, favoreciendo su estímulo y desarrollo, recibiendo a cambio el conocimiento real de los problemas de salud y un siempre indispensable campo de operación.

La rigidez de la estructura organizacional muchas veces actúa desfavorablemente en la búsqueda de eficiencia por parte del sector salud estatal, comprometiendo el espíritu de trabajo y el ambiente organizacional. Cualquier esfuerzo para darle flexibilidad será beneficioso al momento de analizar los logros.

Del análisis de los recursos, surge la falencia crónica a la cual ha estado sistemáticamente sometido el sector, y que se acrecentó durante el período en el que el privilegio no favoreció precisamente al subsector pú-

blico. Los recursos humanos, reducidos de manera significativa y generalizada a lo largo de los servicios nacionales, aun con indicadores tan importantes como la proporción poblacional, los recursos físicos gravemente deteriorados y los recursos financieros escasos representan la tónica del sector a pesar de los serios esfuerzos llevados a cabo con el objeto de revertir el proceso.

Los recursos humanos deben aumentar en el sector. Independientemente de las medidas orientadas al aumento de las plantas esquemáticas, existen otras que apuntan a flexibilizar el Estatuto que rige a la mayoría de los servicios y que permitiría el manejo del sector de manera más racional. Si bien la falta de personal compromete a todos los estamentos y servicios, parece hacer crisis con respecto al personal de enfermería y en especial al que labora en la atención primaria municipalizada. Dicho personal, en muchos casos, sufrió el traspaso desde el nivel ministerial (sin su consentimiento) y en la actualidad anhela volver, sufre altas tasas de recambio que repercuten en el rendimiento de programas o simplemente ha abandonado el servicio con la pérdida incalculable de personal calificado y entrenado, indispensable hoy y siempre en nuestro campo.

La pérdida adicional de personal en los establecimientos hospitalarios tiene su principal causa en la falta de estímulos remunerativos o en la atracción que ejercen centros de mayor desarrollo y complejidad tecnológica.

Vale la pena destacar en este análisis la importancia que posee, dada las condiciones de Chile, el ciclo de destinación, que permite destinar médicos y odontólogos a zonas apartadas del territorio e incluso a suplir la carencia de personal a nivel de los establecimientos del sector municipal.

Estratégicamente es necesario establecer políticas claras de manejo del recurso humano, incluida su capacitación, flexibilizar el manejo de personal y brindar una mayor autonomía a los directores de los servicios de salud en este manejo; convenir con las Universidades sobre la importancia actual de definir los programas de formación y desarrollo del recurso humano para el futuro y hacer grandes esfuerzos en la mejoría del ambiente organizacional. Asimismo, debe explorarse las técnicas de reconocimiento y recompensa, que a bajo costo suelen representar un aliciente importante para mantener el personal en el sector.

Los recursos físicos alcanzaron un alto grado de obsolescencia y deterioro, producto de la falta de programas de inversión y mantenimiento intrasectorial, en todos sus componentes. No es infrecuente visualizar hospitales que no resisten un minuto más en su estado actual de deterioro, haciendo imperioso su recambio o reconstrucción; medios de transporte que es necesario retirar de la circulación por sus muchos años de servicio o años de fabricación, y equipos en mal estado o que siendo superados por modelos más modernos encarecen sus costos de operación, mantenimiento e insumos.

Estratégicamente, la reversión del proceso significa una fuerte inversión, probablemente mayor que la necesaria para la normalización del sistema, pero que sin embargo significa la detención del proceso de desolación y destrucción, con el agravante que muchas de ellas no son visualizadas de manera externa ni menos pudieran significar grandes cambios, toda vez que el ingenio y el empuje de los trabajadores del sector ha permitido la funcionalidad a límites extremos.

Debiera hacerse un gran esfuerzo adicional en invertir en aquellos procesos que permita incorporarlos en la búsqueda de eficiencia en el manejo de los recursos. El hablar de eficiencia sectorial pierde toda validez cuando el deterioro es tan profundo que no permite otro análisis que no sea el inicial o el de desarrollo de programas de mantenimiento que privilegien la prevención del daño irreparable de los equipos. Solo cuando este proceso esté cubierto podremos "competir en la búsqueda de la eficiencia" de nuestras acciones sectoriales.

Los recursos financieros son escasos, y a pesar del aumento que estos han experimentado como consecuencia de una política que privilegia a los sectores sociales, no permiten cubrir todas nuestras necesidades. La respuesta parece ser que se mantenga la necesaria integralidad y cobertura de las acciones para los grupos más vulnerables.

La metodología desarrollada por nosotros ha perseguido su identificación a nivel local. Manteniendo los planes y programas con un enfoque de carácter nacional, su adaptación pudiera ocurrir a nivel local, considerando la población a atender, su distribución por edad, la identificación de sus riesgos, su grado de ruralidad y marginalidad, su posibilidad de acceso, etc.

Un segundo análisis apunta a que sin descuidar a tales grupos, el sistema hospitalario chileno debe ser reforzado y modernizado, de manera gradual y según los medios con los cuales podemos contar.

La introducción de sistemas modernos de diagnóstico y tratamiento, si bien pueden comprometer una fuerte inversión inicial, en un corto tiempo tendrían que estar incidiendo en un mecanismo serio de recuperación de costos, debido a la disminución de los días-cama, de las complicaciones, del número de exámenes, etc. De más está recalcar que un programa de equipamiento que no sea acompañado de uno correspondiente de mantenimiento preventivo, terminaría por profundizar aún más la crisis en la cual se encuentra sumido este sector.

Un tercer elemento lo constituye la modernización de la gestión financiera, la cual debe considerar la alternativa de generar ingresos propios que, a diferencia de lo que algunos se empeñan en afirmar, no tienen por qué ser antagónica con una política de corte solidario y humanista.

El manejo de los recursos financieros del sector deben considerar una política muy clara y transparente de corte anual, de tal manera de no crear confusión respecto a las reales posibilidades del sistema. Este parece

ser uno de los puntos más sensibles respecto de los servicios de salud, y pudieran significar el mantener, en mayor o menor grado, credibilidad. Las expectativas no cubiertas por la emisión de una señal errada, tienden a afectar la moral de trabajo o repercuten en las actividades que el nivel central lleva a cabo a cualquier nivel.

B. Procesos: La evaluación de los procesos que se llevan a cabo dentro del sector salud, nos indica que estos han sufrido una significativa modificación. Se ha dado un gran respaldo a la atención primaria, la cual ha implementado en el interior del nivel central a su ente normativo y supervisor, desarrollando acciones de corte operativo que han significado beneficios ciertos en la población. Probablemente uno de los mayores logros lo constituyen los servicios de urgencia de atención primaria, que se ha traducido en la descongestión de los servicios de emergencia de los hospitales y una más pronta atención. La prolongación de los horarios de atención, el reforzamiento de la atención primaria, (laboratorios y medicamentos), los programas que han cubierto a bajo costo enfermedades respiratorias agudas en niños, etc., han sido asimismo otros de sus importantes logros.

El carácter global de la programación ha asumido una línea más estratégica, sin abandonar lo normativo operacional, a nuevas aperturas programáticas (acordes con la realidad epidemiológica), su adecuación a las realidades locales y su enfoque multisectorial (como por ejemplo, los programas de fluoruración).

Los programas tradicionales se han mantenido, destacando el materno perinatal, el infantil y de la adolescencia y el del adulto y senescente, en una configuración vertical; los nuevos programas, como el odontológico o el de salud mental por ejemplo, adoptan una disposición transversal que cruza a los anteriores, aportando a cada uno de ellos su componente, lo que incide directamente en su eficacia y eficiencia.

Los indicadores de salud, si bien en algunos casos ubican a Chile en un buen lugar en el concierto latinoamericano, cuando su expresión es global, no son representativos de las realidades más particulares que son propias de los niveles locales, y suelen ser en muchas oportunidades inmensamente superiores. Cuando esta situación es visualizada, es posible ir a la definición de líneas programáticas específicas con financiamiento propio que corrigen tal defecto.

El Programa Nacional de Alimentación Complementaria y el Programa Ampliado de Inmunizaciones, mantienen su cobertura nacional, el primero en un esfuerzo claro de focalizando creciente y el segundo atento a los cambios que sea necesario implementar para lograr una mayor cobertura y efectividad.

C. Resultados: Los resultados pueden ser evaluados en términos de impacto, a través de la expresión que otorgan las tasas de morbilidad y

mortalidad o según el grado de satisfacción que las acciones de salud generan en líderes de opinión, público usuario o prestadores de servicios.

La evaluación del grado de satisfacción que las actividades del sector estatal de salud otorgan deben necesariamente considerar el deterioro del sector como consecuencia del abandono al cual fue sometido en los últimos años, su no comparación (la cual parece inevitable), con el subsector privado, y el hecho que ningún país del mundo es capaz de cubrir en forma integral todas las necesidades de salud de su población, haciendo necesario la priorización de actividades y la focalización por grupos de riesgo.

Con respecto a los líderes de opinión, el sector salud les debe solicitar una gran responsabilidad y objetividad en la entrega de información, comprometiéndose a su vez a que la información generada les sea entregada en forma oportuna y adecuada. Una de las grandes autocríticas que debemos hacernos corresponde a la ineficiencia para transmitir a las instancias correspondientes que generan opinión el sinnúmero de obras que el sector ha desarrollado en este período y que han significado la recuperación y fortalecimiento del Estado en materia de salud.

El público usuario y los prestadores de servicios de manera lenta y gradual comienzan a notar cambios en los servicios del sector salud, a pesar que sus parámetros de comparación pudieran diferir. Mientras que los primeros suelen centrarlos en la calidad y rapidez de la atención (se están haciendo esfuerzos significativos, por ejemplo en la disminución de listas de espera), los prestadores de los servicios lo hacen en base al ambiente organizacional y en las remuneraciones o en el equipo tecnológico que permita su desarrollo personal y profesional.

REFERENCIAS

- 1 Jiménez de la Jara, J. *Chile: Sistema de salud en transición a la democracia*. Editorial Atenas. 1991.
- 2 Romero, M.I. Eficacia y calidad del sistema de salud en Chile. CPU, 1990.
- 3 Rojas, P. y Salinas, H. El proceso de planificación estratégica. Modelo de aplicación en salud. *Revista de Administración en Salud*, 1991.
- 4 Rojas, P. y Salinas, H. Taller Plan de Desarrollo Estratégico de los Servicios de Salud. Chile, Ministerio de Salud, 1991.

ANÁLISE CRÍTICA DOS MODELOS DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

Juan Stuardo Yazlle Rocha¹

INTRODUÇÃO

A experiência adquirida com o planejamento econômico ao longo de cinco décadas levou os países da região a incorporá-lo como instrumento de governo, apesar de seus altos e baixos. O planejamento, como processo social, coincide com o estabelecimento de um novo modelo de acumulação que redefine o papel do Estado na economia e na sociedade, onde o Estado passa de árbitro a agente econômico —a fim de sustentar os custos elevados da produção moderna— e assume a ampliação de algumas funções sociais como, por exemplo, a assistência para a recuperação e a promoção da saúde consoante com o modelo de sociedade de bem-estar (1). Essas mudanças correspondem à passagem da etapa liberal do capitalismo ao modelo de capitalismo monopolista do Estado. Atualmente, embora passando por uma onda de neoliberalismo econômico que pretende priorizar os mecanismos de mercado, o planejamento continua sendo importante instrumento de governo. Tornou-se, pois, necessário desenvolver modelos de planejamento para orientar a atuação do Estado na economia e em outros setores sociais, notadamente no da saúde. Na América Latina, a fase do planejamento em saúde passou por algumas etapas de prestígio e outras de certo ostracismo. Lanza (2) disse, e como ele podemos concordar, que:

La planificación ha sido un tema de permanente discusión en los últimos años. Se han registrado así expectativas y frustraciones, enfrentamientos ideológicos, interpretaciones diversas. Innumerables definiciones desde las más escuetas a las más elaboradas; desdiseñar de ella un mito y atribuirle virtudes casi mágicas 'per se', hasta negarle prácticamente toda utilidad y rechazarla como instrumento apto para contribuir eficazmente a la toma de decisiones y a la implementación de políticas.

¹ Professor Titular, Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Os insucessos do planejamento foram atribuídos às condições políticas dos governos, às carências organizacionais e administrativas das estruturas de serviços, aos problemas teórico-metodológicos nas técnicas existentes, etc. A verdade é que há uma certa debilidade teórica e conceitual entre os militantes do planejamento em saúde² o que tem impedido que se compreenda melhor a origem do planejamento, seu significado e seus alcances e limitações. Se o desenvolvimento de uma técnica seria ocorrência normal em um campo novo, a sucessiva substituição de modalidades indica uma rápida superação das mesmas, conseqüência de suas limitações e/ou esgotamento, diante de uma dinâmica social que continuamente introduz novos desafios. Deve-se reconhecer que o objeto do planejamento sofreu mudanças gradativas, ampliando-se e exigindo a reformulação de propostas e métodos. Poder-se-ia dizer, parafraseando Poincaré a respeito da sociologia, que o planejamento é a ciência que possui mais métodos e menos resultados (3).

PROPÓSITOS DO TRABALHO

Embora nem sempre seja devidamente compreendido, as principais propostas de planejamento em saúde apresentam, na América Latina, grandes diferenças conceituais, teóricas e técnico-metodológicas como se verá adiante. Pode-se afirmar que essa experiência de planejamento não corresponde ao desenvolvimento e aprofundamento de um modelo único mas sim à incorporação acumulativa de sucessivos modelos baseados em diferentes concepções teóricas e metodológicas. Ampliou-se, sem dúvida, o escopo do planejamento em saúde, deixando de ser simples técnica para passar a ser a adequação dos meios aos fins da ciência de conhecimento objetivo (científico) do real, de interpretação da origem e do significado das tendências encontradas, e de intervenção política e técnica na realidade social. Alguns estudos têm abordado os modelos de planejamento em saúde desde a perspectiva da análise econômica (4-6) e histórica (7, 8), ou de estilo: quem, para que e como se planeja (9). Entretanto, pode-se concordar com Pereira (1) quando diz que o planejamento — técnica diferenciada de controle social — é uma disciplina que pertence, principalmente, ao campo da sociologia; típica e idealmente caracteriza-se como processo social: forma histórica de controle social, inovador, racional, indireto, especializado, centralizado e inclusivo pluridimensional, dentro das tipologias desenvolvidas por Mannheim na chamada sociologia sistemática (10). Por isso, para melhor compreender o planejamento em saúde, é necessário desenvolver es-

² Ver, a este respeito, a discussão acerca dos processos de planejamento e administração dos sistemas de saúde na América Latina, promovida pela OPS-OMS, que assinalou ... *la existencia, evidenciada por la experiencia, de ambigüidades e inconsistencias, de fondo, tanto en el plano conceptual como en el operacional, que entendemos requieren urgente aclaración y reflexión ...*

tudos analíticos e teórico-conceituais, com referencial interpretativo adequado, desde a perspectiva das ciências sociais, com vistas a definir melhor o alcance e as limitações dos métodos propostos.

À GUIA DE MATERIAIS E MÉTODO

O material deste trabalho constituiu-se de publicações oficiais onde foram expostos os modelos e as técnicas em estudo; há consenso de que na América Latina tem-se, pelo menos, quatro modelos de planejamento em saúde: a Técnica CENDES-OPAS (1965), o documento de Formulación de Políticas de Salud (1975), o Planejamento Estratégico Situacional (1982) e o Pensamento Estratégico (1981). No caso de propostas desenvolvidas ao longo de anos de trabalho e explicitadas gradualmente em sucessivas publicações, como é o caso dos dois últimos modelos referidos, tomaram-se por base as publicações de maior divulgação no Brasil.

Deve-se esclarecer que os estudos e modelos de planejamento aqui analisados são considerados de grande valor e de reconhecidos méritos, principalmente levando em conta a época em que foram propostos. O que se pretende aqui discutir é a base teórica e metodológica que fundamenta cada técnica ou modelo, seu significado enquanto instrumento de estudo e explicação da realidade e, sobretudo, os alcances e limitações conferidos aos projetos de transformação da realidade neles embasados.

O método seguido foi o do cotejo teórico-conceitual entre os principais métodos de interpretação sociológica e os modelos ou propostas de planejamento em saúde desenvolvidos na região. Na maior parte das vezes é possível encontrar explicitados os pressupostos teóricos, metodológicos e técnicos de cada modelo de planejamento; outras vezes, no entanto, isto tem que ser extraído dos próprios documentos ou das recomendações e técnicas para sua aplicação. Às vezes os autores aderem a uma forma de pensamento, dominante em sua época ou no seu meio profissional, em busca de soluções práticas para os problemas que devem enfrentar sem atentar para a teoria que os fundamenta ou sem explicitá-la. Isto forçou nova leitura dos modelos de planejamento e que se tentasse extrair deles os elementos relevantes para este trabalho. Considerou-se que os eventuais leitores conhecem os modelos citados e, portanto, não se elaborou uma síntese dos mesmos. Entretanto, um bom resumo geral de cada um dos modelos e do seu significado à época do seu lançamento pode ser encontrado no trabalho de Chorny (8).

UM MARCO TEÓRICO PARA A ANÁLISE DO PLANEJAMENTO

Luis Pereira (1) estudou e caracterizou o planejamento, dentro da perspectiva da sociologia diferencial, conforme o mesmo pode ser con-

cebido a partir das clássicas correntes sociológicas de interpretação da realidade social, isto é, com base nos trabalhos de Emile Durkhem, Max Weber e Karl Marx.

Segundo ele, o planejamento instaurou-se como processo social na fase neocapitalista do sistema como resultado de:

- a) o avanço das ciências sociais — desenvolvimento de técnicas racionais que oferecem condições instrumentais para a construção deliberada da história;
- b) as crises nas sociedades capitalistas que colocaram em risco a persistência do modelo econômico — e a correlata necessidade de restabelecer o equilíbrio social e
- c) a constituição de um centro de poder reconhecido para o exercício dos controles e que corresponde à ampliação das áreas de atuação e das funções do Estado.

Ele opera ... objetivando a suavização da contradição fundamental do sistema e (como) processo de desenvolvimento do tipo (macroeconômico existente). Dado o privilegiamento do plano econômico temos que o planejamento se efetiva como planejamento econômico. Assim,

- a) a política econômica é fundamentalmente problema político;
- b) a teoria econômica em que se apóia qualquer política econômica ... exprime um querer coletivo que, ao menos potencialmente, é um querer político;
- c) se em cada presente histórico há vários querereres, apenas um verdadeiro querer funda um verdadeiro conhecimento e, portanto, uma adequada ou viável direção controlada da História.

Coloca-se, desta maneira, a questão do conhecimento que fundamenta o planejamento e a teoria do conhecimento aqui implícita; coloca-se, também, a questão da escolha dos objetivos, o que remete à consideração dos centros de decisão — sendo o Estado a agência de controle dos controles — como focos de controle social; a escolha ou fixação de objetivos (constituídos de valores sociais) pode ser concebida de duas maneiras:

- a) as decisões são também de natureza técnica — logo a política, enquanto proceso de tomada de macrodecisões, é ciência social aplicada;
- b) as decisões são políticas, i.e., não há uma política científica embora haja uma ciência da política.

Ainda segundo Pereira, a ideologia neocapitalista de que a história deve ser dirigida, redefine o papel do Estado, tanto no centro como na periferia do sistema, caracterizando-o como agente planejador. *O Estado planificador no capitalismo não paira acima dêste senão que sua atuação exprime o jogo de acomodação dos interesses de classe divergentes — as modalidades de planejamento exprimem (este) embate.*

Fica claro, então, que para discutir o planejamento é necessário discutir as diferentes concepções de Política e de Estado o que, por sua vez, envolve diferentes concepções sobre o processo histórico (história) e a adesão a diferentes teorias do conhecimento — concepções *acerca das relações entre sujeito e objeto, entendendo-se sujeito como sujeito de conhecimento e sujeito da História, e entendendo-se objeto como objeto de conhecimento (o processo histórico) e objeto de “atuação” dos sujeitos da História*“.

Implícita ou explicitamente estas concepções fundamentam a lógica existente nos modelos de planejamento em saúde aqui considerados e, ao menos no que diz respeito ao estudo da realidade, seria importante considerar, também, o método de interpretação sociológica. No entanto, por razões que serão expostas ao final do trabalho, não se apresentarão aqui os métodos de interpretação sociológica, os quais poderão ser encontrados nas referências dos autores estudados.

Pereira desenvolveu essa discussão seguindo as concepções dos três autores clássicos já citados: Durkheim, Weber e Marx. Sinteticamente, essas posições são apresentadas a seguir, tomando por base o trabalho de Pereira (1) e complementado por análises semelhantes de Medeiros Pereira e de Minayo (11, 12).

AS CONCEPÇÕES DE EMILE DURKHEIM³ (1858–1917)

Pertencem ao positivismo sociológico que concebe a sociedade como regida por leis naturais e, portanto, devendo ser estudada pelos mesmos métodos e técnicas das ciências naturais, procurando desenvolver um saber objetivo, isto é, neutro e livre de juízos de valor e de implicações político-sociais (12).

Segundo Pereira, Durkheim assume o realismo na relação sujeito-objeto, isto é, o sujeito apreende passivamente as características do objeto que a ele se impõem; ... *o processo histórico é “naturalizado” ... consiste no prosseguimento ... de uma tendência evolutiva imanente ao objeto; vale dizer, o futuro histórico está inscrito no objeto cabendo ao sujeito-cientista social apreendê-lo como objetivos necessários da “atuação prática”*.

No campo da política não há a visão de um campo de possíveis históricos em competição, mas a de uma ciência social aplicada. A política, como processo de fazer história, é cientificamente formulável, sendo a ciência indicadora dos meios e objetivos (valores) da ação por ela detectados no objeto. Temos aqui o mecanismo como contrapartida do positivismo

³ Ver também: Durkheim, E. *As Regras do Método Sociológico*, Cia. Editora Nacional, São Paulo, 1982 (10ª ed.) e Fernandes, F. *As soluções Fundamentais dos Problemas da Indução na Sociologia: E. Durkheim in: Fundamentos Empíricos da Explicação Sociológica*, Cia. Editora Nacional, São Paulo, 1972.

extremo (epistemológico). O Estado é dotado necessariamente de um conteúdo: ... os interesses coletivos (comuns), cujo conteúdo concreto já se encontra ... inscrito no objeto, variando conforme os estágios evolutivos deste.

Ainda segundo Pereira, ... como exposição de uma teoria de transição que é, reflete parcialmente a decadência do liberalismo: adere a uma variante romantizada da idéia de progresso, tal como aquele o concebeu.

Durkheim expôs sua metodologia em "As Regras do Método Sociológico", assim sintetizada por Medeiros Pereira: *Quando, pois, procuramos explicar um fenômeno social, é preciso buscar separadamente a causa eficiente que o produz e a função que desempenha... A causa determinante de um fato social deve ser buscada entre os fatos sociais anteriores, e não entre os estados de consciência individual... A função de um fato social deve ser sempre buscada na relação que mantém com algum fim social... A origem primeira de todo o processo social de alguma importância deve ser buscada na constituição do meio social interno ... que é, talvez, a regra básica no tocante ao estabelecimento das conexões tanto funcionais como causais.*

AS CONCEPÇÕES DE MAX WEBER⁴

Minayo (12) apresenta as divergências de Weber com o positivismo sociológico quando diz que a sociologia lida com fatos que apresentam um ... gênero de causação desconhecido das ciências da natureza; a sociologia trata dos significados subjetivos do ato social; ... a sociedade é fruto de uma interrelação de atores sociais onde as ações de uns são reciprocamente orientadas em direção às de outros; a sociologia se preocupa com a compreensão interpretativa da ação social para chegar à explicação causal do seu curso e dos seus efeitos.

Segundo Pereira, no referente à relação sujeito-objeto, Weber também apresenta uma concepção oposta à de Durkheim; ... no plano da teoria do conhecimento, deparamos com o idealismo: a consciência como constitutiva do objeto de conhecimento ... abalada a confiança numa razão universal, em seu lugar encontramos "configurações" históricas de consciência. Não concebe o progresso como necessário pois este não possui sentido imanente: a história realizada tem sentido, mas este é "ex post"; trata-se, porém, de um sentido variável conforme a perspectiva de conhecimento do sujeito-observador (dada pelos valores dominantes de sua época); quanto ao futuro, trata-se de um campo indeterminado, ou melhor, teria, quando muito, delimitação de "fronteiras" ou "balizamentos" apenas ... que demarcam o campo em que se digladiam os agentes políticos, visando fins e sobretudo valores diferentes, mas que, afinal, se equivalem; fazer política consiste,

⁴ Ver também: Weber, M. A objetividade do conhecimento nas ciências sociais, in: Max Weber - Conh, G. (org.) Editora Ática, São Paulo, 1986, e Fernandes, F. As Soluções Fundamentais dos Problemas da Indução na Sociologia: Max Weber, in: Fundamentos ... (ibidem).

então, em adequar, com responsabilidade, os meios aos fins e aos valores; a esta concepção de política corresponde a concepção do Estado como mero aparelho, portanto sem conteúdo inerente, visado como meio para a realização destes ou daqueles fins e valores. O presente histórico, enquanto conjunto de objetivos politicamente equivalentes (em última análise, valores), aparece, pois, como composto (conjunto de valores em competição), mas também como inestruturado, na acepção de que esses objetivos não mantêm entre si relações hierárquicas... Generalizando: a liberdade de fazer história aparece, então, como voluntarismo, e este voluntarismo político é a contrapartida do idealismo (epistemológico).

Segundo Medeiros Pereira, Weber concebe a sociologia como uma ciência que pretende entender, interpretando a ação social para, desta maneira, explicá-la causalmente em seu desenvolvimento e efeitos... O que importa é como as ações dotadas de sentido se encadeiam, constituindo um processo em que cada ato parcial é um elo que opera como fundamento do ato seguinte. Este é o tipo de compreensão que Weber chama de explicativa, ... (é a) captação da conexão de sentido em que se inclui uma ação, já compreendida de modo atual, em termos de seu sentido subjetivamente visado. A captação dessa conexão de sentido se pode fazer de três modos: no caso das ações sociais particulares (históricas), buscando o sentido visado realmente; nos fenômenos de massa, determinando-se a média. Mas o tipo de captação de sentido característico da sociologia weberiana é obtido construindo cientificamente esse sentido (pelo método tipológico) para a elaboração do tipo ideal de um fenômeno freqüente.

Dois importantes correntes derivadas do pensamento de Weber são as representadas pela Etnometodologia e a Fenomenologia Sociológica, assim caracterizadas por Minayo (12):

A etnometodologia tem uma concepção interacionista das relações sociais fundamentada no princípio de que o comportamento humano é auto-dirigido e observável em dois sentidos: o simbólico e o da interação; permite ao ser humano planejar e dirigir suas ações em relação aos outros e conferir significado aos objetos que utiliza para realizar seus planos. A fenomenologia sociológica critica o objetivismo da ciência positiva já que a subjetividade é constitutiva do ser social e inerente ao âmbito da auto-compreensão objetiva (fundamento do sentido). O cientista e o homem comum tipificam o mundo para compreendê-lo, mas a descrição fenomenológica é a tarefa principal da sociologia. A fenomenologia opõe-se ao positivismo ao conceber que a vida humana é essencialmente diferente do mundo natural; os fatos sociais e os valores não podem ser separados, isto é, não há conhecimento neutro e objetivo, só há conhecimento do subjetivo; não admite a coerção da sociedade sobre o indivíduo, opondo a isto a liberdade do ator social que, por interrelações, constrói a sua realidade.

Finalmente, é importante lembrar o “*approach situacional e o estudo da ação*” desenvolvidos por Thomas (13) (citado por Timashef), dentro da chamada sociologia psicológica:

É essencial abandonar a idéia de “causação” em favor de um critério que investigue conseqüências específicas de antecedentes específicos — como e em que circunstâncias reagem diferentes indivíduos e em que padrões de conduta, e que alterações de conduta se verificam quando se altera a situação? ... O estudo da situação — escreveu em 1931 — a conduta na situação, as mudanças ocorridas na situação e a conseqüente mudança na conduta, representam o mais aproximado “approach” que o cientista social é capaz de fazer para uso do experimento na pesquisa social ...

AS CONCEPÇÕES DE KARL MARX⁵ (1818–1883)

Muito embora as concepções de Marx sejam anteriores aos trabalhos de Durkheim e Weber, sua posição

... apresenta-se como a síntese das duas posições opostas até então focalizadas... a síntese proposta pelo marxismo consiste (na análise de Pereira) na superação da dualidade sujeito-objeto... na tese de que o subjetivo é um momento necessário do processo objetivo...

a) *no plano da teoria do conhecimento, a concepção dialética retém este subjetivo como tomadas de consciência historicamente determinadas e não equivalentes — consciência adequada e de falsa consciência);*

b) *o processo histórico é concebido como práxis coletiva e suas objetivações materiais e não materiais, como processo de estruturação-desestruturação-reestruturação de regularidades não naturais, ou seja, regularidades que são produto da própria atividade humana coletiva...;*

c) *cada presente, como história, é então um conjunto estruturado de atualizações e de possíveis; daí, a política, como momento de práxis inovadora, consistir numa competição entre possíveis historicamente dados não equivalentes; e os projetos, como expressões que são desses possíveis, são também não equivalentes; enfim, a política não é ciência social aplicada, como para Durkheim, nem é um campo de atuação inovadora inestruturado, como para Weber;*

d) *o Estado consiste num aparelho ... dotado de conteúdo: não os interesses coletivos (comuns)... porém, interesses classistas — os da(s) classe(s) dominante(s) ... resta o problema de que existem projetos marxistas, e não um projeto apenas — o que nos remete à questão dos possíveis históricos não equivalentes, em sua expressão no plano do conhecimento e no da formulação política... a solução do problema há de partir da formulação constante da II das Teses sobre Feuerbach: “A questão de saber se o pensamento humano pode chegar a uma verdade objetiva não é uma questão teórica, mas uma questão prática. É na prática que é preciso que o homem prove a verdade ... A discussão sobre a realidade ou irrealidade do pensamento, isolada da prática, é puramente escolástica... E segue Pereira: Por outras palavras, a objetividade das ciências sociais só se revela “ex post”, ou seja, somente após a transformação de um dos possíveis numa atualização.*

Marx expôs sua metodologia de investigação em várias partes da sua imensa obra; Medeiros Pereira sintetiza as principais características do método dialético:

⁵ Ver também: Marx, K. *Introducción General a la Crítica de la Economía Política* (1857), Cuadernos de Pasado y Presente, 11ª ed., México, 1977, e Fernandes, F. *As Soluções Fundamentais dos Problemas da Indução na Sociologia: K. Marx, in: Fundamentos ...* (ibidem).

... compreende a realidade social como algo concreto... e como (ela) está em movimento constante é evidente que leis, categorias e fenômenos são sempre transitórios. Outras características são: negação da possibilidade de construir um sistema de conceitos universais; noções de que todas as relações sociais significativas implicam na existência de contradições e antagonismos; relações recíprocas entre idéias e condições materiais de existência, entendendo-se que estas são determinantes; descompasso e divórcio entre as essências e as aparências; capacidade explicativa das determinações gerais e particulares; o modo de os homens fazerem a história; a maneira de se proceder, ao se investigar uma determinada realidade, para que o pensamento seja capaz não de criar, mas de reproduzir o concreto como a unidade do diverso, resultado da síntese de muitas determinações; a noção de totalidade, etc.

ANÁLISE DOS MODELOS DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Técnica de Programación de la Salud—CENDES-OPAS, 1965

Como já foi dito, a chamada técnica CENDES-OPAS constitui o marco inicial do desenvolvimento do planejamento em saúde na América Latina. Contribuiu para a difusão dos conceitos básicos do planejamento e levou à definitiva incorporação de outros: danos, técnicas de prevenção e reparação, a instrumentação dos recursos e, sobretudo, o entendimento da política de saúde como a efetiva alocação de recursos para diferentes usos. Assinalou problemas não resolvidos tais como, a ausência de indicadores positivos para medir a saúde, o problema da homogeneização dos danos com vistas à determinação de prioridades, os modelos matemático-econômicos na programação, etc. Como assinalado por Chorny, a idéia básica da técnica CENDES-OPAS é utilizar os recursos com o máximo de eficiência, maximizando resultados com recursos fixos ou minimizando recursos com resultados pré-determinados. Para isto, segundo Chorny, ela desenvolveria um método à semelhança das ciências físicas e naturais: o planejador é considerado externo ao objeto do planejamento, à saúde e à sociedade, e esse seria um sistema-objeto controlável. A realidade social estaria sujeita a leis causais que podem ser conhecidas e que permitirão desenhar um elenco de soluções.

Na realidade, a técnica assume os postulados durkheimianos de concepção positiva da realidade social aplicando-os ao estudo dos problemas de saúde e à estrutura do setor. Trabalha com variáveis “objetivas”, quantificáveis e não incorpora no diagnóstico os juízos de valor, interesses, conflitos ou posições políticas. Não faz distinção metodológica entre o método na Biologia e na Medicina e a metodologia e técnicas do planejamento, isto é, não haveria diferença entre ciências naturais e ciências sociais. A realidade é transparente (no sentido de que o objeto, com suas características, se impõe ao sujeito-investigador) e, para conhecê-la, é suficiente estudar

diretamente os problemas de saúde e os recursos existentes da forma mais objetiva possível: quantificando problemas, atividades e recursos materiais e financeiros. Toma como objeto a população em suas características exteriores: distribuição por idade, sexo, ocupação; a morbimortalidade que a acomete; suas condições materiais de vida e os recursos humanos, materiais e financeiros existentes no setor saúde. O sujeito do planejamento é o técnico capacitado a conduzir as atividades necessárias para o diagnóstico e interpretação da saúde em termos econômicos e sanitários. Extrai-se a explicação das doenças na sociedade da história natural das mesmas e, embora aponte relações entre saúde e certos aspectos sociais como a economia, educação, etc., não atenta para o caráter histórico daquela. Esta naturalização do social pode ser responsável pela confusão gerada naqueles que afirmam que o método não operacionaliza variáveis sociais. Na realidade, ela opera um tipo particular de tratamento do social, ao igual que as ciências naturais.

A realidade cientificamente estudada, fornece fundamentos suficientes para orientar a racionalização do setor e a definição de políticas. A política antecede e determina o planejamento e há nítida separação entre a esfera do planejamento (técnica) e a do político, com a qual a programação em saúde não deve confundir-se. Todavia, defende que o tratamento técnico de algumas questões pode ajudar a resolver problemas políticos, desde que as atividades dos diferentes setores sociais, economia, educação, saúde, etc. pudesse ser homogeneizável. Não se trata, aqui, da técnica querendo suplantar a definição política, como atribuído por Uribe (4), senão da redução do político ao técnico.

Na época em que foi elaborada a metodologia CENDES-OPAS, era dominante a crença na evolução da sociedade no sentido do desenvolvimento, que poderia ser alcançado com o instrumento do planejamento. Isto levou os governos latino-americanos a se esforçarem em acelerar o desenvolvimento promovendo, simultaneamente, o crescimento econômico e uma distribuição mais equitativa das rendas a fim de melhorar o bem-estar social. Está implícito que a neutralidade (social) do Estado o levaria a assumir o processo do planejamento econômico-social, em geral, e as recomendações da programação em saúde, em particular; ambos em nome do interesse coletivo representado pela superação do subdesenvolvimento.

Embora a técnica incorpore a visão da realidade social segundo as concepções do funcionalismo durkheimiano, ela não procura desenvolver uma interpretação explicativa das questões que levanta. Enquanto técnica, sua abordagem é de avaliação dos parâmetros de saúde encontrados e do desempenho administrativo do setor. A mudança que propõe, de caráter técnico, dirige-se aos problemas de saúde considerados insatisfatórios ou a melhorar a eficácia e eficiência do setor, promovendo sua racionalização, sem, no entanto, aclarar as causas sociais dos problemas que enfrenta.

O documento de **Formulación de Políticas de Salud, 1975**

Podemos concordar com Chorny (8) que o documento contém elementos funcionais (teoria de sistemas) e uma fundamentação weberiana que transparece na sua base epistemológica e conceitual. Na época de sua divulgação não se alertou que continha concepções diferentes daquelas até então consideradas nas instituições que praticavam planejamento em saúde. O documento representou um novo paradigma para explicar o setor saúde, a sociedade e as relações entre ambos. Aqui é reconhecida uma esfera especial do social — a da política — que não se confunde com o mundo natural e que requer meios específicos para o seu estudo. O documento pretendia *colaborar con conceptos y orientaciones sobre la formulación de políticas de salud* e concebia o sistema de saúde com três componentes: o político, o técnico-administrativo e o nível técnico-operacional.

Desta forma incorporou-se ao planejamento em saúde uma base de conhecimento acerca da dinâmica dos processos políticos na sociedade ... *se ha considerado el proceso político como un proceso social posible de ser estudiado científicamente. Esta es la tarea del análisis político, a través del cual se intenta describir, explicar y predecir los fenómenos políticos, con la precisión que permite la naturaleza de los fenómenos políticos.* Os novos conteúdos para estudo e análise são: demandas, apoios ou rejeição, conflitos, centros de poder, grupos de interesses e os produtos políticos. A ação dos grupos sociais e o significado que adquire a interação entre eles: *los aspectos formales, materiales u organizativos ... que pueden, por su carácter "objetivo" ser tratados tecnológicamente.*

O planejamento partirá da imagem-objetivo pretendida para um dado projeto social, determinada pelos valores que o orientam, e que não pode *ser submetida a tratamientos metodológicos completos.* Aqui estarão presentes os atores sociais com seus valores, ideologias e interesses representando diferentes "configurações históricas de consciências". Não se procura uma verdade absoluta — o diagnóstico — mas sim compreender os significados relativos, dados ou atribuídos a determinados atos ou políticas por parte dos diferentes grupos sociais. Chorny reconhece que planejar é um ato político, mas estabelece as relações entre ambos ao dizer:

Como acción social — intervención deliberada en los procesos sociales — la planificación es también un acto político. Es la política la que define "hacia donde vá" un sistema social, el "qué hacer" para tal propósito y en lo general, el "como hacerlo"... La planificación técnica no puede aportar métodos para tratar todos los aspectos de lo político; su función en el proceso político es informar y programar la ejecución de los aspectos formales que las medidas políticas impliquen...

O planejador reconhece seu papel político e que dele não pode se eximir; poderá ser um técnico, mas deverá ter certa competência de análise política. A concepção de política é a adequação dos meios aos fins e aos valores; os agentes políticos se digladiam visando diferentes valores

que, no fundo se equivalem e, por isso, é possível negociar e fazer acordos; esta é a base da liberdade dos indivíduos para fazer a história que leva, freqüentemente, a um certo voluntarismo. O progresso não é uma tendência da história, ele deverá ser conquistado por um arranjo de vontades políticas. O estado carece de conteúdo — não é classista — o que lhe permite atender aos diferentes projetos políticos extraídos do processo social.

Permitir o desenho de uma estratégia, a partir da análise de viabilidade, é a meta almejada pelo documento; alerta que *las acciones que se desarrollen o aún la enunciación de la intención de realizarlas desencadenará, en el medio social, una gama de reacciones posibles, algunas favorables y otras desfavorables...* A estratégia consiste na *selección de medios, intensidades y oportunidades de acción o disuasión, que exige la dialéctica de voluntades enfrentadas...* A realidade social “inestruturada”, isto é, não hierarquizada, permitirá a realização de qualquer dos projetos em competição, gerando o voluntarismo dos agentes sociais. Não pretende interpretar a realidade para obter a explicação das ações sociais, mas fazer uma avaliação do cenário social para desenvolver a melhor estratégia no sentido de obter a viabilidade das propostas do setor.

O Planejamento estratégico

O documento de *Formulación de Políticas de Salud* deu origem a uma nova vertente para o planejamento em saúde, representado pelo “Planejamento Estratégico” que, como assinalado por Chorny, se caracteriza por reconhecer que à proposição do ator corresponde a existência de um oponente, que configura o conflito; quem planeja é também ator social; o diagnóstico não é unicamente um, posto que diferentes atores elaboram diferentes explicações; o sistema social é histórico, complexo, mal definido e incerto; os problemas, nos sistemas sociais, são quase-estruturados, isto é, não podem ser definidos e nem explicados com precisão, pelo que não é possível resolvê-los; os elementos do sistema não são apenas reativos, mas também criativos, o que impede a predição de estados futuros. Duas vertentes do planejamento estratégico serão consideradas a seguir.

O planejamento estratégico situacional de Matus (14): Este apresenta numerosos pontos de vista calcados na experiência do autor e constitui uma crítica aguda ao planejamento econômico normativo. Por suas concepções da realidade social reconhece-se a filiação weberiana e fenomenológica de Matus (com elementos do enfoque situacional), muito embora ultrapasse os limites da teoria sociológica que fundamentam essa corrente. Embora em alguns aspectos se aproxime do marxismo, não parece filiar-se ao mesmo por razões que serão explicitadas mais adiante.

Matus se preocupa com a incapacidade de governar, que caracterizaria os governos da região, propondo-se a aumentá-la mediante um

conjunto de técnicas e métodos que elevariam a capacidade do ator-protagonista de gerir e de controlar o sistema social. Pretende êle alcançar um tipo especial de explicação dos fenômenos sociais: a descrição da sua conformação e como certas mudanças produzem efeitos em outras esferas sociais. Não há aqui, como no positivismo, uma preocupação com a objetividade das observações: valoriza-se a subjetividade que cada ator ou grupo tem na percepção da realidade, conjunto de valores e projetos com objetivos que politicamente se equivalem e, como diz Matus, todos planejam. O sujeito do planejamento não é unicamente o Estado que deixa de ter o monopólio do planejamento. O planejador não necessita ser um técnico e nem um cientista político. Como diferentes segmentos sociais têm visões diferentes da sociedade e de seus problemas, encontrar-se-á, aqui, a profusa detecção de “causalidades sistêmicas”, segundo o grupo social considerado: os trabalhadores de saúde terão uma, os dirigentes governamentais terão outra e os proprietários de estabelecimentos de saúde privados ainda outra. *Nossa obrigação*, diz Matus, *antes de qualificar a explicação dos “outros”, é precisá-la, definir qual é, porque “la realidad consiste no sólo en lo que es, sino además en lo que los hombres creen que es”*. A subjetividade da observação é submetida à prova da intersubjetividade e o “real” se constrói através da percepção consensual grupal. Tem-se aqui uma concepção implícita de que a realidade social é acessível a qualquer observador que constrói sua explicação específica, compondo todo o conjunto de perspectivas um produto cartesiano denominado “explicação policêntrica”. A explicação dependeria somente da perspectiva social de cada grupo, equiparando-se o conhecimento do bom-senso ao conhecimento científico. Isto representa grave problema metodológico. Como é lembrado por Fernandes (15):

... ficou mais ou menos claro que os dois tipos de conhecimento se opõem tanto em termos de explicação quanto em termos de percepção da realidade. O importante, parece, não é o que se “vê”, mas o que se observa com o método ... a fase verdadeiramente crucial da observação, nas ciências sociais, tem início quando o tratamento analítico dos dados permite passar das imagens sensíveis dos fenômenos para imagens unitárias ou analíticas de suas propriedades e das condições em que são produzidos.

Outro problema diz respeito à afirmação de que todos os atores sociais planejam e que, portanto, esta atividade não é monopólio do Estado. Sabe-se que todos os grupos ou atores sociais têm ou desenvolvem uma postura política, ou uma ação, diante de determinados aspectos ou problemas da realidade. Ao equiparar esta postura ou ação a um planejamento, Matus confunde atividade política com atividade de planejamento.

Matus propõe que se trabalhe com uma concepção da realidade, representada pelos conceitos de fluxo de produção, fenoeestrutura e genoestrutura. A realidade descrita por aqueles “conceitos” permitirá a determinação das “causalidades sistêmicas” dependendo, para isto, da “experiência” do autor, do conhecimento sistemático teórico-prático e de verificações empíricas de algumas relações causais. A subjetividade do ator-

planificador, e sua visão do mundo, conduzirá a linha de interpretação. Não esclarece porque há acumulação e porque pode, ou não, haver redistribuição; tampouco explicita a concepção da relação existente entre a geoestrutura e o fluxo de produção. No entanto a lei de ouro do cálculo político-estratégico diz: *Se não distribuis benefícios econômicos, distribua poder, se não distribuis poder, entregue eficiência e se tampouco entregas eficiência, fique obrigado a distribuir valores, motivações ou uma fé religiosa...*

O tratamento dos fatos sociais é empírico, descritivo e voluntarista: as acumulações sociais são niveladas com o mesmo significado, sejam elas estruturas, sistemas, capitais ou personalidades; é só querer fazer redistribuições que elas serão possíveis. Não há uma explicação além da descrição e, ao contrário do que ele imagina, não aprofunda o diagnóstico mais do que o positivismo consegue fazer. O tratamento dado aos conceitos que usa impede sua equiparação aos conceitos marxistas de conjuntura, modo de produção, estrutura social, etc., pois estas categorias possuem um significado explícito em totalidades sociais e históricas.

Outras críticas marxistas e positivistas à etnometodologia são assinaladas por Minayo: os significados subjetivos não criam a realidade; a estrutura social não se reduz aos procedimentos interpretativos; desconhecem-se os fatores que determinam ou condicionam a visão das pessoas. A principal crítica marxista à fenomenologia é:

... a estrutura social é captada unilateralmente enfatizando a autonomia dos indivíduos, dos pequenos grupos, dos sistemas de crenças e valores, desconhecendo a base social dos mesmos e o caráter de totalidade, historicamente construído, das relações de dominação econômico-políticas e também ideológicas do sistema capitalista; ... na fenomenologia há um curioso desconhecimento dos fenômenos estruturais e uma ausência de discussão sobre as questões do poder, da dominação, da força da estratificação social. Sua abordagem atomiza a realidade como se cada fato ou grupo constituísse um mundo social independente.

Repetidas vezes Matus se refere à limitação das ciências sociais para acertar a *análise causal das conseqüências das decisões que tomamos ... ou para garantir com certeza boas relações de comportamento em nossos modelos analíticos para tomada de decisões*. Afirma que a complexidade do sistema social, que é maldefinido e incerto, impede que seja reduzido a modelos. Diz que os problemas que nele existem são do tipo “quase-estruturados”, isto é, não podem ser definidos nem explicados com precisão, por isto não é possível resolvê-los ou escolher entre alternativas de solução: a “incerteza” é característica dos sistemas sociais. No entanto, ao contrário do que este agnosticismo sociológico faria supor, no seu momento normativo propõe operações como o “cálculo situacional interativo”, instrumentos como o “programa direcional”, “potência” de operações e vetores de peso, reduzindo a complexidade assinalada a modelos. Matus pretende ser possível construir modelos físico-matemáticos de previsão da ação social, antes dos acontecimentos e, assim, fundamentar o seu planejamento; incorre aqui, no nosso entender, em dois erros: os agentes sociais, ainda que filiados a grupos ou

partidos políticos, freqüentemente só definem suas condutas no processo diante das alternativas postas e na forma colocada. Não há um predeterminismo do comportamento político que garanta a construção de vetores ou que permita cálculos. Aqui a natureza das regularidades existentes nas condutas sociais, baseadas nos usos e costumes que Weber aceita, se confunde com a natureza das decisões políticas. O grau de previsibilidade dos comportamentos nestas situações variará, inevitavelmente, de zero a um, tornando qualquer esforço de cálculo mera especulação. Além do mais, a sociologia compreensiva procura o “sentido” das ações sociais, mas este só é apreensível *ex-post*, isto é, depois dos acontecimentos. Em segundo lugar, pretender que seja possível medir a intensidade de um apoio ou rejeição,⁶ de forma a construir vetores ou “arcos direcionais”, não é ultrapassar o limite das ciências sociais, senão escorregar perigosamente no campo dos jogos sem, entretanto, sair deles.

Ao reduzir a política a um jogo entre grupos sociais, desvinculando-as das suas bases sociais e históricas, desfaz o que seria o grande avanço do planejamento estratégico: a incorporação da dimensão política ao planejamento. Ao pretender ser possível uma construção científica das políticas ao positivismo durkheimiano, ao arrepio das concepções weberianas que fundamentaram inicialmente o seu pensamento.

O pensamento estratégico em saúde (1981): O atual trabalho de Testa (16) constitui um corajoso documento que tenta reequacionar o planejamento em saúde dentro de um referencial inspirado no materialismo histórico;⁷ mais significativo é esse esforço se lembrarmos que o autor participou do grupo que formulou, no início da década de 60, a Técnica CENDES-OPAS, e que foi consultor na elaboração do documento de Formulación de Políticas de Salud. No trabalho aqui considerado, Testa mantém o diagnóstico clássico (administrativo) do planejamento ao estudar o setor saúde, onde o importante será a determinação da eficácia e da eficiência. Para isso admite valer-se do enfoque de sistemas. Acrescentará, depois, os enfoques explicativos desenvolvidos pela epidemiologia social: perfis de classes da morbimortalidade, desgaste do operário, etc., para desenvolver o diagnóstico do estado de saúde e da situação epidemiológica. O diagnóstico estratégico, orientado para objetivos de mudança, incorpora os elementos subjetivos-ideológicos e políticos-estratégicos que faltavam no planejamento tradicional. Sua proposta é estratégica na medida em que se orienta segundo a

⁶ Em 1929 Mannheim escrevia: “Por que não existe uma Política Científica?”, demonstrando a impossibilidade de controlar todas as variáveis envolvidas na questão; apesar dos avanços das técnicas de investigação o problema permanece insolúvel, como admite o próprio Matus.

⁷ Posteriormente Testa explicaria melhor algumas idéias em: *Estratégia, coherencia y poder en las propuestas de salud. Cuad Med Sociales*, N^{os}. 38 e 39, Rosário, Argentina, 1986.

estrutura de poder no setor e que persegue as mudanças que podem afetar essa disposição. Reconhece que o embate mais importante ocorre entre a estratégia de hegemonia de dominadores e dominados e que esta luta não é transparente... não se sabendo ao certo o que é que se disputa e nem quem é aliado ou inimigo. Igualmente, o diagnóstico ideológico procurará revelar a tentativa de legitimar a proposta de saúde e o sistema social que faz a proposta, identificando-os com as idéias e valores dominantes: a proposta poderá ser biologicista, ecológica ou social. Os grupos de sustentação das mesmas poderão ser caracterizados segundo o tipo de consciência: dominante, para si ou em si; defende que a perspectiva a ser considerada como científica é aquela que incorpora a perspectiva da classe dominada. Afirma que isso ajudará a identificar aliados e adversários. A meta da estratégia é a construção de um poder classista que incorpore e atenda os interesses da maioria da população.

Para Testa, o planejador é um indivíduo com consciência de classe que optou, diante da luta de classes, pela construção ou ampliação dos espaços de poder a serviço de um projeto social contra-hegemônico. O Estado é classista e os grupos dominados não podem esperar facilidades políticas. A realidade não é transparente, daí a dificuldade de enxergar os objetos em disputa, os adversários e os aliados. O Estado, as organizações e as teorias e métodos são produtos históricos.

Essas características alinham este trabalho dentro da perspectiva do materialismo histórico sem que se possa afirmar, no entanto, que segue uma metodologia sociológica marxista quando estuda a sociedade; o próprio autor assinala algumas das dificuldades por ele identificadas na sua proposta: o diagnóstico administrativo de tal objetivo elimina as variáveis "sociais"; por outro lado, o diagnóstico estratégico careceria de indicadores que possam refletir a estrutura de poder; não lhe permite chegar a identificar as mediações entre poder e organização.

No entender do autor deste trabalho, Testa incorpora elementos do materialismo histórico sem lhes dar o tratamento de categorias de análise dialética. O modelo deixa de ser dialético para tornar-se mecânico, quando divide em diagnósticos diferentes o objetivo e o subjetivo, um predominantemente "clássico" e o outro "político-ideológico, e fragmentador da realidade ao propor diagnósticos estratégicos da situação epidemiológica, dos serviços, do diagnóstico ideológico, etc. Embora inicie apontando a contradição de dar tratamento global a questões setoriais, acaba incorrendo no mesmo pecado.

Esses tipos de problemas são tratados por Goldmann e Luckács, como comentados por Minayo (12):

O conhecimento em sociologia encontra-se no duplo plano do sujeito que conhece e do objeto estudado, pois até os comportamentos exteriores são comportamentos de seres conscientes que julgam e escolhem, com maior ou menor liberdade, sua maneira de agir (Goldman).

... Luckács e Goldmann ... empenham-se em combater tanto os exageros da supremacia da razão como dos subjetivismos, assumindo a relatividade dos fatores objetivo e subjetivo, material e espiritual e sua unidade dialética.

É preciso assinalar que a produção autenticamente marxista na saúde é muito escassa e que isto está relacionado com a dificuldade que pessoas com formação científica positivista têm de aplicar o método dialético. Neste sentido, o modelo de pensamento estratégico proposto por Testa representa significativo esforço de aproximação ao materialismo histórico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O autor julga ter, com este trabalho, contribuído para um debate que deverá constituir importante etapa no desenvolvimento do planejamento no setor. Se é certo que a análise dos modelos de planejamento em saúde, restrita aos aspectos teóricos e metodológicos, esconde a contribuição que estas propostas trouxeram, cada uma à sua época, ela há de, por outro lado, permitir resgatar outros aspectos dessa experiência que as abordagens históricas e econômicas não consideraram até o presente momento. Destacase, aqui, a questão da base teórica que fundamenta o planejamento que envolve, de um lado, a consideração das correntes filosóficas do pensamento no campo da saúde (17), as correntes idealistas (neopositivismo e neokantismo) e as materialistas (o marxismo) e, de outro, as correntes filosóficas nas ciências sociais (18). Nestas, o problema epistemológico mais importante diz respeito à opção entre a concepção popperiana de uma ciência única para os problemas da natureza e da sociedade, ou pela “escola crítica” que defende duas ciências fáticas, as naturais e sociais, dada a essência fundamentalmente divergente de base empírica cognoscível de um e outro tipo de ciência (18). Como assinala Apezechea, da questão acima deriva a possibilidade de admitir-se a redução do social a elementos observáveis e o uso do método hipotético-dedutivo ou, de outro lado, a necessidade de contextualização como meio para atingir os significados da experiência. Do esgotamento do modelo popperiano e da estagnação da escola crítica (à qual faltariam “regras de método”) derivou o aparecimento de correntes “metodológicas”, paradoxalmente não metodológicas, apoiadas na fenomenologia e etnografia.⁸

Neste trabalho demonstra-se como as principais correntes de interpretação sociológica da realidade fazem-se presentes nos modelos de

⁸ A este respeito adverte Apezechea: “A liberdade metódica, baseada na noção de que a teoria ‘nasce do dado’, não somente mostra uma inadequada concepção epistemológica, mas que, ao mesmo tempo, se aproxima de uma espécie de ‘vale-tudo’ analítico; e sob tal cobertura — e com o apoio de críticas possíveis, dada a ‘intransferibilidade’ da compreensão empática das situações percebidas — corre-se o perigo de proteger irracionalismos que não conduzem à obtenção de achados científicos e que são politicamente perigosos.

planejamento em saúde nos quais, segundo este autor, a questão mais importante diz respeito à fundamentação teórica e, em segundo lugar, ao método utilizado para tratar do aspecto social. Entretanto, deve-se assinalar que, embora a lógica dos modelos apresentados se oriente pelas diferentes correntes sociológicas, esses modelos pouco utilizaram o método de investigação correspondente no estudo da realidade. Poder-se-ia argumentar que o planejamento não é sociologia, caso em que ter-se-ia de lembrar que a saúde coletiva, ao abraçar seu objeto, optou pela interdisciplinariedade. Esse descompasso entre a teoria e a prática, no planejamento em saúde, deve merecer cuidadosa análise para sua devida compreensão.

Finalmente, acredita-se que uma tendência, já insinuada nos modelos de planejamento de Matus e de Testa, é a de enveredar por um certo ecletismo de concepções que tenta suprir as carências e dificuldades de uma corrente de interpretação sociológica incorporando elementos de outra, mesmo que ambos se oponham no campo epistemológico. Se isso for concebível no plano de ação, onde as condutas humanas podem orientar-se por qualquer visão de mundo (ou sua falta), não é admissível no plano do conhecimento, onde o rigor científico exige coerência e, sobretudo, dar conta da tarefa de explicar adequadamente a realidade. Se o planejamento, como instrumento de mudança social dirigida, permite ao homem imprimir um rumo deliberado à tarefa de construção da sociedade, este precisa conhecer os alcances e limites do seu instrumento. Como em outros campos das atividades humanas, também aqui será a prática que validará definitivamente, ou não, os métodos e técnicas propostos e atualmente em desenvolvimento. Por outro lado, as instituições acadêmicas que formam os recursos humanos para a saúde devem empenhar-se em criar um pensamento crítico que permita uma melhor avaliação teórico-prática das experiências no setor.

AGRADECIMENTO

O autor deseja expressar seu agradecimento à Professora Dra. Neiry Primo Alessi por suas valiosas sugestões e ao Dr. Itamar Tatuhy Sardinha Pinto pela cuidadosa leitura do manuscrito deste trabalho.

REFERÊNCIAS

- 1 Pereira, L. História e Planificação (Capítulo 1), in: *Ensaio de Sociologia do Desenvolvimento*. São Paulo, Pioneira Editora, 1970.
- 2 Lanza, A. R. Planificación en Salud, in: Soonis, A. *Medicina Sanitaria y Administración en Salud, Tomo II, Atención de la Salud*. Buenos Aires, Lib. El Ateneo Edit., 1983.
- 3 Poincaré, H. Science et Méthode, in: Fernandes, F. *Fundamentos Empíricos da Explicação Sociológica*. São Paulo, Companhia Editora Nacional (2 ed.), 1972.

- 4 Uribe Rivera, F. J. Por um Modelo de Formulação de Políticas de Saúde Baseado no Enfoque Estratégico de Planificação, in: Rivera, F. J. U. (org.) *Planejamento e Programação em Saúde, Um Enfoque Estratégico*. São Paulo, Cortez Editora, 1989.
- 5 Paim, J. S. O Movimento pelo Planejamento de Saúde na América Latina. *Rev Baiana Saude Publ* 10(1):46-52, 1983.
- 6 Kornis, G. E. M. Planejamento, Planejamento Social e Planejamento de Saúde na Perspectiva de um Olhar Cepalino; Algumas Anotações Preliminares. Rio de Janeiro, *Cadernos do I.M.S.*, 2(2):29-63, 1988.
- 7 Fassler, C. Transformación Social y Planificación de Salud en América Latina. *Rev C.A. Ciencias Salud*, Número 13, mayo-agosto, 1979.
- 8 Chorny, A. H. El Enfoque Estratégico para el Desarrollo de Recursos Humanos. *Educ Med Salud*, 24(1), 1990.
- 9 Organização Pan-Americana da Saúde-Organização Mundial da Saúde. Notas sobre las Implicaciones de la Meta SPT/2000, La Estrategia de Atención Primaria y los Objetivos Regionales acordados para la Planificación y Administración de los Sistemas de Servicios de Salud. Documento borrador, circulación restringida, 1981-1984.
- 10 Manheim, K. *Ideologia e Utopia*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1968.
- 11 Medeiros Pereira, J. C. A Explicação Sociológica na Medicina Social. Tese de Livre Docência, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. São Paulo, 1983.
- 12 Minayo, M. C. S. O Desafio do Conhecimento — Metodologia de Pesquisa Social (Qualitativa) em Saúde. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1989.
- 13 Thomas, W. *apud*: Timasheff, N. S. *Teoria Sociológica*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1960.
- 14 Matus, C. *Planificación, Libertad y Conflicto*. Venezuela, Instituto Venezolano de Planificación (IVEPLAN), 1985.
- 15 Fernandes, F. *Fundamentos Empíricos da Explicação Sociológica*. São Paulo, Companhia Editora Nacional (2ª ed.), 1972.
- 16 Testa, M. O Diagnóstico de Saúde (Parte 1) e Tendências em Planificação (Parte 2) in: Rivera, F. J. U. (Org.) *Planejamento e Programação em Saúde—Um Enfoque Estratégico*. São Paulo, Cortez Editores, 1989.
- 17 García, J. C. Medicina e Sociedade: As Correntes de Pensamento no Campo da Saúde in: Nunes, E. D. (org.) *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo, Global ed., 1983.
- 18 Apezchea, H. J. Problemas Metodológicos da Pesquisa nas Ciências da Saúde, in: Nunes E. D. (org.) *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina—Tendências e Perspectivas*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 1985.

BIBLIOGRAFIA

- Ahumada, J., Guzmán, A. A., Durán, H., Pizzi, M. Sarué, E. e Testa, M. Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud. Organización Pan-Americana da Saúde, Washington, D.C., publicação científica nº 111, 1965.
- Matus, C. Fundamentos da Planificação Situacional, in: Rivera, F. J. U. (Org.) *Planejamento e Programação em Saúde—Um Enfoque Estratégico*. São Paulo, Cortez Editores, 1989.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Planificación de la Salud en la América Latina. Publicación científica 272, Washington, D.C., 1973.

CONTRIBUCION AL MARCO TEORICO PARA EL DESARROLLO DE LA ACCION INTERSECTORIAL EN SALUD

Julio Suárez¹

INTRODUCCION

En 1979, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el documento *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar salud para todos en el año 2000* (1), con el propósito de establecer un marco de referencia común para los países y la propia Organización en la formulación de las estrategias nacionales, regionales y mundiales dirigidas a alcanzar las metas de salud acordadas en Alma Ata un año antes (2). En el capítulo dedicado a abordar los principios fundamentales contenidos en la estrategia de salud para todos se expresa textualmente: "El sector de salud por sí solo no puede alcanzar la meta de un grado aceptable de salud para todos en el año 2000. Para ello hace falta la voluntad política de los países y los esfuerzos coordinados del sector salud más las actividades pertinentes de otros sectores del desarrollo social y económico". Este pequeño párrafo enfatiza tres aspectos básicos para el desarrollo de la salud: Voluntad política, coordinación intrasectorial y acción intersectorial.

El Octavo Programa General de Trabajo (3) de la OMS para 1990-1995, y las Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para 1991-1994 (4) contienen la estrategia de trabajo aprobada por los países miembros de estas organizaciones para los períodos señalados, que insiste en la necesidad de impulsar la acción intersectorial como un componente fundamental de la política y los planes de salud de los países en el marco de la Estrategia de Atención Primaria en Salud. El tema de la acción intersectorial se menciona en otros documentos que se han elaborado en los últimos años sobre políticas de salud y organización de los servicios como uno de los elementos

¹ Consultor, Representación de la OPS/OMS en Cuba.

fundamentales para la gestión efectiva y eficiente hacia la solución de los problemas de salud (5-9); no obstante, la literatura específica es escasa y las investigaciones sobre el tema son pocas (10-13).

Una aproximación valorativa del desarrollo actual de acciones intersectoriales en salud en la América Latina y el Caribe puede obtenerse en el documento presentado ante la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, sobre el "Desarrollo y fortalecimiento de los SILOS" (12). En un documento posterior se hizo un análisis del progreso de los SILOS en la Región entre septiembre de 1988 y septiembre de 1990 basado en la información brindada por los países en relación con la situación a nivel nacional y de la experiencia particular en un grupo de SILOS. Resulta significativo constatar que aunque 21 países afirman realizar acciones intersectoriales, según se recoge en la sección dedicada al análisis de la situación nacional (16 de los SILOS estudiados se refieren a coordinaciones intersectoriales), cuando se detalló el carácter de las actividades mencionadas como intersectoriales, se encontró que realmente se relataban actividades conjuntas con la población y no verdaderas acciones intersectoriales.

En este mismo documento se relacionan las publicaciones que se han realizado en la serie sobre los SILOS, y de 18 publicaciones ninguna ha abordado específicamente el tema intersectorial y sí otros temas como la participación social, la programación local, descentralización, etc., a pesar de reconocerse que la intersectorialidad en salud es uno de los componentes fundamentales en la Estrategia de Atención Primaria y en los SILOS.

Otra fuente actualizada de información es la publicación *Las condiciones de salud en las Américas, Edición de 1990* (13). En la sección dedicada a la infraestructura de los servicios de salud, en la subsección sobre articulación intersectorial, se comentan investigaciones realizadas en el Brasil, el Perú y Venezuela, promovidas por la OPS y el ILPES; estas observaron una limitada coordinación entre los programas sociales, a la vez que se señala una sola experiencia concreta de coordinación intersectorial realizada en el Ecuador alrededor del programa de salud familiar integral y comunitaria, con participación de instituciones de los sectores salud, educación, bienestar social y trabajo.

Aunque no se puede afirmar categóricamente que existe un insuficiente desarrollo de acciones intersectoriales en salud en la América Latina, la escasez de información publicada sobre experiencias, programas e investigaciones de carácter intersectorial en la Región, permite presumir que el panorama real es de subdesarrollo de acciones intersectoriales, en contraste con la necesidad de privilegiar este tipo de acciones para enfrentar los graves problemas de salud que tienen los países en una situación de importantes restricciones de recursos.

Una de las limitaciones que enfrenta actualmente el desarrollo de la acción intersectorial en salud en la América Latina, es la carencia de un cuerpo de conocimientos organizados que sirvan de base para el for-

talecimiento y desarrollo de la concertación entre distintos sectores sociales hacia objetivos de salud.

El presente trabajo pretende ser una contribución al proceso de construcción de un marco teórico referencial para el desarrollo de la acción intersectorial en salud.

SALUD Y CONDICIONES DE VIDA

Siempre que se aborda la salud desde una perspectiva poblacional, surge la necesidad de asumir una posición en relación con los factores que determinan el estado de salud de la población. Actualmente existe consenso en aceptar que son las condiciones de vida las que determinan principalmente el estado de salud, y que a su vez son los factores socioeconómicos los determinantes fundamentales de las condiciones en que vive una población dada en un momento histórico específico. Este tema ha sido ampliamente tratado en la literatura especializada sobre salud pública y, en general, puede ser consultado con facilidad recurriendo a los textos que abordan la relación entre la sociedad y la salud, por lo que nos limitaremos a comentar algunas referencias ilustrativas.

A finales de la década de 1970, un grupo de especialistas ingleses, bajo la coordinación de Sir Douglas Black, investigaron la distribución de los problemas de salud-enfermedad en la Gran Bretaña y demostraron que existían diferencias en el estado de salud de la población según la clase social pertinente siendo los más pobres los que más problemas de salud tenían (14).

En nuestra Región, Hugo Behm (15) estudió los determinantes económicos y sociales de la mortalidad y concluyó que es necesario modificar las estructuras sociales y económicas en la América Latina para disminuir las altas tasas de mortalidad en los sectores desfavorecidos.

Hernán San Martín relacionó 13 causas determinantes del estado de salud del individuo y la población (16). De ellas, una está referida a factores biológicos, dos a los sistemas de salud y seguridad social, una a calidad del ambiente físico y otra a comportamientos individuales y sociales frente a los problemas de salud-enfermedad, también conocidos por estilos de vida. El resto, un total de ocho, son factores socioeconómicos, aunque en sentido amplio los trece pueden ser considerados como tales. Otros autores proponen otras combinaciones y proporciones (17-19), pero en general todos aceptan la primacía de los factores socioeconómicos en la determinación de la salud.

Es justo reconocer que mucho antes de los trabajos anteriormente citados, estudios clásicos como los realizados en las primeras décadas del siglo por Goldberger y colaboradores —sin que tampoco estos fueran

los primeros en señalar el origen social de los problemas de salud— habían demostrado la etiología nutricional de la pelagra y la vinculación de los problemas nutricionales con las desfavorables condiciones de vida de las personas que enfermaban (20–22).

Desde la década de los sesenta, pero con mayor fuerza a partir de los setenta, un grupo de investigadores latinoamericanos cuestionó la capacidad explicativa de la epidemiología tradicional y desarrolló un proceso hacia la construcción de un nuevo método epidemiológico social. Un trabajo teórico realizado por Jaime Breilh (23) contiene y resume en gran medida el pensamiento del grupo de investigadores aludidos. El autor analiza críticamente el método epidemiológico tradicional de abordaje del proceso salud-enfermedad basado en el análisis fenomenológico de las relaciones entre distintos factores tomados como causales o de riesgo, y la situación de salud de los grupos humanos, sin profundizar en el proceso dinámico a través del cual los determinantes sociales generales se reflejan en distintos perfiles de salud.

Otros autores han enriquecido la teoría de la epidemiología social mediante importantes aportes en el análisis de las relaciones entre variables socioeconómicas y el proceso salud-enfermedad. Un ejemplo de ello es la utilización por Castellanos (19) de la categoría espacios —general, particular y singular— entendida como dimensión donde tienen lugar los procesos de reproducción social, en la definición, descripción, explicación y acción transformadora de los problemas de salud-enfermedad que ocurren en dichos espacios.

La contribución más reciente del Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS) del Ecuador: *Deterioro de la vida. Un instrumento para el análisis de prioridades regionales en lo social y en salud* (24), expone el resultado del trabajo coordinado de varios investigadores, que estudiaron los procesos epidemiológicos mediadores entre las distintas realidades socioeconómicas, geocológicas y de reproducción social en el Ecuador, y el perfil de salud-enfermedad de los grupos humanos insertos en ellas, poniendo en evidencia las diferencias existentes en el estado de salud de dichos grupos sociales según su participación en el proceso de producción de bienes de consumo, y la distribución social de esos bienes.

La epidemia de cólera que se extiende actualmente por la Región, ofrece un doloroso ejemplo de la determinación básicamente social de esta enfermedad, lo que se demuestra por la preferencia que tiene por los grupos humanos más pobres.

Resumiendo, se puede afirmar que los intentos de abordar el estudio del estado de salud de la población, y de encontrar las vías para intervenir con vistas a solucionar los problemas existentes, debe partir de concebir a la salud como un producto de las condiciones en que viven y trabajan los individuos, familias y comunidades, y de la responsabilidad que tiene la sociedad en su conjunto en la solución de los problemas de salud.

SALUD Y DESARROLLO

Las relaciones entre los factores socioeconómicos y la salud vinculan estrechamente a la salud con el desarrollo. Las agencias y organismos internacionales de cooperación le dedican atención especial a la investigación y análisis de los procesos de desarrollo económico y científico-técnico y su relación con el desarrollo social, poniendo particular énfasis en la salud (3, 4, 25, 26).

Una declaración de alcance y compromiso universal como la Declaración de Alma Ata (2), denuncia las grandes desigualdades existentes entre el mundo desarrollado y el subdesarrollado y entre ricos y pobres como la causa de las diferencias existentes en sus respectivos niveles de salud.

La estrategia mundial de salud para todos (5), precisa que: "El mejoramiento de la salud no solo resulta del auténtico desarrollo socioeconómico, distinto del simple crecimiento económico, sino constituye además una inversión esencial en ese desarrollo". La Carta de Ottawa (27) sobre promoción de salud declara que: "La paz, la educación, la vivienda, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, la conservación de los recursos, la justicia social y la equidad son requisitos fundamentales para la salud". Otros documentos de alcance internacional defienden esta misma posición (4,6). Se pone así de relieve que el simple crecimiento de indicadores económicos no significa mayores niveles de bienestar y salud para toda la población, pues se requiere además una justicia distributiva que se refleje en beneficios sociales equitativos.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) publicó recientemente un interesante informe sobre la situación en que se encuentra el desarrollo a nivel mundial, y propone el término "Desarrollo humano" para enfatizar que es el ser humano el verdadero objeto y razón del desarrollo, y que para medir dicho desarrollo no bastan los indicadores económicos (26). Propone el PNUD un "Índice de desarrollo humano" construido con tres indicadores: ingreso per cápita, alfabetismo, y esperanza de vida al nacer, por considerar que estos indicadores combinados constituyen una buena medida resumen, para evaluar el nivel de desarrollo humano en los países. La relación de los indicadores que integran este índice, con el estado de salud de una población, refuerza la concepción de la salud vinculada al bienestar y al desarrollo.

En este informe se aprecia como algunos países han logrado un rápido crecimiento económico, sin que este crecimiento se haya traducido en un mejoramiento proporcional de las condiciones de vida de toda la población, mientras que otros países han logrado indicadores en salud y educación propios de países con mayor desarrollo económico, a partir de una política de equidad distributiva y beneficios sociales.

La existencia de estos casos confirma que el crecimiento eco-

nómico no se traduce automáticamente en desarrollo social armónico, y que una política social justa puede lograr avances sociales equitativos de importancia en países económicamente subdesarrollados.

El líder tercermundista y presidente de la Comisión Sur, Julius Nyerere, en el discurso de apertura de la Octava Reunión de dicha Comisión celebrada en La Habana en julio de 1990 declaró que: "La base para el desarrollo, que es a la vez el medio y el fin del desarrollo, radica en el pueblo. Desarrollo significa progreso y bienestar o no significa nada". Y continuó más adelante "... La dignidad y el bienestar humanos de hombres, mujeres y niños han de ser el objetivo de todos los esfuerzos encaminados al desarrollo del Sur" (28). En esta declaración se sintetiza un anhelo de los pueblos del Tercer Mundo que no parece estar pronto a cumplirse.

Es así que la relación entre salud y desarrollo tiene importancia de primer orden para políticos y salubristas, relación que requiere ineludiblemente un enfoque intersectorial. Salud y desarrollo socioeconómico deben ser abordados como elementos sinérgicos mutuamente enriquecedores, por lo que no se puede concebir el desarrollo sino para lograr mayor salud como parte fundamental del bienestar, a la vez que un mayor nivel de salud de la población es un requisito para impulsar el desarrollo.

ACCION INTERSECTORIAL EN SALUD

Sector y acción intersectorial

El esfuerzo mancomunado de varios sectores hacia metas de salud ha recibido diferentes denominaciones. Términos frecuentemente utilizados son: "Coordinación intersectorial" (1, 2), "Articulación intersectorial" (13) o simplemente "Intersectorialidad" (7). Consideramos que la denominación que ofrece el *Glosario de Términos* de la OMS (29), "Acción intersectorial", expresa mejor el carácter global de un proceso que incluye pensamiento, coordinación y acciones intersectoriales.

El abordaje de la acción intersectorial en salud requiere definir lo que se entiende por sector y por acción intersectorial. El concepto de sector incluye cierto nivel de abstracción y arbitrariedad, ya que en la realidad solo existe como tal a los efectos del abordaje analítico de la sociedad. El término sector ha sido utilizado comúnmente para identificar distintas esferas de la economía, la administración, el conocimiento y, en general, esferas de la sociedad. Se hace alusión en ocasiones a sectores amplios (productivo, social), menos amplios (salud, educación), estructurales (industrial, agrícola), superestructurales (judicial, religioso), científicos (ciencias políticas, ciencias naturales), o de acuerdo con la forma de propiedad (público, privado). Esta variedad de enfoques depende de la óptica de quien lo utiliza.

Frecuentemente se asume la existencia de dos macrosectores: el económico o sector productivo y el social, y se distingue además al sector político-militar y al científico-tecnológico, aunque este último puede ser incluido dentro del productivo por su relación e importancia en esa esfera, y el primero como el subsistema rector que dirige el funcionamiento del sistema. Aunque útil como esquema, este tipo de división de la sociedad resulta simplista, entre otras razones por desestimar la función económica de sectores como salud y educación.

El sector salud constituye el sistema de servicios de salud, pertenece al macrosector social, y está encargado de prestar institucionalmente los servicios de salud a la población. El sector salud no debe confundirse con el sistema de salud, del que forma parte importante, pero que incluye un conjunto mayor de elementos que se relacionan formal o informalmente con la salud (30). En la mayoría de los países de las Américas el sector salud está integrado por el ministerio de salud —que representa al subsistema público— las instituciones del subsistema de la seguridad social, y los servicios privados. Como parte del sistema de salud pero no del sector en varios países está presente la acción de organismos no gubernamentales que intervienen en los problemas de salud, y en todos, en mayor o menor medida, forman parte del sistema informal de las comunidades, tradicional y de gran arraigo popular.

Asumiendo la división de la sociedad en la forma antes expuesta, las acciones intersectoriales en salud pueden producirse entre sectores pertenecientes a un mismo macrosector o a distintos macrosectores. Un ejemplo de la primera variante sería la acción entre los sectores salud y educación, y de la segunda entre salud y alimentación. Sin embargo, como hemos señalado esta división solo resulta válida si se reconoce el artificio que implica decir que estos sectores son puramente sociales o económicos cuando la realidad, mucho más rica, demuestra que las fronteras de competencia y acción de los diferentes sectores son poco precisas y varían con el transcurso del tiempo y de un contexto a otro aun dentro de un mismo país. Debe destacarse que la acción intersectorial puede integrar a terceros sectores con objetivos propios distintos a los que persigue salud.

Las referencias a la intersectorialidad en salud que aparecen en la literatura consultada, incluyendo el glosario anteriormente citado del que tomamos el término acción intersectorial, no definen claramente lo que entienden por sector. Esta situación puede dar pie a confusiones cuando se aborda el tema intersectorial y consideramos que requiere precisión para evitar equívocos al comparar criterios de distintas fuentes en relación con la intersectorialidad. Entendemos a los sectores en sentido institucional, y a las relaciones y acciones intersectoriales en salud como relaciones entre instituciones pertenecientes a sectores distintos, ya sean públicas, privadas, de seguridad social, no gubernamentales, u otras, siempre que representen alguna esfera de la sociedad. Concebimos la acción intersectorial en salud

como la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a abordar un problema vinculado con la salud. Desde este punto de vista, una acción intersectorial en salud puede ser tanto una intervención dirigida a modificar un hábito nocivo para la salud en el nivel social global, que la realización de un proyecto intersectorial para abastecer de agua potable a una comunidad, que la coordinación entre el ministerio de salud de un país y las empresas productoras de medicamentos para producir un nuevo fármaco necesario, o la realización de investigaciones conjuntas entre instituciones de salud, educación y alimentación.

Diferenciamos en este sentido la acción intersectorial en salud, de la participación comunitaria en salud, entendida como intervención de la comunidad organizada en todo el proceso que resulta en acciones de salud (30). Ambos procesos coexisten y en vinculación estrecha, fundamentalmente en el nivel local, como se ha señalado en la propuesta de los SILOS (7), y de hecho proyectos intersectoriales destinados a intervenir en problemas de salud de la comunidad, deben contemplar la participación comunitaria para lograr sus objetivos con equidad, eficacia y eficiencia.

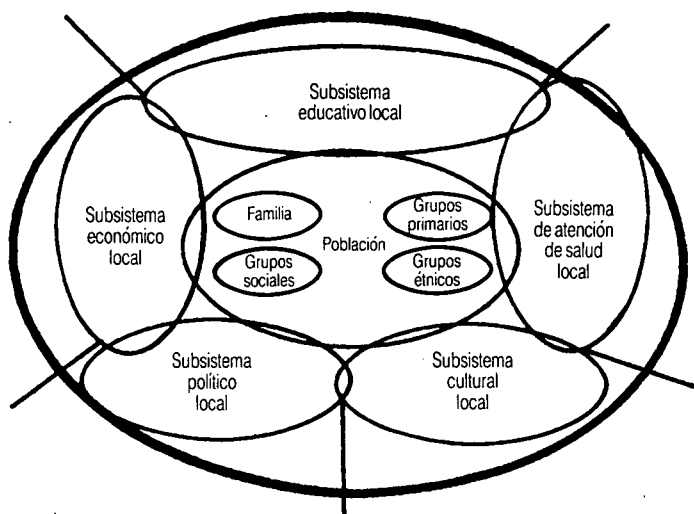
Sistema social y acción intersectorial

Las relaciones entre sectores sociales, son relaciones entre subsistemas que en su conjunto conforman el sistema social como un todo. Una primera aproximación al problema a través del enfoque sistémico, señala la existencia de un sistema social global, constituido por toda la sociedad con sus formas de organización, instituciones de todo tipo, relaciones sociales, culturales, políticas, económicas, etc. Una forma de división de la sociedad en subsistemas sería el establecimiento de sistemas sociales menores, por niveles o territorios geográfico-poblacionales, similares en su constitución al global pero con las particularidades que le aporta su dimensión. Este tipo de abordaje permite entender a la comunidad como un sistema social local (30) (Fig. 1).

Por otra parte, se puede dividir el sistema social de cualquier nivel en sectores que están presentes en todas las dimensiones sistémicas, y tienen relaciones que pueden ser dentro de sí, cuando se producen entre sus distintas partes o subsectores, y entre sí cuando la relación se da entre instituciones pertenecientes a distintos sectores. Las relaciones entre el ministerio de salud y la seguridad social o las instituciones privadas de salud, son relaciones intrasectoriales, mientras que las relaciones entre el ministerio de salud y el de educación, son intersectoriales.

En los sistemas tienen lugar además relaciones horizontales, entre instituciones de un mismo nivel sean de un mismo sector o de sectores diferentes, y verticales que cruzan los distintos niveles y que según el grado de descentralización que exista en la sociedad en general y en cada sector

FIGURA 1. Sistema social a nivel local (comunidad).



Fuente: De Roux *et al.* Participación Social y SILOS

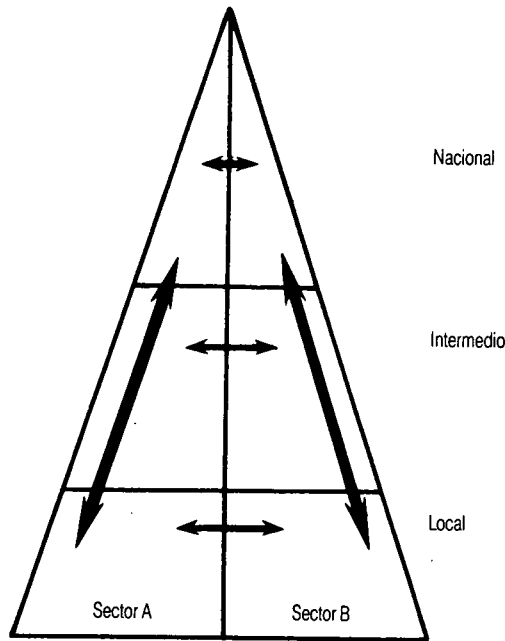
y subsector en particular, serán relaciones de mayor o menor subordinación de los niveles inferiores a los superiores, lo que va a determinar el grado de capacidad de decisión y acción en los sistemas de los niveles inferiores, y la posibilidad de participación social en el proceso de gestión de la sociedad (Fig. 2). Las relaciones verticales son generalmente intrasectoriales e intrainstitucionales, como las que tienen lugar entre las instancias nacional, intermedia y local, de un ministerio. Desde este enfoque, se pone de relieve la capacidad de cada institución para concebir, gestar, decidir y desarrollar acciones intersectoriales, en dependencia del grado de descentralización y las motivaciones que para ello tengan estas instituciones.

Determinantes y condicionantes

La acción intersectorial en salud tiene lugar en el espacio más general de organización de la realidad social que es el nivel societal, el más amplio y complejo por abarcar sectores grandes de grupos e instituciones sociales y las relaciones entre estos. Es en este espacio general de la sociedad en su condición de sistema suprasectorial, donde operan los determinantes de que la acción intersectorial tenga lugar.

La acción intersectorial en salud en su condición de parte del todo social, está determinada por las características de dicho todo en un momento y lugar dados, y tiene lugar en la dinámica —a veces contradictoria— de las relaciones entre sectores sociales. Utilizando una expresión empleada por Breilh (31) en uno de sus trabajos sobre las relaciones entre

FIGURA 2. Relaciones intra e intersectoriales por niveles.

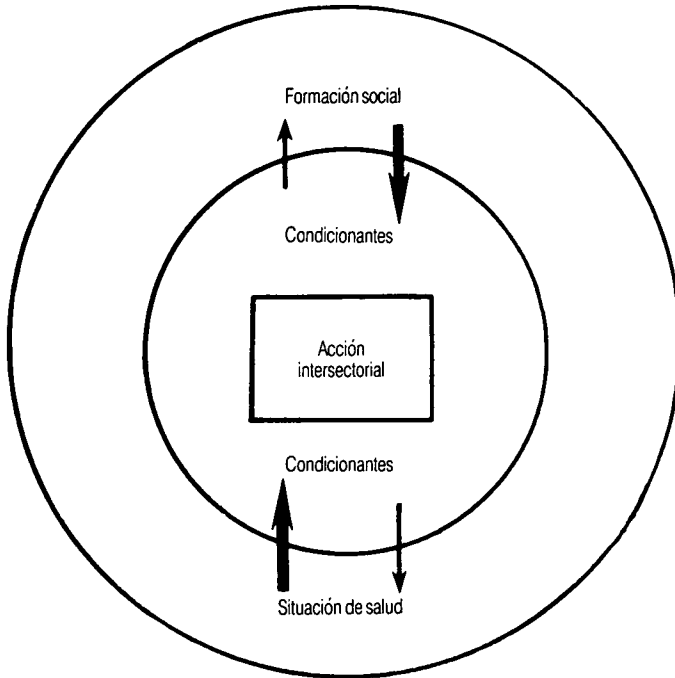


la sociedad y la salud, “el todo social subsume, subordina el movimiento de las partes o procesos particulares”, en este caso las relaciones entre los distintos sectores sociales.

El sistema social marca los límites de movimiento de los procesos que se producen en su interior, entre ellos la acción intersectorial, determinando de esta forma las posibilidades de expresión del fenómeno. La acción intersectorial no se produce automáticamente como consecuencia de la existencia de sectores sociales en contacto, necesitándose para ello la conjunción de una serie de factores objetivos y subjetivos históricamente determinados.

Desde este enfoque, que concibe además a la salud como producto de las condiciones de vida de la población —concepto expresado anteriormente—, los factores que intervienen en el desarrollo de la acción intersectorial en salud, dependen por una parte de las características de la formación socioeconómica y su historia incluyendo al sector salud, y por otra del estado de salud de la población y los problemas fundamentales que deben ser resueltos a través de las acciones de salud, entre estas las intersectoriales (Fig. 3). Es así que el estudio de la intersectorialidad en salud, implica abordar la dinámica de las relaciones entre la sociedad como un todo y sus partes, las relaciones de las partes entre sí, y el vínculo del todo y las partes con el proceso salud-enfermedad.

FIGURA 3. Determinantes y condicionantes.



Existen factores que favorecen o limitan la expresión y el desarrollo de los fenómenos sociales y que constituyen condicionantes o mediadores que operan en el espacio contextual donde se produce la acción intersectorial en salud. Estos últimos factores median entre la historia económica, política y cultural, que determina como un todo los procesos que tienen lugar en la realidad, y la acción intersectorial en salud, como una de las expresiones de dichos procesos sociales.

Las características geográficas y climatológicas aportan el escenario natural en que se desarrolla la sociedad. Eventos naturales como terremotos, ciclones, nevadas, inundaciones y, en general, los desastres naturales requieren habitualmente una respuesta social intersectorial. Por otra parte, la propia sociedad en su intercambio ecológico con la naturaleza, provoca cambios en las condiciones naturales de un territorio.

Ejemplos de ello son la contaminación ambiental provocada por las industrias con implicaciones para varios sectores sociales, y el desarrollo del turismo a partir de un escenario natural propicio, que compromete respuestas de los sectores industrial, transportes, comunicación, educación y salud entre otros.

Otra condición a tener en cuenta es la situación epidemiológica existente, por la función que desempeña en la conformación de distintas

situaciones problema que demandan una intervención social. De esta forma, factores vinculados a la naturaleza y a la situación de salud, pueden intervenir en el desarrollo de la acción intersectorial en salud. Sin embargo, el hecho de que las relaciones intersectoriales tengan lugar entre sectores de la sociedad, ubica en primer plano a los determinantes y condicionantes socioeconómicos en el desarrollo de la acción intersectorial en salud.

La acción intersectorial en salud, aunque es un fenómeno históricamente determinado, no surge espontáneamente al menos en el sentido de acción intencionada y concertada de varios sectores sociales hacia un fin de salud. Es necesaria la intervención de hombres con capacidad de decidir la realización de las acciones intersectoriales por la posición que ocupan en la sociedad. De ahí que la existencia de un pensamiento intersectorial en la conducción de las acciones sociales juegue un papel mediador fundamental entre los determinantes de la realidad objetiva y la realización de acciones intersectoriales.

En estrecha vinculación con los condicionantes mencionados, las relaciones de poder son decisivas para dictar el contenido, establecer la dirección y las prioridades, decidir los mecanismos y acciones, las formas de evaluación, etc., de las políticas, estrategias y programas sociales (32). El hecho de existir distintos poderes en la escena social, con alianzas, desacuerdos, e incluso luchas abiertas, determina en gran medida la posibilidad de que se produzcan acciones intersectoriales. El grado de participación popular en el poder, en interacción con el Estado y el resto de las fuerzas sociales, tiene importancia relevante en este terreno.

Lo dicho anteriormente significa que la compleja interrelación entre determinantes y condicionantes para el desarrollo de la acción intersectorial en salud en los distintos países, tiene lugar en variados escenarios según el grado de desarrollo socioeconómico y humano alcanzado, la historia, cultura y ambiente natural, la estructura social, la organización y funciones del gobierno y de cada sector en particular, los vínculos formales e informales entre sectores materializados en relaciones interinstitucionales a distintos niveles estructurales y funcionales, y otros elementos que crean condiciones favorables o no para el desarrollo de la intersectorialidad. También significa que los tipos de problemas de salud a ser abordados, pueden diferir en los distintos países y distintas regiones dentro de un mismo país dependiendo de las distintas realidades y, por tanto, las acciones intersectoriales a desarrollar, así como las vías y formas para llevarlas a efecto, serán también diferentes de uno a otro contexto.

Niveles para la acción intersectorial en salud

La acción intersectorial en salud es parte de un proceso que, a partir de la necesidad de resolver problemas de salud determinados por una compleja cadena de condiciones socioeconómicas, biológicas y psico-

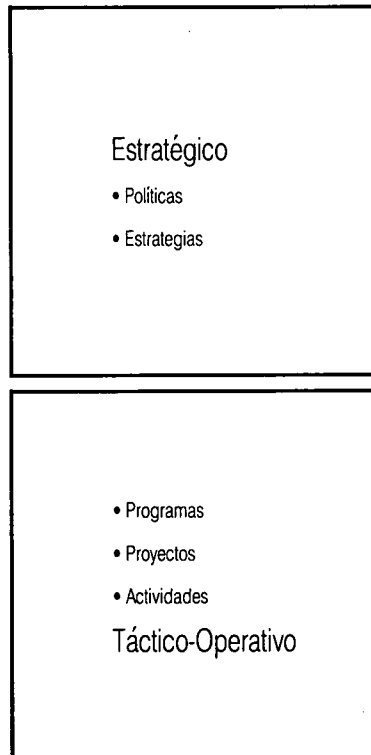
lógicas, concibe la concertación de esfuerzos para lograr mejores resultados en la gestión de salud, y culmina en la realización de acciones conjuntas entre instituciones representativas de dos o más sectores sociales (2, 7, 29).

La acción intersectorial no es un fin en sí misma, sino un medio del que se pueden valer los sectores sociales para lograr objetivos comunes, y puede expresarse en dos niveles o dimensiones según su alcance y propósitos. Estos niveles son el estratégico y el táctico-operativo.

A nivel estratégico debe estar presente en las políticas y estrategias globales que guían la acción de la sociedad para lograr objetivos de desarrollo social y, entre estos, de salud. A nivel táctico-operativo —el más demostrativo del propósito real de las políticas y estrategias— la proyección intersectorial debe aparecer en los programas y proyectos sociales a corto y mediano plazo, especialmente en los de salud, y en actividades intersectoriales concretas, dirigidas al abordaje de problemas de salud (Fig. 4).

En términos generales, los niveles estratégico, táctico y operativo, pueden identificarse con los niveles nacional, intermedio y local de cada país, o con las proyecciones a largo, mediano y corto plazo de una política,

FIGURA 4. Niveles para la acción intersectorial.



proyecto o programa, en concordancia con el contexto y el nivel en que está situado el actor social que se enfrenta a la situación problema, pero sobre todo con el tipo de problema intersectorial que se pretenda abordar, y la dimensión en que este se expresa.

Asumiendo la estratificación por niveles, el estudio de los factores para el desarrollo de la acción intersectorial en los niveles nacional, intermedio y local, requiere explorar la existencia de factores generales que intervienen en todos los niveles, y factores específicos para cada nivel. Esta especificidad estaría dada por las particularidades de cada nivel en cuanto a territorio, competencia, estructura social y otras variables que entran a jugar en la dinámica social. Por ejemplo, el ejercicio legislativo, puede estar limitado al nivel nacional, o dividido en competencias, nacional para algunas leyes y local o regional para otras, pero una ley nacional interviene en todos los niveles.

La acción intersectorial en salud puede producirse en cualquier nivel, pero en tiempos de recursos escasos, las tendencias descentralizadoras en los países y la necesidad de fortalecer la participación comunitaria en las tareas sociales, hacen que el nivel local adquiera una connotación de nivel estratégico y decisivo para la acción.

La respuesta intersectorial a los problemas de salud

El proceso que genera acciones intersectoriales como respuesta a problemas de salud, debe incluir un momento de explicación de la realidad e identificación de problemas de salud (32). Este momento tiene gran importancia, ya que dependiendo de como se formule el problema, se planificará y realizará la intervención para modificar la situación. Lo anterior sugiere que una respuesta intersectorial será más probable cuando la evaluación inicial de la situación de salud contemple la formulación de problemas de forma integral desde una perspectiva que tenga en cuenta posibles respuestas intersectoriales.

Desde una perspectiva sectorial, pueden considerarse dos variantes de respuesta de la sociedad para enfrentar los problemas de salud. Una variante es la respuesta de las instituciones destinadas a la atención de los problemas de salud de la sociedad, y que pueden ser públicas (ministerios de salud), pertenecientes a grupos sociales (seguridad social) o privadas. Estas instituciones, como hemos señalado, en conjunto conforman lo que comúnmente se conoce como sector salud, y brindan la respuesta sectorial a los problemas de salud (30). La otra variante —objeto de nuestro interés— es la respuesta intersectorial.

Formalmente, la sociedad asigna al sector salud la responsabilidad de realizar a través de sus instituciones una evaluación del estado de salud de la población, identificar los problemas prioritarios a resolver, proponer las acciones a realizar, y ejecutar y evaluar un grupo de acciones

sectoriales. Si la evaluación inicial de los problemas se realiza con un correcto enfoque de salud pública, las propuestas de intervención deberán incluir importantes componentes intersectoriales. Por el contrario, si el proceso de identificación de problemas y planificación de las intervenciones parte de un estrecho enfoque sectorial o institucional, puede ocurrir que el problema sea formulado en forma parcial en función de las respuestas que puede dar el sector, violentando la realidad al descomponer artificialmente un problema y concebir por tanto una solución también parcial que será mucho menos eficiente y eficaz que una respuesta integral basada en una formulación del problema con todos sus componentes, tal como se presenta en la realidad.

Refiriéndose a la desintegración de la realidad por sectores Matus señala: "La realidad tiene problemas, la Universidad tiene departamentos, y la planificación tiene sectores" y más adelante "El mundo no reconoce los sectores, como la salud, la educación, el transporte, etc. Este es el drama del hombre de acción. Por un lado, él tiene que apoyarse en las ciencias departamentalizadas desarrolladas en las universidades y por el otro en una planificación apotrerada por sectores. Las ciencias y la planificación no le dan otra alternativa. Sin embargo él debe actuar en una realidad que no reconoce los departamentos que crearon las universidades ni los sectores que creó la planificación" (32).

En otra parte del mismo texto se señala lo siguiente: "Las ciencias y técnicas sectoriales están en permanente cambio y en permanente señalamiento de los vacíos que quedan entre ellas. Pero no se trata de meros vacíos independientes del contenido de su desarrollo. Por el contrario, tales ciencias, a fin de crear y preservar su identidad, se han desarrollado bajo la condición necesaria de ignorar áreas de interconexión entre ellas".

Las estructuras institucionales que enfrentan los problemas de la sociedad son, generalmente, rígidas y funcionan por compartimientos, lo que limita su capacidad de generar respuestas acordes con la extremadamente rica y dinámica realidad cambiante. Las respuestas sectoriales parten habitualmente de una lógica sectorial y no de la lógica del problema que deben abordar. Aquí radica en nuestra opinión uno de los aspectos más difíciles y contradictorios a resolver en las sociedades actuales, organizadas en base a la sectorización y creación de estructuras administrativas, que aunque permiten abordar adecuadamente una buena cantidad de asuntos vinculados a áreas fundamentales de la vida, pueden generar respuestas insuficientes a problemas que como la salud, por su esencia, tienen un grado de integración que trasciende un sector individual. Salvando las diferencias, esta situación es semejante a las dificultades para lograr la acción interdisciplinaria en la solución de problemas de educación, producción, o de la propia oferta de servicios de salud, que requieren un abordaje integral en equipo y no la distribución por esferas de competencia desconectadas y verticales.

Digamos, por ejemplo, que se quiere reducir la mortalidad infantil en un país en que las causas principales que inciden en la dimensión del problema, dependen de la desnutrición y la pobreza determinadas por desfavorables condiciones de vida y trabajo. Si se enfoca la situación desde una posición estrictamente sectorial, la respuesta podrá ser incrementar y mejorar los servicios de salud y educar sanitariamente a la población; pero esta respuesta tendrá un impacto muy limitado sobre la mortalidad infantil. De igual forma pudiera plantearse la reducción de la incidencia de cáncer de pulmón o de infarto del miocardio, cuyo abordaje requiere acciones integrales e intersectoriales, a través de un programa sectorial que solo podrá obtener resultados muy limitados. Un ejemplo de actualidad lo ofrece la epidemia de cólera que afecta a varios países de la Región, cuyo enfrentamiento requiere una decidida respuesta intersectorial.

Se puede decir que si la identificación y priorización de los problemas de salud que deben ser resueltos se realiza sin un claro enfoque intersectorial, las respuestas serán probablemente sectoriales, ineficientes, y de menor eficacia, así como contraproducentes.

En resumen, se puede afirmar que el desarrollo de la acción intersectorial en los diferentes contextos, depende del desarrollo histórico de cada país, de los principales problemas de salud que deben ser abordados, del tipo de sociedad en cuestión y su clima democrático, y como expresión de los elementos anteriores, de la política global y de salud de cada gobierno. En el contexto internacional actual, el desarrollo de la acción intersectorial en salud reviste importancia estratégica por la necesidad de privilegiar el papel de la salud en aspectos tan importantes como el desarrollo socioeconómico, la paz y justicia social, el desarrollo científico-tecnológico, y la cooperación e integración entre países, todos temas de gran actualidad por sus consecuencias para el desarrollo humano.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar salud para todos en el año 2000*. Serie Salud Para Todos No. 2. Ginebra, OMS, 1979.
- 2 *Atención Primaria de Salud*. Serie Salud Para Todos No. 1. Ginebra, OMS, 1978.
- 3 *Octavo Programa General de Trabajo para el período 1990–1995*. Serie Salud Para Todos No. 10. Ginebra, OMS, 1988.
- 4 *Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la Organización Panamericana de la Salud en el cuatrienio 1991–1994*. Documento aprobado en la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, D.C., 1990.
- 5 *Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000*. Serie Salud para Todos No. 3. Ginebra, OMS, 1981.
- 6 *Evaluación de la Estrategia de Salud para Todos en el Año 2000*. Séptimo Informe sobre la Situación Sanitaria Mundial. Ginebra, OMS, 1985.
- 7 *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud*. Washington, D.C., OPS, 1989.
- 8 *Proyección del trabajo para el bienio 1990–1991*. Representación de la OPS/OMS en Cuba. La Habana, 1990.

- 9 Fortalecimiento de los ministerios de salud para el fomento de la atención primaria. Serie Informes Técnicos 766. Ginebra, OMS, 1988.
- 10 Gunatilleke, G. Intersectorial linkages and health development. Ginebra, OMS, 1984.
- 11 Informe de la Reunión de Expertos celebrada en el Harvard Institute for International Development, en colaboración con la OMS. Intersectorial Action for Health: Health Objectives In Public Policy. Boston, Harvard University, 1987.
- 12 Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales en salud. Informe de progreso, septiembre de 1988-septiembre de 1990. Washington, D.C., OPS, noviembre de 1990.
- 13 Condiciones de salud en las Américas. Edición de 1990. Publicación Científica 524. Washington, D.C., OPS, 1990.
- 14 Inequalities in Health. Report of a Research. Working Group. Londres, DHSS, 1980.
- 15 Behm, H. Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina. Trabajo presentado en la Reunión NU/OMS sobre Determinantes Socioeconómicos de la Mortalidad y sus Consecuencias. Ciudad de México, 1979.
- 16 San Martín, H. *Ecología y salud*, 2ª ed. México, D.F., La Prensa Médica Mexicana, 1984.
- 17 Serenko, A. y Ermakov, V. Higiene social y organización de la salud pública. Moscú, Ed. Mir, 1986.
- 18 Ramos, D.N. y Aldereguía, H.J. Higiene social y organización de la salud pública. La Habana, Ed. Pueblo y Educación, 1987.
- 19 Castellanos, P. Sobre el concepto salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico. Trabajo presentado en el IV Congreso Latinoamericano y V Congreso Mundial de Medicina Social. Medellín, 1987.
- 20 Goldberger, J. Estudios sobre la pelagra. En: *El desafío de la epidemiología*. Publicación Científica 505. Washington, D.C., OPS, 1988, pág. 101.
- 21 Goldberger, J. *et al.* Estudio de la relación existente entre el ingreso familiar y otros factores económicos y la incidencia de la pelagra en siete aldeas textiles de Carolina del Sur en 1916. En: *Ibid.*, pág. 630.
- 22 Goldberger, J. *et al.* Prevención de la pelagra entre los internos en instituciones por medio de la alimentación. En: *Ibid.*, pág. 789.
- 23 Breilh, J. *Epidemiología, economía, medicina y política*, 3ª edición. México, D.F., Distribuidora Fontanamara S.A., 1989.
- 24 Breilh, J. *et al.* *Deterioro de la vida*. Quito, Corporación Editora Nacional-CEAS, 1990.
- 25 *Progreso económico y social en América Latina*. Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, 1988.
- 26 *Desarrollo humano. Informe 1990*, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Bogotá, Ed Tercer Mundo, 1990.
- 27 Carta de Ottawa sobre Promoción de Salud. Canadá, 1986.
- 28 Nyerere, J. Discurso de apertura de la Octava Reunión de la Comisión Sur. Diario Granma, La Habana, 29 de julio de 1990.
- 29 *Glosario de Términos*. Serie Salud para Todos. Ginebra, OMS, 1984.
- 30 de Roux, G., *et al.* Participación social y sistemas locales de salud. En: *Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos. Métodos. Experiencias*. Publicación Científica 519. Washington, D.C., OPS, 1990, pág. 28.
- 31 Breilh, J. El marxismo en la defensa y transformación de la vida. Breves reflexiones sobre sus aportes a la salud. Documentos CEAS No. 13, Quito, 1989.
- 32 Matus, C. Política, planificación y gobierno. Segundo borrador. Washington, D.C., OPS, 1987.

LIDERAZGO EN ENFERMERIA: POSIBILIDADES Y TENDENCIAS¹

*Nohemy B. de Infante*²

INTRODUCCION

En la comprensión de lo social suele destacarse, entre otros aspectos, el juego que tienen los sujetos componentes de una organización social en el conjunto de las instituciones para el logro de sus objetivos, metas y fines. Tal juego está constituido por la posibilidad que toda sociedad ofrece para crear, formar y canalizar sujetos históricos que le den sentido al cuerpo social en el tiempo y el espacio donde se mueve una sociedad.

Esta idea tiene expresión concreta en la dimensión particular de una organización social y se reconoce, en el presente, como parte del desarrollo cultural, y hacia el futuro, como el potencial humano con que se cuenta para impulsar procesos, liderar proyectos, opciones y culminar las expectativas que los sujetos sociales se proponen en un momento histórico determinado.

Se trata del fenómeno moderno del liderazgo; en este sentido pensamos en la trama de condiciones interconectadas con que se cuenta para fomentarlas, con miras a la obtención de un agente social que irradie a su contexto la dinámica necesaria para el hallazgo y el planteamiento de situaciones posibles para llegar al fin deseado por toda sociedad: el desarrollo de las potencialidades humanas en los marcos de una democracia que afirme al individuo particular como sujeto, con responsabilidades precisas en el quehacer social en su conjunto.

VALORES SOCIALES Y SOCIALIZACION

Toda sociedad, desde la más antigua hasta la más moderna, contiene en su estructura y funcionamiento instrumentos operativos para

¹ Ponencia ante el IX Congreso Nacional de Enfermeras. Panamá, octubre de 1991.

² Enfermera y socióloga. Ms. en Salud Mental y Psiquiatría. Profesora, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

la producción y la reproducción social en la medida en que esos mecanismos estén articulados a los procesos de socialización. En esta forma la sociedad produce y se reproduce transmitiendo su cultura por medio del trabajo creador, entendiendo por esta el conjunto de pautas y valores, normas y puntos de vista, concepciones del entorno social e ideologías, logros y creaciones del hombre como resultado de su lucha permanente frente a lo perecedero.

Estos contenidos suelen ser canalizados a través de instituciones que toda organización social tiende a privilegiar, centrados en el aparato educativo referido originalmente a la célula familiar. Este proceso ha tenido un largo y complejo desarrollo histórico en América Latina, y las instituciones y otras fuentes primarias de la socialización como la familia y el aparato escolar, han sido sistemáticamente desplazadas por los medios de comunicación de masas y sus distintas vertientes de especialización. Como consecuencia, todos somos permanentemente socializados sin espíritu crítico. Por lo tanto tienen suma importancia para las condiciones que la vida cultural requiere, el carácter, la calidad y los contenidos de aquellos valores que nos son transmitidos para el delineamiento de un perfil humano en una sociedad determinada.

Sin embargo, es necesario reconocer que los alcances formativos de dichos contenidos están fuertemente relacionados con las demás dimensiones de lo social, entendidas como la actividad productiva, la diferencia frente al poder económico y político y el tipo de organización social, que como proceso, se construya en un momento histórico determinado.

Así, aquellos valores preferenciales de una sociedad en un momento dado suelen ser expresión de su grado de desarrollo frente a los ideales que esa sociedad se propone. En esta gradación encontramos sociedades alternativas y diferenciadas en cuanto a las metas, propósitos y valores en los cuales hacen énfasis. Estos propósitos son históricos, objeto de análisis en cuanto a su dinámica y funcionamiento y suelen ser vistos en los marcos cuantitativos del aparato educativo de una sociedad determinada.

LA SOCIEDAD: ORGANISMO VIVO Y CAMBIANTE

Hoy en día, en una sociedad de competencia y de denominación en la cual las relaciones sociales aparecen determinadas por aspectos estructurales basados en la modalidad de la producción con una fuerte división del trabajo y un énfasis en la especialización, se hace hincapié en la consolidación de un perfil humano que responda a estas estructuras de funcionamiento.

Se trata de mantener un sujeto social especializado en los marcos de una práctica utilitaria que responda a las exigencias de una sociedad

competitiva, más tecnificada y menos razonable constituida por sujetos aislados, fetichizados y activos tan solo en aquello que regula su diaria relación con el trabajo.

Los resultados culturales y de proyección social de esta práctica educativa nos han llevado a replantearnos la función, el contenido y los alcances de los procesos de socialización en la medida en que establecemos una escala de valores distinta como concepción del papel, del sentido y de la función del trabajo en la sociedad moderna.

El racionalismo clásico nos invita a delinear la sociedad con la posibilidad que se realicen y expresen dinámicas sociales portadoras de la idea de que el hombre es un fin y no un medio y, en esta dimensión, la organización social debe ser constituida y orientada de manera que contribuya a la realización de ese objetivo.

Este replanteamiento que aquí proponemos, es un objetivo que exige ciertos requerimientos como por ejemplo: crear, educar, formar y promocionar agentes sociales que encarnen estos valores y se proyecten como promotores y líderes que alíen y expandan los procesos sociales hacia metas consecuentes con dichos propósitos.

Estas observaciones acerca de los procesos de socialización pueden ser visualizadas en el orden de cualquier disciplina intelectual que pretenda dar respuesta explicativa a la relación del hombre con el mundo natural y social. El conocimiento ha avanzado de tal manera que hoy nos encontramos con disciplinas y profesiones responsables de diferentes campos y aspectos de la realidad social y natural.

Estas disciplinas, tanto en las ciencias naturales como en las ciencias sociales, tienen el propósito de sistematizar un conocimiento de la realidad, en el sentido de que sea posible intervenirla para transformarla en una práctica comprometida, en la cual aquellos que actúan críticamente sobre la realidad, también se transformen. Sin embargo, esta pretensión que se constituye en una creación plausible, no es una meta fácil de lograr, pues su consecución está entrelazada con los antecedentes históricos, las condiciones actuales y las posibilidades de desarrollo de una sociedad determinada.

COMPROMISO: LA EDUCACION PARA LA COMPRESION DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

La responsabilidad, el juicio y la consistencia con que se deben manejar los contenidos valorativos en la formación de los agentes sociales en un espacio cultural determinado, dará cuenta de la presencia o ausencia de sujetos presentes y actuantes que guíen procesos sociales de envergadura; dichos contenidos deben apuntar al fortalecimiento permanente de una actitud mental progresista fundamentada en un tipo de formación

dirigida a una visión de conjunto de lo social, es decir, a la formación de un sujeto transformador y en permanente cuestionamiento de sí mismo. De aquí se deriva la idea de una cultura que acentúe los valores de un sujeto que comprenda los procesos sociales para actuar y liderar el desarrollo del espacio histórico en el cual vive.

Estas condiciones son requeridas en todas las profesiones que cumplan una función productiva en la sociedad. Sin embargo, nos interesa destacar lo particular que este tipo de sujeto-líder conlleva en el ejercicio de una actividad estrechamente ligada a la intervención como objeto de conocimiento histórico, teórico, metodológico e instrumental en lo que podríamos llamar los procesos de salud-enfermedad. Aquí el campo de interés está centrado en la profesión de enfermería.

EL LIDERAZGO: UNA NECESIDAD POLITICA

Es forzoso resaltar, en el campo de la salud, un punto neurálgico por las dimensiones individuales y sociales que contiene y los alcances políticos del mismo. Este punto es el papel que juega el profesional de enfermería en el conjunto de las relaciones sociales de producción y reproducción en una sociedad. Este quehacer es parte del complejo aparato de las prácticas relacionadas con las consecuencias del desarrollo y transformación del hombre como sujeto biológico, psíquico y social en su dinámica frente al mundo. Se trata, pues, de un profesional con funciones y comportamientos esperados, que conlleva como algo constitutivo de su intervención una "visión comprensiva" del entorno, de la dinámica social y del ser humano, como complejo portador de los intereses e ideales de una sociedad.

He aquí una profesión que, a partir de estas reflexiones, se torna difícil si se compromete cuando se dimensiona con los parámetros racionales que tienden a prefijar al hombre como un fin y no como un medio. Vista de otra manera, se trata de una práctica intelectual y operativa que requiere, para el logro de una creciente efectividad en términos de transformación social, de una orientación y de un proceso especial de formación en el cual se hace necesario fortalecer valores, normas y principios que identifiquen a este profesional como un agente de cambio, líder y cuestionador de sí mismo y del entorno. Detengámonos un poco en esta apreciación.

¿A qué aludimos cuando hablamos de liderazgo? ¿Se trata de una actitud? ¿De un estilo de concepción del mundo? ¿Es una posición política? ¿Es un don natural? ¿O se trata de rasgos y características de individuos más afortunados que, por razones del espacio histórico que pudieron vivir, lograron conformar una imagen que los ubicara como líderes en un momento determinado?

El punto de partida que sustentamos en este documento está anclado en la idea de que el desarrollo espiritual y cultural del sujeto social tiene relación con los contextos sociales en los cuales estos sujetos, en este caso el profesional de enfermería, ejercen su práctica cotidiana.

Más globalmente, se trata de un proceso de conocimiento y de una socialización cuyos contenidos están orientados a elevar, transformar y recrear los niveles de comprensión del entorno social. Esta comprensión que tiene que ver con las formas de conocimiento del entorno que nos rodea, tiene la supuesta idea de que tanto nosotros como la sociedad somos sujetos históricos. Si esto somos, en un tiempo y en un espacio determinado, somos también sujetos en proceso, es decir, sujetos potenciales, sujetos posibles, sujetos ávidos, cuyas posibilidades son factibles de realizar cuando se actúe en consecuencia; de tal manera que el ejercicio de la práctica profesional no se reduzca a la repetición de una rutina de patrones establecidos como por ejemplo, recibir y cumplir órdenes sino por el contrario, que se convierta en una práctica cuestionadora donde permanentemente se pregunte y se busque el sentido y la orientación de las acciones del ejercicio profesional.

El liderazgo no se refiere simplemente a un rasgo de carácter natural o a una cualidad simplificada, sino que se define como el logro de una posición que se conquista en la lucha cotidiana por una concepción más explícita del quehacer y del entorno. Ahora bien, el logro y la incorporación de estos contenidos deben superar el nivel de disentir y traducirse, en el futuro, en un quehacer operativo comprometido donde el estilo de trabajo sea una visión del espacio y del tiempo que genere preguntas y pida respuestas al sentido del oficio.

En este punto estamos cercanos al umbral de lo político; lo político entendido como aquel matiz que presenta a un sujeto actuante porque relaciona, a través de los procesos de abstracción y síntesis, los distintos aspectos constitutivos de una práctica profesional como obra reformadora en beneficio del progreso humano.

Liderazgo y política son dos elementos comunes que resultan de un proceso de conocimiento de la realidad histórica, transformable y en permanente proceso de formación.

Este es el sentido de los modelos generales aquí propuestos como rasgos o características básicas para la definición del liderazgo, sus posibilidades como fines o como opciones a las cuales hay que apuntar, pero cuya realización y corrección es relativa a las condiciones sociales y políticas en las cuales se propone este proyecto.

LIDERAZGO VS STATU QUO EN ENFERMERIA

En los diferentes países de América Latina, las posibilidades de realización de un liderazgo constituye objeto de discusión. Con base en lo

anterior podríamos orientar el desarrollo de la profesión de enfermería en cuanto a los énfasis y dirección de sus distintas prácticas: docencia, asistencia, administración e investigación, las cuales están muy ligadas a las condiciones y tendencias generales de la evolución social, económica y política de los países latinoamericanos.

Expresiones de esta combinación pueden observarse y tenerse en cuenta para la búsqueda y el logro del propósito de fomentar un liderazgo en enfermería, en el terreno de las distintas prácticas en las cuales esta profesión se expresa. Esto alude a la idea cada vez más exigente de la presencia de las ciencias sociales en la constitución de los contenidos que orientan la formación de dicho profesional a nivel de la educación continua y de la educación permanente.

Esta presencia permitirá la posibilidad de enriquecer y elevar el nivel de comprensión del entorno social, facilitaría la expresión de las distintas opciones presentes y favorecería el desarrollo del debate, el aflorar de puntos de vista divergentes y el crecimiento de una postura vital y cuestionadora del entorno que amplíe y fortalezca, dando seguridad a la dimensión política de esta práctica profesional.

Todo este panorama tiene vigencia en los momentos actuales cuando vivimos en una sociedad que exige respuestas y soluciones por medio de acciones concretas que busquen y muestren resultados. Por esto es preciso mantener una actualización en los avances del conocimiento de los fenómenos sociales de las comunidades.

LIDERAZGO Y CAMBIO

Llenar la necesidad de liderazgo desde la formación de los recursos profesionales en enfermería es evidente por la exigencia de estar al día en el desarrollo de las ciencias de la salud y particularmente en el reconocimiento de las acciones sociales en salud que rodean esta actividad y en los elementos teóricos que sustentan el recurso intelectual para una interpretación re creadora y transformadora del ser humano.

Surgen aquí las preguntas pertinentes: ¿Con cuáles cambios, en cuáles circunstancias y bajo qué modelo de formación podríamos llegar a este liderazgo? ¿Qué elementos teóricos requiere el currículo en términos de la formación, para la comprensión de la relación ciencias sociales-salud, para que este profesional genere actitudes y conductas específicas en el compromiso de aportar capacidades de innovación, renovación y liderazgo?

Este aspecto ha sido considerado por la OPS y expresado así:

“... 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 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 la información para identificar y actuar sobre las áreas 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

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 de 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 ayudan a comprender las relaciones de poder y los intereses políticos, económicos y sociales que se mueven en torno de la salud de la población ...”³ Los planteamientos anteriores exigen dar un viraje, hacia las ciencias sociales, tanto en el campo de la formación como en el de la práctica y el de la investigación en enfermería, que contribuya a mejorar y solidificar la construcción de un perfil

³ Manfredi, M. ¿Es necesario promover el liderazgo de enfermería para el avance de los programas docente-asistenciales? *En: Educ Med Salud* 22(1):5-6, 1988.

profesional orientado a la comprensión del entorno y del cuerpo social en un conjunto donde se originan los fundamentos de todos los antagonismos pasados y actuales entre los miembros de una comunidad.

Se trata de llevar el contexto social a cierta posición en la que se descubra el pasado y el presente de cierta verdad social para retomar ese contexto social, transformarlo, transformándonos nosotros mismos, hacia el futuro con acciones conjuntas con las comunidades, y así elevar el nivel teórico y político en la comprensión de lo social en su conjunto, y de los procesos de salud-enfermedad en particular.

COMENTARIOS FINALES

Una visión de conjunto de los planteamientos aquí formulados nos permite hacer énfasis en los siguientes aspectos:

1. La importancia de rescatar el carácter histórico de lo social, aspecto fundamental en una coyuntura social como la actual en la que el conflicto generacional replantea todo el esquema de valores tradicionales en nuestros medios sociales. En esta atmósfera de debates se propicia el estímulo para luchar contra la temeraria idea de que esta sociedad es única y acabada y que el único y permanente papel que le compete a quienes por primera vez llegan a instalarse en ella, es no reparar y evitar toda confrontación en ella misma.

2. Por todo lo anterior, si se trata de liderazgo, es esencial proponer la idea de que somos pasajeros en este proceso, pero pasajeros con sentido, es decir, transitorios, con un proyecto de vida que continúe la colosal idea de que queremos buscar una sociedad mejor.

3. La importancia de los valores del proceso de socialización se fundamenta desde la cuna. Se trata, entonces, de rehusar su permanencia para influir en ellos aportando elementos conceptuales y vivenciales que contengan como divisa la idea de que a pesar de la hostilidad de nuestro entorno con su inmensa mecanización y tecnología, seguiremos luchando por ser fines con sentido y no medios sin razón.

He aquí una propuesta, un punto de partida para la formación de sujetos sociales, profesionales de enfermería, como sujetos constructores de sus propios procesos, traducidos estos en actitudes, valores, práctica profesional y en el hecho de ser sujetos conscientes de las normas y las leyes que rigen su actividad profesional, pues en el contexto de lo normativo no hay más que disposiciones formales impuestas en el terreno del deber y frente a ello es necesario estar con ojos vigilantes.

Solo el profesional de enfermería, desde la enfermería, debe, puede y tiene que preguntarse y buscar respuestas alternativas a cuestionamientos como: ¿Quiénes hemos sido? ¿Cómo hemos actuado en el pa-

sado? ¿Qué estamos haciendo? ¿Con qué? ¿Con quién? ¿Qué queremos ser? ¿Desde dónde y para qué? en el presente. ¿Será mucho pedir?

BIBLIOGRAFIA

- 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.
- Barona de Infante, N. y Alvarez, L. *Sociedad y salud*. Cali, Colombia, Edit. Formas Precisas, 1991.
- Barona de Infante, N., et al. La presencia de las ciencias sociales en la formación del profesional de enfermería, 1991, Mimeografiado.
- Investigación y Educación en Enfermería*. Rev. Universidad de Antioquia. Medellín. Volúmenes varios.
- Organización Panamericana de la Salud. *Antología de Experiencias en Servicio y Docencia en Enfermería en América Latina*. Publicación Científica 393. Washington, DC, 1980, 226 pp.
- Organización Panamericana de la Salud. *Participación social en los sistemas locales de salud*. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud. HSD. Serie de Desarrollo de Servicios de Salud No. 35. Washington, DC.
- Organización Panamericana de la Salud. Nuevos rumbos en la educación de personal en enfermería. *Educ Med Salud* 22(1), 1988.
- Organización Panamericana de la Salud. Educación permanente de personal de salud. *Educ Med Salud* 24(4):465-466, 1990.

EL SISTEMA DE PRINCIPIOS DE LA ENSEÑANZA, DIALECTICA DE LA INSTRUCCION Y LA EDUCACION¹

Boris Klaindorf Shainblatt²

INTRODUCCION

La educación médica superior tiene como mandato social la formación de especialistas y especializados de alta calificación que puedan responder a las crecientes y continuas exigencias de la ciencia, la técnica y la producción, así como los intereses de la cultura y el progreso social en las condiciones concretas y prácticas que se presentan en un país en vías de desarrollo que construye el socialismo (1).

Los profesores de los centros de educación médica superior tienen la obligación de dominar profundamente los aspectos científico-técnicos propios de la especialidad así como los de las ciencias pedagógicas, con el propósito de materializar la formación de profesionales de la salud que respondan a las exigencias de ese mandato social.

LA DIDACTICA

Concepto

La didáctica es una disciplina científica de la pedagogía cuyo objeto son los procesos de instrucción y enseñanza estrechamente vinculados con la educación (2). La experiencia, conocimientos, habilidades y

¹ A través de todo el artículo el autor se refiere a la experiencia concreta de un país socialista, en este caso, Cuba.

² Vicedirector, Hospital Clínico Quirúrgico "Hnos. Ameijeiras", Especialista de 2º Grado en Administración de Salud y Profesor Asistente del I.S.C.C., La Habana.

hábitos acumulados por la humanidad deben ser asimilados por las nuevas generaciones a través de vías y métodos seguros y fructíferos. A este fin sirven la instrucción y la enseñanza como procesos que brindan al hombre los conocimientos, habilidades y hábitos que reflejan la experiencia acumulada y generalizada de las generaciones anteriores. Sobre estas bases, se define la didáctica como la teoría de la instrucción y la enseñanza, vinculada con la educación intelectual y moral y contribuye además a enriquecer la concepción científica del mundo.

Una de las tareas más importantes de la didáctica es la investigación de las leyes del proceso de enseñanza didácticamente relevantes. Las leyes reconocidas del proceso de enseñanza encuentran su expresión, entre otras cosas, en los principios y reglas didácticas (3).

PROPOSITOS DEL TRABAJO

Es propósito de este trabajo profundizar en el conocimiento y aplicación del sistema de principios didácticos de la educación superior y en particular en el proceso de formación de los profesionales de la salud así como la interrelación dialéctica entre los aspectos instructivos y educativos en el proceso enseñanza-aprendizaje.

PROCESO DE ENSEÑANZA

Concepto

El proceso de enseñanza constituye una categoría pedagógica. Como todo proceso solo puede abordarse en su desarrollo dinámico, su transformación y constante movimiento. El carácter de proceso de la enseñanza está determinado por el movimiento de la actividad cognoscitiva del estudiante bajo la dirección del profesor orientado al dominio de los conocimientos, habilidades y hábitos basados en una concepción científica del mundo y su aplicación en la práctica; esto implica la transformación y desarrollo de la personalidad del estudiante.

El proceso de enseñanza tiene un carácter bilateral ya que existe una relación dialéctica entre la actividad del profesor al enseñar y la del estudiante al aprender. La enseñanza existe para el aprendizaje. Desde este punto de vista, el profesor organiza el proceso, crea las condiciones para el aprendizaje de forma productiva y racional o sea, su función se encamina a estimular, dirigir y controlar el aprendizaje para que el estudiante participe activa y conscientemente en su formación profesional y le permita incorporarse creativamente a la construcción de la nueva sociedad.

PROCESO DE ENSEÑANZA

Componentes

Al organizar y dirigir el proceso de enseñanza, el profesor debe tener en cuenta los componentes del proceso. Los objetivos ocupan un lugar destacado dentro de esos componentes ya que cumplen con la función esencial de determinar el contenido, los métodos y las formas de organización de la enseñanza, dirigidos a transformar al estudiante en el futuro profesional de acuerdo con el mandato social del Estado y del Partido. Otros componentes importantes del proceso lo constituyen los medios de enseñanza los que conjuntamente con los métodos de enseñanza contribuyen al desarrollo de la actividad cognoscitiva del estudiante no solo en sus componentes intelectuales sino también en los motivacionales, volitivos y emocionales. La evaluación, como componente del proceso, en su sentido amplio permite conocer la calidad con que se van cumpliendo los objetivos y además determinar las correcciones que deben introducirse para su consecución.

PRINCIPIOS DE LA ENSEÑANZA

Concepto

La utilización de una ley social exige la formulación de normas generales que dirijan la actividad del hombre. Estas normas generales se denominan principios (4). El término "principio de la enseñanza" no es una categoría especulativa sino que surgió como generalización de la práctica de la enseñanza y refleja las leyes objetivas que se manifiestan en el proceso de la enseñanza.

PRINCIPIOS DIDACTICOS

Relación con las leyes de la enseñanza

Como habíamos mencionado en la introducción, una de las tareas más importantes de la didáctica es la investigación de las leyes del proceso de enseñanza didácticamente relevantes, de ahí que los principios didácticos que de ellos se derivan no son más que postulados generales sobre la estructuración del contenido, la organización y los métodos de

enseñanza en correspondencia con los objetivos y fines de la educación; constituyen para los profesores una guía indispensable para la acción.

Características

Los principios didácticos en su carácter rector del proceso enseñanza-aprendizaje tienen las siguientes características: son de carácter general, aplicables a todos los niveles de la enseñanza y en el caso de la educación médica superior a sus asignaturas, estancias y rotaciones. Son esenciales pues determinan el contenido, los métodos y las formas de organización de la enseñanza. Tienen carácter sistémico por lo que su cumplimiento es obligatorio. La no observancia de alguno de ellos influye negativamente en el cumplimiento de los demás y como consecuencia afecta el proceso y el resultado de la finalidad del sistema.

En el sistema de principios, cada uno de ellos cumple determinados objetivos de la enseñanza y se subordina a los objetivos de todo el sistema; constituye una entidad compleja que debe ser observada integralmente.

En la aplicación cotidiana de los principios didácticos, el profesor precisa de indicaciones prácticas que lo orienten en su trabajo docente; el aspecto operativo de estas orientaciones constituyen las reglas didácticas (5).

Diferentes autores enuncian los principios de la enseñanza de distintas maneras, sin embargo, lo determinante para establecer un sistema de principios, no es la cantidad ni la manera en que han sido agrupados o formulados sino la necesidad de que respondan a las leyes esenciales de la enseñanza, a los requerimientos de la política educacional y a la práctica docente, entre otras.

En este trabajo hemos escogido el siguiente sistema de principios de la enseñanza:

- El carácter educativo de la enseñanza
- La relación entre la teoría y la práctica
- La relación entre el estudio y el trabajo
- El carácter científico de la enseñanza y su asequibilidad
- La atención a las diferencias individuales del estudiante dentro del carácter colectivo del proceso docente-educativo
- La sistematización de la enseñanza
- El trabajo consciente y activo del estudiante bajo la guía del profesor
- La solidez en la asimilación de los conocimientos, habilidades y hábitos
- La vinculación de lo concreto y lo abstracto

DIALECTICA DE LA INSTRUCCION Y LA EDUCACION

Carácter educativo de la enseñanza

Constituye una exigencia del trabajo docente que junto al desarrollo de las capacidades cognoscitivas, se formen las convicciones comunistas de los estudiantes. Siempre que se instruye se educa. En este caso, ambos procesos constituyen una unidad dialéctica en la formación y desarrollo de la personalidad de los estudiantes.

Si bien el proceso de formación de la conducta de los estudiantes se estructura sobre la base de los conocimientos no es menos cierto que ambos procesos no son idénticos y por lo tanto no pueden ser sustituidos. En el proceso de instrucción prevalece la adquisición de conocimientos y el desarrollo de habilidades y el proceso educativo se orienta a la formación y desarrollo de aspectos cualitativos de la personalidad como la moral y la conducta.

La importancia que José Martí concedió a la unidad del proceso instructivo-educativo en la formación del hombre se destaca en la siguiente idea: "Instrucción no es lo mismo que educación. Aquella se refiere al pensamiento, y esta principalmente a los sentimientos. Sin embargo, no hay una buena educación sin instrucción. Las cualidades morales suben de precio cuando están realizadas por las cualidades inteligentes" (6).

Así por ejemplo, en la formación del personal médico, entre otros profesionales de la salud, la educación en el trabajo es la forma fundamental de organización del proceso docente-educativo en los años de estudios superiores, en la que el estudiante se instruye y participa en la atención de personas sanas o enfermas y contribuye, en alguna medida, a la transformación del estado de salud del individuo o de la comunidad. Además le permite profundizar en el conocimiento científico-técnico y particularmente en el dominio de los métodos y técnicas de trabajo de las ciencias médicas, que son de aplicación en la atención médica.

La educación en el trabajo tiene como objetivos: la contribución a la formación de habilidades y hábitos prácticos que caracterizan la actividad profesional del médico; la adquisición de los métodos más avanzados del trabajo y la formación de los rasgos que conforman su personalidad en la sociedad socialista, y la educación basada en los principios de la ética médica socialista y en el logro efectivo de la relación médico-paciente y del trabajo colectivo.

Mediante la educación en el trabajo, el estudiante consolida y amplía sus conocimientos, aplica el método clínico e investigativo que le permite desarrollar la capacidad de aplicar los conocimientos y habilidades adquiridos así como desarrollar nuevas cualidades y hábitos de trabajo; razonar científicamente al recoger los datos de la historia clínica, profundizar en el análisis semiológico de los datos del interrogatorio, del examen

físico y de los aspectos patogénicos y fisiopatológicos de la enfermedad, analizar las posibilidades diagnósticas, las indicaciones de los exámenes complementarios y la valoración de sus resultados, así como la terapéutica aplicada y establecer la relación entre la evolución y el pronóstico de los pacientes.

De acuerdo con los objetivos que se deben alcanzar, la educación en el trabajo se realiza principalmente en el pase de visita, la atención ambulatoria, la guardia médica, la discusión diagnóstica, la atención médico-quirúrgica y el cambio de turno (7).

Como parte de este ejemplo, tomaremos la situación que se presenta al profesor durante la guardia médica, en el cuerpo de guardia de un hospital donde es conducido un paciente politraumatizado en horas de la madrugada.

El profesor, para dar cumplimiento al principio del carácter educativo de la enseñanza tendrá que responder: ¿Cómo cumplir con el objetivo instructivo de que el estudiante adquiera las habilidades y destrezas necesarias en una situación de urgencia médica sin violar principios éticos implícitos en la atención rápida y calificada a este tipo de paciente? ¿Qué medidas educativas tendrá en cuenta durante el proceso de instrucción que permita desarrollar en el estudiante convicciones y satisfacción en el trabajo médico fuera del horario habitual, así como la consciencia de su alto valor humano y social?

En el primer caso el profesor debe seleccionar el método de enseñanza más adecuado que permita al estudiante la apropiación de los conocimientos en forma activa y que además desarrolle habilidades, hábitos y capacidades. El segundo caso conlleva aspectos que garanticen el logro del elemento formativo. El ejemplo del profesor, sus convicciones, su trabajo, su participación activa en el trabajo docente-asistencial, su posición ante los principios de la Revolución, contribuye decisivamente al cumplimiento de este principio.

Sobre este último aspecto el comandante Fidel Castro expresó: "El maestro está obligado, ante todo, a plantearse ante sí altos requerimientos morales, ya que no se puede exigir a los demás lo que él mismo no practica. Solo puede educar el que es ejemplo. Por ello, la importancia social que el Partido y el Estado le confieren al trabajo del Educador" (8).

RELACION ENTRE LA TEORIA Y LA PRACTICA

Continuando con el mismo ejemplo, al atender al paciente, bajo la guía y control del profesor el estudiante puede aplicar en la práctica los conocimientos teóricos adquiridos previamente en las clases de las asignaturas o estancias, y a la par que profundiza y amplía dichos conocimientos desarrolla y perfecciona habilidades concretas; tiene la posibilidad, además,

de argumentar teóricamente sus realizaciones prácticas. Al estudiante se le brinda la oportunidad de intervenir activamente en la atención al paciente y en alguna medida a contribuir a la transformación de su estado de salud.

RELACION ENTRE EL ESTUDIO Y EL TRABAJO

El principio de la relación entre la teoría y la práctica, exige que el profesor no solo brinde al alumno la posibilidad de hacer determinadas elaboraciones teóricas sino también la de enfrentarse a la actividad práctica, manejar instrumentos y aplicar sus conocimientos. Este principio está unido indisolublemente al de la combinación del estudio con el trabajo y este a su vez constituye una forma de vincular la teoría con la práctica.

Nuestro héroe nacional José Martí, expresó: —“Puesto que se vive, justo es que donde se enseñe, se enseñe a conocer la vida. En las escuelas se ha de aprender a cocer el pan de que se ha de vivir luego—” (9). “Ventajas físicas, mentales, vienen del trabajo manual —el hombre crece con el trabajo que sale de sus manos—” En la aplicación del principio de la relación del estudio con el trabajo, se conjugan las ideas martianas con los conceptos, que sobre la educación desarrollaron Carlos Marx y V. I. Lenin (10).

INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL

En las condiciones histórico-concretas del desarrollo del estudio-trabajo en la educación médica superior, surge como premisa y tal vez con la categoría de principio, la integración docente-asistencial. El profesor, en la aplicación cotidiana de los principios didácticos, para lograr el cumplimiento de los objetivos de la enseñanza requiere como requisito previo el logro de los objetivos asistenciales. Objetivos docentes y asistenciales están íntimamente entrelazados y constituyen una unidad dialéctica indivisible; del cumplimiento de estos objetivos, depende en gran medida la calidad de la formación de los futuros profesionales y el cumplimiento de la finalidad del sistema nacional de salud.

CARACTER CIENTIFICO DE LA ENSEÑANZA Y SU ASEQUIBILIDAD

En otra parte del mismo ejemplo, mencionamos el pase de visita como forma peculiar de educación en el trabajo. En él participan estu-

diantes de medicina, médicos residentes y asistenciales, personal graduado y alumnos de enfermería y el profesor, quien es el responsable de dirigir el proceso docente, que en este caso se caracteriza por su complejidad, puesto que en él se transmite información de uno a otro participante con independencia de su jerarquía. Tiene como objetivo que el estudiante desarrolle habilidades intelectuales relacionadas con la aplicación sistemática del método clínico, al análisis y solución del problema de salud particular de cada paciente. Constituye además un medio eficaz de control del trabajo independiente de cada estudiante en la atención médico-quirúrgica de los pacientes (11).

En la dinámica del pase de visita el profesor debe tener en cuenta que la información utilizada, que constituye el aspecto principal del contenido de la enseñanza, debe estar sustentada en aquellos conocimientos cuya validez científica es incuestionable y los que todavía no han sido sometidos al rigor de la comprobación y estén en proceso de formación, deben ser utilizados solamente para ilustrar y enriquecer determinados aspectos.

El aplicar el principio del carácter científico y la asequibilidad de la enseñanza, implica que el contenido docente debe encontrarse en completa correspondencia con lo más avanzado de la ciencia contemporánea y que los métodos pedagógicos reflejen su íntima vinculación con el método científico. La cientificidad se basa en el dominio del contenido de las materias de enseñanza, de la filosofía marxista-leninista y las disciplinas pedagógicas. Vinculado a estos aspectos el Comandante en jefe expresó: "Nos proponemos que ustedes sean médicos con base muy sólida y amplia, independientemente de las especialidades. Ese es un tema relacionado con los estudios, el aspecto docente en que hay que analizar y discutir mucho todavía para lograr ese objetivo, de médicos que tengan una base amplia, que tengan conocimientos sólidos, independientemente de las especialidades" ... "Nos proponemos que ustedes salgan graduados como médicos de altísima calidad: calidad científica, calidad política, calidad moral y calidad humana" (12).

En las orientaciones para el trabajo independiente del estudiante, que puedan surgir en el pase de visita, el profesor debe darle solución a la contradicción entre el volumen de la información existente y el necesario y esencial para la formación del estudiante, de acuerdo con los objetivos de su estancia o rotación.

En el pase de visita, el profesor organiza la enseñanza considerando permanentemente el límite superior de posibilidades de los alumnos, con el fin de elevar ininterrumpidamente estas posibilidades para el estudio (13). Debe tener en cuenta las particularidades del estudiante, el nivel de desarrollo de sus habilidades y capacidades, de su experiencia acumulada; se trata de presentarle dificultades y enseñarle a erradicarlas; todo esto constituye la esencia de la asequibilidad de la enseñanza.

ATENCION A LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES DEL ESTUDIANTE DENTRO DEL CARACTER COLECTIVO DEL PROCESO DOCENTE EDUCATIVO

En el ejemplo del pase de visita, tal vez uno de los aspectos más complejos de esta forma de educación en el trabajo, que debe enfrentar el profesor, es lo variable de los integrantes del grupo de estudiantes hacia el cual debe dirigir el contenido de la enseñanza; estudiantes de medicina y enfermería de diferentes años de sus carreras, alumnos en la etapa pre-profesional, residentes de distintos niveles, personal médico y de enfermería graduado, asistencial y docente. El profesor debe estar preparado para instruir y educar a los estudiantes en el colectivo sin perder de vista la atención a sus agrupaciones por especialidad, especialización o año de estudio así como a sus diferencias individuales dependientes del desarrollo de sus capacidades, temperamento, personalidad, memoria y posibilidades de expresión oral, entre otras.

El principio de la atención a las diferencias individuales dentro del carácter colectivo del proceso docente-educativo exige del profesor que conozca a cada uno de sus alumnos; sus dificultades, posibilidades e intereses así como prever las distintas formas de atención a sus diferencias particulares y por otro lado debe saber instruir y educar a los estudiantes en el colectivo y reconocer la interrelación de la colectividad con las individualidades.

SISTEMATIZACION DE LA ENSEÑANZA

La enseñanza es en esencia una actividad sistemática y por lo tanto debe ser planificada. En la educación médica superior esta responde a los planes y programas de estudio sustentados sobre la base de las directivas del Estado y del Partido.

El principio de la sistematización de la enseñanza está dado en la necesidad de que las actividades de profesores y estudiantes sean consecuencia de una planificación y secuencia lógicas. En el cumplimiento de este principio, los estudiantes, en el proceso de apropiación de los conocimientos desarrollan un pensamiento integrado por las distintas operaciones lógicas: análisis y síntesis, generalización, abstracción, inducción y deducción.

El profesor, al analizar el contenido de cada tema debe expresar las ideas esenciales, las que complementan esas ideas y las que sirven para introducir un nuevo conocimiento; el análisis estructural del contenido de la enseñanza permite definir qué conocimientos, habilidades y hábitos son esenciales, qué conocimientos tienen carácter propedéutico y cuáles sirven de base a otros conocimientos.

Una exigencia de este principio, en la planificación y organización del proceso docente-educativo, es la referencia a los documentos normativos: planes de estudio, programas, indicaciones metodológicas y el plan de clase; este último constituye el documento básico que permite al profesor la realización de una enseñanza efectiva al permitirle el ordenamiento por etapas del proceso docente.

CARACTER CONSCIENTE Y ACTIVO DEL ESTUDIANTE BAJO LA GUIA DEL PROFESOR

No resulta inútil reiterar que la sociedad socialista requiere de profesionales de la salud dotados de sólidos conocimientos científicos, capacidades y firmes convicciones revolucionarias; para lograrlo, resulta indispensable la asimilación consciente del estudiante en las actividades docentes y el desarrollo de la actividad cognoscitiva.

La asimilación consciente de los contenidos de la enseñanza resulta una condición indispensable del aprendizaje. El profesor, como guía del estudiante, debe tratar que lo que explique produzca en su alumno un proceso de reflexión sobre lo que debe hacer y presentar al estudiante situaciones que reflejen contradicciones y en las cuales exista correspondencia entre los hechos concretos y la teoría.

La aplicación del principio del carácter consciente y activo de los estudiantes bajo la guía del profesor implica además, que el carácter consciente del aprendizaje se vincule a la formación de intereses cognoscitivos, los cuales se entrelazan con el contenido de la enseñanza. De la capacidad del profesor y su estilo de trabajo, depende en gran medida que los estudiantes aprendan activa y conscientemente y que parejamente desarrollen sus intereses cognoscitivos.

SOLIDEZ EN LA ASIMILACION DE LOS CONOCIMIENTOS, HABILIDADES Y HABITOS

En estrecha relación con el principio anterior se encuentra el de la solidez en la asimilación de los conocimientos, habilidades y hábitos. En la dirección del proceso de enseñanza, el profesor debe tener presente que los conocimientos perduren en la mente de los estudiantes, de ahí la importancia de todas las acciones que propician su consolidación. Mientras más consciente y activa sea la participación de los estudiantes más fijará sus conocimientos.

Durante el proceso docente-educativo, el profesor debe equilibrar la repetición, ejercitación y evaluación de los conocimientos, habilidades y hábitos adquiridos por el estudiante con la entrega de nuevos

conocimientos y relacionarlos con los ya asimilados y con los cuales guarda relación.

VINCULACION DE LO CONCRETO Y LO ABSTRACTO

Otro principio que debe tener en cuenta el profesor es el de la vinculación de lo concreto con lo abstracto. La observación directa es de gran importancia pues le proporciona al estudiante un conocimiento auténtico de la realidad. Sin embargo, en la enseñanza el punto de partida no es siempre el objeto, el fenómeno real o su representación sino también los conceptos y teorías ya asimiladas por los estudiantes. La teoría del conocimiento marxista-leninista brinda a este principio su fundamento gnoseológico y permite verlo no solo como instrumento de percepción de los objetos y fenómenos de la realidad o de sus representaciones, sino también como la necesaria interrelación de lo concreto y lo abstracto.

En la educación médica superior este principio se aplica sistemáticamente durante toda la carrera desde las prácticas de familiarización hasta la etapa pre-profesional.

En la concepción y utilización de los diversos medios de enseñanza resulta indispensable tener en cuenta este principio. La utilización de estos medios es uno de los aspectos más importantes de la organización del conocimiento sensorial en el proceso docente.

“Las representaciones de los objetos reales, de los fenómenos, las propiedades y los procesos, pueden brindarse en forma de ilustraciones, láminas, dibujos, esquemas, diagramas, modelos, patrones, fotos, películas, etc. Entonces los alumnos pueden representarse, con la ayuda de estas ilustraciones, el mundo real, lo que hace que aumente la interiorización de los conocimientos, el interés por el estudio y que se facilite la actividad mental” ... “Los materiales audiovisuales constituyen un medio para la creación de nuevas imágenes en la consciencia del alumno y la reproducción de las ya existentes” (14).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La observación del sistema de principios didácticos en la educación médica superior en Cuba, constituye una necesidad permanente e insoslayable; su comprensión proporciona al profesor mejores condiciones para dirigir el proceso docente-educativo en correspondencia con las leyes que lo rigen y evita que su dirección se realice sin una sustentación científica.

Los principios didácticos, entendidos como normas, constituyen una guía para la acción que permite regular la actividad del profesor y del estudiante en la realización de una enseñanza efectiva que facilite la for-

mación de profesionales de la salud que respondan a los requerimientos de la sociedad socialista.

Dada las particularidades y peculiaridades de la educación médica superior en Cuba, es recomendable la realización sistemática de investigaciones que permitan conocer profundamente los aspectos relacionados con la actividad del estudiante y del profesor a fin de poder alcanzar realmente los objetivos de los planes de estudio. Por otra parte, la divulgación de los resultados de las investigaciones y de las experiencias de avanzada, en un tiempo razonable, permitiría su rápida generalización y como consecuencia facilitaría el cumplimiento de los objetivos de la educación médica superior.

REFERENCIAS

- 1 Tesis y resoluciones del 1^{er} Congreso del Partido Comunista de Cuba. Tesis sobre política educacional. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1975, pág. 396.
- 2 Danilov, M.A. y Skatkin, M.N. *Didáctica de la Escuela Media*. La Habana, Editorial de Libros para la Educación, 1978, pág. 11.
- 3 Klinberg, L. *Introducción a la didáctica general*. La Habana, Editorial Pueblo y Educación, 1988, pág. 38.
- 4 Labarrere, R.G. y Valdivia, G.E. *Pedagogía*. La Habana, Editorial Pueblo y Educación, 1988, pág. 52.
- 5 Colectivo de especialistas del MINED. Cuba. I.C.C.P. *Pedagogía*. La Habana, Editorial Pueblo y Educación, 1984, pág. 187.
- 6 Martí, J. *Obras Completas*. Tomo XIX, 375 pág.
- 7 Reglamento para la organización del proceso docente educativo en los centros de Educación Médica Superior. Impresión I.S.C.M., 1988, pp. 13-23.
- 8 Castro Ruz, F. Discurso pronunciado en el Acto de graduación del Testamento Pedagógico Universitario "Manuel Asunce Domenech" 7 de julio de 1981. Ciudad Habana, Editora Política, 1981.
- 9 Martí, J. "La Nación". Buenos Aires, 15 de agosto de 1983.
- 10 Colectivo de Especialistas del MINED. Cuba. I.C.C.P. *Pedagogía*. La Habana, Editorial Pueblo y Educación, 1984, pág. 113.
- 11 Reglamento para la organización del proceso docente educativo en los centros de educación médica superior. Impresión. I.S.C.M., 1988, pág. 17.
- 12 Castro Ruz, F. Discurso pronunciado en el acto de constitución de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay", 12 de diciembre de 1982. MINSAP, Selección de Discursos. Vicerectoría de desarrollo I.S.C.M.-H., pág. 4.
- 13 Danilov y Skatin. *Op cit.*, pág. 134.
- 14 Baronov, S.P., Bolotina, L.R. y Slastioni, V.A. *Pedagogía*. La Habana, Editorial Pueblo y Educación, 1989, pág. 98.

SITUACION ACTUAL Y FUTURA DE LA MEDICINA VETERINARIA¹

Primo Arámbulo, III² y Alfonso Ruíz²

INTRODUCCION

En los últimos 10 años el mundo ha evolucionado considerablemente, en particular en el área científico-tecnológica, y ha ocurrido un cambio social, económico y político que ha obligado a los países a modificar sus estrategias de producción agropecuaria a fin de lograr mayores rendimientos en menores espacios.

La crisis económica mundial ha afectado significativamente no solamente la producción animal sino el comercio internacional con sus profundas repercusiones económicas y sociales. Los países en desarrollo, exportadores de productos animales, no pueden competir con los países desarrollados, que compensan sus mayores costos de producción con subvenciones que crean trastornos en el mercado nacional. El bajo ingreso del productor pecuario ha causado la migración de agricultores hacia las grandes ciudades en busca de empleo. El éxodo rural y la industrialización, por otra parte, han causado deforestación de grandes áreas resultando en el deterioro de las condiciones climáticas y de las tierras de cultivos.

Dentro de toda esta compleja constelación de factores, la medicina veterinaria sigue teniendo una respuesta simplista clínica basándose en una *raison d'être* frente a un mundo cambiante. La medicina veterinaria aún hoy en día, trata al animal enfermo como un caso individual y su estricta relación huésped-agente como un bionomio sobre el cual se dirigen las acciones de lucha. Sin embargo, no se toman en consideración todos aquellos factores modificadores del ambiente que a mediano plazo hacen de los huéspedes animales y sus agentes parasitarios un juego permanente de intercambios químico metabólicos que van alterando la capacidad de respuesta de los primeros y las características inmunogénicas de los segun-

¹ Conferencia Magistral presentada en el XII Congreso Panamericano de Ciencias Veterinarias que se realizó del 31 de julio al 4 de agosto de 1990 en La Habana, Cuba.

² Programa de Salud Pública Veterinaria, OPS.

dos y, en particular, no se establecen relaciones de la influencia de los macrofactores: político, socioeconómico y cultural de la población inductora de los cambios del medio ambiente para los animales.

En medio de lo anterior, el hombre, como elemento promotor y responsable de muchas de las modificaciones ambientales, es también receptor de infecciones ya establecidas en sus animales o en el ambiente exterior y puede llegar a enfermarse. El hombre también está sujeto a la exposición a los agentes químicos y físicos aplicados por él mismo a sus animales no solo en forma directa sino también indirecta cuando consume los alimentos de origen animal contaminados por estos productos nocivos.

El razonamiento sobre la intervención de la medicina veterinaria en el complejo medio ambiental de la producción animal, deberá centrarse en la formación del recurso humano y la respuesta de las escuelas de medicina veterinaria para producir un profesional con capacidad analítico-epidemiológica a fin de identificar todos los factores de riesgo de enfermedad para el hombre y sus animales, de poder planificar y administrar las acciones inmediatas de control y medidas para su prevención o eventual erradicación, y de poder evaluar las implicaciones sociales, económicas y aun políticas para justificar la adopción de planes y estrategias de acción.

MARCO DE REFERENCIA

Analizemos brevemente el escenario panorámico de nuestro marco de referencia.

El contexto socioeconómico

La población humana ha crecido en un 17% en los últimos 10 años y se espera que para el año 2000 la población ascienda a alrededor de 6 billones de habitantes. En las Américas, la población que en 1980 era de 611,6 millones, ascendió a 709,8 millones de habitantes en 1989 (Cuadro 1).

El mayor incremento de población en estos últimos 10 años, fue en la subregión del Istmo centroamericano y México, que alcanzó a 19,3%, seguida de la subregión andina con un incremento de 18,5%. En tanto que el menor incremento de la población se observó en el Caribe (habla inglesa y francesa, incluidas Guyana, Guayana Francesa y Suriname).

El aumento de la población ha acarreado una serie de fenómenos sociales y económicos, que repercuten en la dinámica de la producción animal y por consiguiente sobre las responsabilidades y actividades de la medicina veterinaria.

Uno de los fenómenos significativos es la creciente y rápida urbanización. Todos los países se ven afectados por el fenómeno de movili-

CUADRO 1. Población humana en las Américas, por subregión, 1980 y 1989.

Subregión	Población (X10 ³)		
	1980	1989	Δ (%) ^a
Istmo centroamericano y México	92.806	115.023	19,3
Caribe latinoamericano	21.741	23.636	8,0
Caribe (Islas de habla inglesa y francesa, Guyana, Guayana Francesa y Suriname)	7.153	7.365	2,8
América del Norte (Estados Unidos y Canadá)	246.232	274.446	10,2
Cono Sur y Brasil	170.532	199.556	14,5
Area Andina	73.189	89.848	18,5
Total	611.653	709.874	13,8

^aΔ (%) = Crecimiento en 10 años.

zación de grupos poblacionales rurales hacia grandes urbes, lo que consecuentemente contribuye a un crecimiento desmesurado y no planificado.

De acuerdo con las estimaciones y proyecciones de las Naciones Unidas, el 42,7% de la población vivía en áreas urbanas en 1990, en contraste con 38,5% en 1975 (Figura 1). Esta proporción aumentará a 46,7% en el año 2000, según las proyecciones.

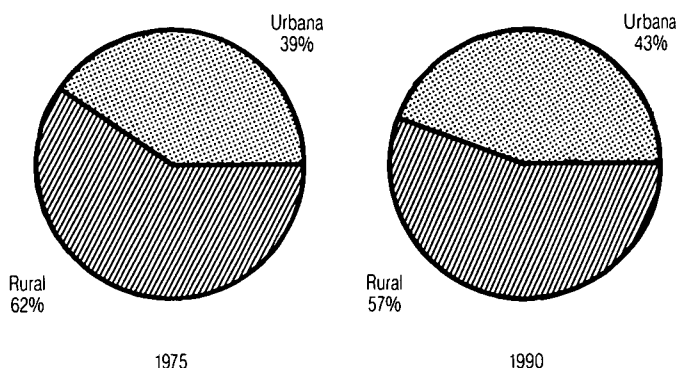
Como resultado de ello se encuentran mayores conglomerados de grupos humanos en extrema pobreza, con mayor desempleo, deficiencia de servicios básicos, menor disponibilidad de alimentos, y mayor densidad poblacional con sus consecuencias de inseguridad social.

El deterioro de las condiciones de vida se ha hecho más manifiesto, particularmente en áreas suburbanas, estimándose que alrededor de 306 millones de personas en el mundo viven en estas condiciones, y se ha estimado que 1000 personas mueren cada día por accidentes y enfermedades directamente relacionadas con las pobres condiciones de vida.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) estimó que el número de personas del Tercer Mundo que viven en condiciones de extrema pobreza aumentó de 819 millones en 1980 a 881 millones en 1985, correspondiendo al 7,0% en solo cinco años. En la América Latina la población en extrema pobreza aumentó a 18 millones en la primera mitad de la década, lo que es particularmente notorio en las áreas rurales.

En los últimos años el rendimiento de la economía mundial y el comercio internacional han estado creciendo paulatinamente. La economía de más rápido crecimiento se observó en Asia durante 1988, donde muchos países, incluidas China e India, mostraron tasas de crecimiento mayores que las de los países industrializados. Sin embargo, en la América Latina, el ingreso per cápita decreció. Muchos de los países pobres se hicieron más pobres, así que la diferencia de ellos con los países más ricos es aún mayor. El promedio de ingreso per cápita en los países más ricos es cerca de 50 veces mayor que el de los países menos desarrollados. La deuda

FIGURA 1. Distribución de la población urbana y rural en América Latina: Comparación entre 1975 y 1990.



externa de los países ha agravado esta situación y ha causado otros problemas, como el desempleo y la inestabilidad social. Se estima que en la América Latina hay cerca de 15 millones de desempleados.

La producción pecuaria

Dentro de este entorno socioeconómico, analizamos la producción pecuaria.

Durante la década la población animal aumentó en las Américas en casi todas las especies productivas (Cuadro 2). Pero la brecha de disponibilidad de los productos animales se hace cada vez más grande, particularmente para algunas subregiones de las Américas.

El consumo de alimentos de origen animal crece paralelamente con el suministro, visto en forma global. Sin embargo, existen diferencias marcadas en el consumo de productos específicos, como en el caso de la carne, entre países industrializados y países en desarrollo (Cuadro 3).

En referencia al consumo de los tipos de carne, se ha observado un mayor aumento en el consumo de carne de pollo. También hay un incremento en el consumo de carne de pescado, particularmente durante el período 1980–1985, cuando el aumento correspondió a 11,2%.

La producción de leche y productos lácteos en el mundo ha crecido con lentitud, pero en la América Latina y el Caribe la producción es estable, sin mostrar tendencia al crecimiento. La producción de huevos se ha mostrado paralela al amplio desarrollo de la industria avícola.

La población animal expresada en suma de Unidades de Peso Animal (UPA), referida en bovinos, porcinos, caprinos, ovinos y pollos, también aumentó en los países de las Américas, como se observa en el Cuadro 4. Hubo un aumento de UPA en todas las subregiones, particu-

CUADRO 2. Población animal en las Américas, por subregión, 1989.

Area, país o territorio	Población (X10 ³)						
	Bovino	Equinos ^a	Porcinos	Ovinos	Caprinos	Pollos	Búfalos
A. América Latina							
1. Area Andina							
Bolivia	5.525	1.015	1.750	9.600	2.350	12.000	
Colombia	27.707	3.200	2.586	2.652	932	39.000	
Ecuador	4.808	833	4.160	1.707	301	48.170	
Perú	4.603	1.365	2.400	13.320	1.700	52.000	
Venezuela	14.026	1.007	2.707	425	1.400	56.500	
2. Cóno Sur							
Argentina	53.612	3.355	4.100	29.202	3.200	55.000	
Chile	4.011	528	1.360	6.540	600	21.000	
Paraguay	7.785	373	2.108	430	138	16.325	
Uruguay	10.958	478	215	26.049	14	8.000	
3. Brasil							
	152.233	9.140	32.700	20.000	11.000	550.000	1.100
4. Istmo centroamericano							
Costa Rica	3.500	126	223	6	10	5.000	
El Salvador	1.372	118	442	5	15	3.100	
Guatemala	2.540	158	875	660	76	14.800	
Honduras	3.157	260	600	7	25	8.000	
Nicaragua	1.880	303	745	3	6	5.300	
Panamá	1.611	176	240		7	6.900	
5. México							
	37.600	12.473	16.500	6.000	10.500	224.000	
6. Caribe latinoamericano							
Cuba	5.567	739	2.500	382	110	27.010	
Haití	1.640	731	600	7	25	8.000	
República Dominicana	2.354	599	409	100	534	22.000	

CUADRO 2. (Continuación)

Area, país o territorio	Población (X10 ³)						
	Bovino	Equinos ^a	Porcinos	Ovinos	Caprinos	Pollos	Búfalos
B. Caribe							
Barbados	27	5	49	56	33	1.250	
Guyana	262	3	185	120	77	14.800	
Jamaica	339	37	250	3	440	5.500	
Suriname	81	—	20	4	6	5.800	
Trinidad y Tabago	84	5	84	12	50	8.000	
Dominica	14	—	5	9	10	133	
Grenada	2	1	11	17	11	260	
Santa Lucía	14	3	12	15	12	260	
San Vicente	8	1	9	15	5	220	
Belice	54	9	26	4	1	650	
Guadalupe	79	2	43	4	33	360	
Guayana Francesa							
Martinica	47	2	48	90	46	2.300	
Otras áreas del Caribe							
Antigua	24	3	4	13	13	80	
Antillas Neerlandesas	11	3	6	10	23	170	
Bahamas	8	—	20	40	19	1.450	
Islas Vírgenes	12		3	3	4	55	
Montserrat	12		1	4	6	35	
San Kitts, Nevis y Anguila	7	—	10	15	10	87	
C. América del Norte							
Canadá	13.497	345	10.847	897	26	106.714	
Estados Unidos	109.237	10.725	42.845	10.774	1.650	1540.000	

Fuente: FAO-OMS-OIE, *Anuario de Sanidad Animal*, 1988.^aIncluye caballos, mulares y asnales.

CUADRO 3. Consumo de carne (per cápita) entre países en desarrollo y desarrollados en el mundo, 1980–1989.

	Total (X10 ³ tons)	Per cápita (kg)
Mundial	133.958	29,6
Países desarrollados	88.846	75,4
Países en desarrollo	45.112	13,5

Fuente: FAO-OMS-OIE, *Anuario de Sanidad Animal*, 1988.

CUADRO 4. Unidades de Peso Animal (UPA)^a en las Américas, por subregión, 1980 y 1989.

Subregión	UPA (X 10 ³)		Δ (%) ^b
	1980	1989	
Istmo centroamericano y México	67.912	85.884	20,9
Caribe latinoamericano	14.232	16.285	12,6
Caribe (Islas de habla inglesa y francesa, Guyana, Guayana Francesa y Suriname)	4.291	6.173	20,5
América del Norte	190.015	300.813,2	36,8
Cono Sur y Brasil	252.535	321.163	21,3
Area Andina	69.690	87.034	19,9

^aUnidad Peso Animal (UPA) considerando: bovinos (1,0), porcinos, ovinos y caprinos (0,2), y aves (0,1).

^bΔ (%) Crecimiento en 10 años.

lármente en la de América del Norte (Canadá y Estados Unidos), que en el período 1980–1989 se incrementó en 36,8%. Este aumento fue debido particularmente al amplio desarrollo de la industria avícola en estos países.

Con referencia a la relación de Unidad de Peso Animal con la población, se puede observar que no han ocurrido cambios sustanciales en esta década, excepto el incremento de la disponibilidad de UPA en la América del Norte (Cuadro 4).

La formación de médicos veterinarios

Frente a este contexto socioeconómico y la demanda para la producción pecuaria de la década pasada, podemos apreciar la respuesta en términos del suministro de médicos veterinarios.

El número de médicos veterinarios en las Américas ha aumentado en los últimos años, de 88.423 en 1980 a 118.095 en 1988. Ha ocurrido igualmente un cambio en la distribución de esta fuerza de trabajo en el sector oficial y el privado, notándose un incremento de estos profesionales

en el sector oficial, particularmente en los países de la América Latina (Cuadros 5 y 6; Figuras 2 y 3).

El mayor aumento de veterinarios se puede observar en la subregión del Caribe latinoamericano (Cuba, Haití y República Dominicana) que, durante el período 1980 a 1989, aumentó en 53,8%. En el Area andina, a pesar del aumento del número de escuelas de medicina veterinaria, el incremento de profesionales durante 1980-1988 fue tan solo del 5,4%. El aumento observado en el Istmo Centroamericano y México, equivalente a 34,5%, se debe sin duda al creciente número de egresados de las escuelas de México.

En la Región hay un total de 138 escuelas de medicina veterinaria; el mayor número de ellas se encuentran en México, Brasil y los Estados Unidos. Esta situación es diferente a la observada en 1980 cuando había 128 escuelas de medicina veterinaria en las Américas (Cuadro 7).

En el Cuadro 8 se puede notar la proporción de médicos veterinarios por unidad de peso animal (UPA) en las diferentes subregiones

CUADRO 5. Médicos veterinarios en las Américas, por subregión, 1980 y 1989.

	1980	1989	Δ (%)
Istmo centroamericano y México	7.942	12.141	34,5
Caribe latinoamericano	2.399	5.194	53,8
Caribe (Islas de habla inglesa y francesa, Guyana, Guayana Francesa y Suriname)	130	185	29,7
América del Norte	40.400	55.098	26,6
Cono Sur y Brasil	27.758	35.122	20,9
Area Andina	9.794	10.355	5,4
Total	88.423	118.095	25,1

CUADRO 6. Médicos veterinarios en cargos oficiales y privados en las Américas, por subregión, 1988.

Subregión	No. Médicos veterinarios				Total
	Oficiales	(%)	Privados	(%)	
Istmo Centroamericano y México	5.646	(46,5)	6.495	(53,5)	12.141
Caribe latinoamericano	5.090	(97,9)	104	(2,1)	5.194
Caribe (Islas de habla inglesa y francesa, Guyana, Guayana Francesa y Suriname)	107	(57,8)	78	(42,2)	185
América del Norte (Estados Unidos y Canadá)	9.736	(17,7)	45.362	(82,3)	55.098
Area Andina	2.320	(21,5)	8.035	(78,5)	10.355
Cono Sur y Brasil	14.855	(42,3)	20.267	(57,7)	35.122
Total	88.423	(32,0)	118.095	(68,0)	118.095

FIGURA 2. Médicos veterinarios oficiales y privados en el Caribe y Latinoamérica.

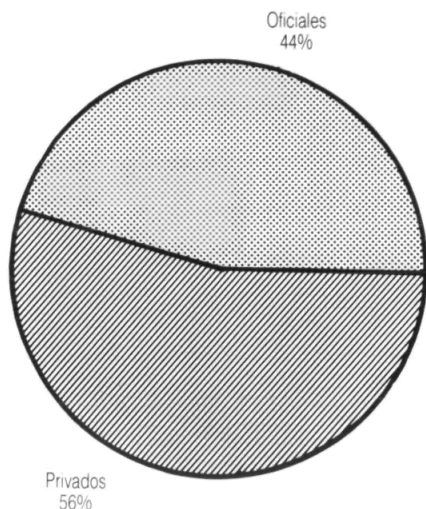
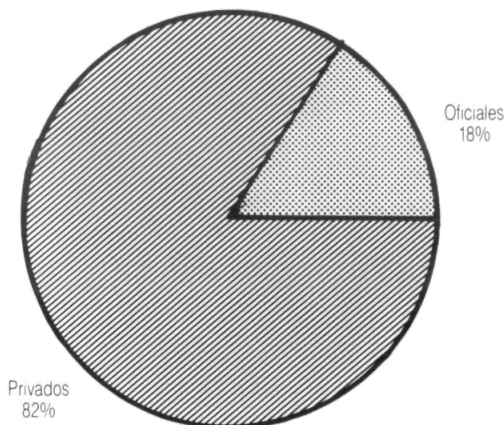


FIGURA 3. Médicos veterinarios oficiales y privados en América del Norte.



de las Américas. Aquí se puede apreciar que en el Caribe aún hay una deficiencia en el número de médicos veterinarios. Lo contrario ocurre en el Caribe latinoamericano donde se nota un excedente de veterinarios. Lo mismo podría decirse de los países de América del Norte (Estados Unidos y Canadá). Sin embargo, hay que notar que en estos países la mayor proporción de médicos veterinarios está dedicada a los animales domésticos de compañía, que no fueron considerados en el cálculo de UPA en este análisis.

CUADRO 7. Facultades de medicina veterinarias en las Américas, por subregión, 1990.

Subregión	No. de Facultades de medicina veterinaria
Istmo centroamericano y México	31
Caribe latinoamericano	9
Caribe (Islas de habla inglesa y francesa, Guyana, Guayana Francesa y Suriname)	2
América del Norte (Estados Unidos y Canadá)	27
Area Andina	25
Cono Sur y Brasil	41
Total	138

CUADRO 8. Unidad de peso animal (UPA) por médico veterinario en las Américas, por subregión, 1980 y 1988.

	UPA (X10 ³)* / Veterinario	
	1980	1988
Istmo centroamericano y México	8.550/1	7.073/1
Caribe latinoamericano	5.932/1	3.153/1
Caribe	33.007/1	33.367/1
América del Norte	4.703/1	5.459/1
Cono Sur y Brasil	9.097/1	9.144/1
Area Andina	7.115/1	8.405/1
Total	6.770/1	6.921/1

*UPA = Considerando bovinos, ovinos, caprinos, porcinos y pollos.

ESTRATEGIAS PARA ARTICULAR LA MEDICINA VETERINARIA CON EL MUNDO CAMBIANTE

¿Cuáles son, entonces, las estrategias para articular la medicina veterinaria con el mundo cambiante? Propongamos lo siguiente:

El desarrollo tecnológico y la adopción de tecnología

La industrialización de la producción y el mercadeo de animales para consumo humano apenas se ha iniciado en los países en desarrollo, notándose mejoría del proceso en pocos establecimientos de producción pecuaria, mientras que en otros se nota el deterioro en eficiencia y productividad.

Se han logrado mejoras en el control de epizootias y en el conocimiento de la fisiología, patología y genética, y se están haciendo notables

progresos en la inmunología, en especial con la aplicación de los nuevos avances en la biotecnología. El uso de la tecnología recombinante de ácidos nucleicos (DNA y RNA) está haciendo posible el desarrollo de vacunas nuevas y más efectivas contra muchas enfermedades infecciosas de los animales.

La aplicación de los anticuerpos monoclonales, las sondas de ácidos nucleicos (DNA, RNA), y otras técnicas moleculares han servido para desarrollar pruebas diagnósticas más rápidas, precisas y simples. El acoplamiento de la computación a las técnicas de laboratorio para diagnóstico ha dado lugar a la automatización y al manejo de la vasta información requerida para la toma de decisiones.

Las técnicas de manipulación de embriones están transformando los mercados de material genético, y modificando las amenazas de los agentes patógenos de la reproducción animal, dando a su vez esperanzas para un mejoramiento de las características genotípicas y fenotípicas de las razas de producción con miras a una mayor productividad. En igual forma, los animales transgénicos que han logrado producirse constituyen nuevos retos a la profesión veterinaria para entender sus resultados y efectos en la productividad, pero más aún sobre la respuesta de la naturaleza.

Toda esta avalancha de conocimientos y variables producto del desarrollo tecnológico plantea algunas estrategias y tácticas a la medicina veterinaria que deberá adaptarse con un sentido de urgencia:

a) La actualización del currículo en las facultades de medicina veterinaria.

b) La utilización efectiva y eficiente de los recursos disponibles.

c) La aplicación de los nuevos conocimientos y su integración a los diversos niveles económicos de producción ya existentes en los países de las Américas.

Los ajustes planteados deben ser una responsabilidad compartida entre los servicios veterinarios oficiales, las escuelas de medicina veterinaria y, las empresas privadas, así como de los productores. Por lo tanto, deberá existir una estrecha colaboración y participación activa entre unos y otros para lograr una planificación integrada y conjunta del subsector pecuario y de los servicios oficiales.

Innovación y desarrollo de los servicios veterinarios oficiales

Los servicios veterinarios oficiales se han venido deteriorando a consecuencia de las dificultades económicas de los países, exacerbándose por la falta de actualización de tecnología, e innovación en los sistemas administrativos. Esta situación crea la necesidad de desarrollar una administración estratégica en respuesta a los cambios rápidos que afectan a las instituciones públicas y privadas dentro del contexto macro-económico so-

cial y político de los países. La innovación administrativa debe enfocarse en técnicas de los objetivos medibles en lugar de los procesos; de ahí que debe haber desde el inicio un completo entendimiento de las relaciones de los servicios veterinarios oficiales con la industria animal, la salud humana, la protección del ambiente, y todo aquello que afecta las políticas nacionales para el desarrollo económico y social. De igual manera, los servicios veterinarios oficiales deberán prever un medio para hacer seguimiento del ambiente externo (medios políticos, sociales, económicos y culturales) para detectar los cambios que puedan afectar sus actividades y generar los flujos de información para destacar la importancia y alcance de tales cambios.

Lo anterior puede llevarse a cabo por los servicios veterinarios oficiales por medio de las siguientes acciones:

a) Administración y aplicación de los nuevos conocimientos y evaluación tecnológica para su integración en programas operativos comprobados.

b) Fortalecimiento de la comunicación y coordinación dentro del servicio, y con los usuarios (productores) dentro del marco económico de la demanda y suministro.

c) Capacitación continua del personal en los diferentes niveles, especialmente en los aspectos de manejo y administración de programas.

Cambio del enfoque médico clínico en salud animal en todas las dimensiones

La profesión médico veterinaria debe cambiar su enfoque del estrecho punto de vista del animal individual y enfermo, su terapia y cirugía, hacia un mayor énfasis en la salud poblacional animal y la productividad así como en programas de prevención, control y erradicación de enfermedades. La función del veterinario como gerente, manejando en una forma eficaz y eficiente los recursos como personal, presupuesto, suministros y equipos, será imprescindible a fin de mantener los servicios de salud animal como ente prioritario.

El público en general estará buscando al veterinario para consejo y servicios en todos los aspectos relacionados con la salud y utilidad de los animales. El propietario de animales productivos requerirá desde la planificación de su predio hasta el seguimiento y administración gerencial de su empresa, así como será necesaria la planificación de los programas de prevención de enfermedades, diseño de las instalaciones requeridas, y nutrición y alimentación de los animales. Además de lo anterior, el veterinario será consultado para proveer estudios de mercado para los productos de los animales que atiende.

En conclusión, el veterinario que asesorará las grandes empresas pecuarias y los servicios oficiales del futuro deberá poseer destreza en

producción animal, diagnóstico y control de enfermedades, gerencia de empresas pecuarias y, más que todo deberá ser un planificador y evaluador permanente que le permita adecuar las empresas pecuarias al medio ambiente.

Planificación de la investigación

Muchas de las instituciones de investigación de los países desarrollan estudios que son seleccionados más por la iniciativa del investigador que en base a las prioridades y las necesidades de los países. Esto requiere que los países comiencen a definir las prioridades de investigación que sean aplicables a programas de producción animal o de control de enfermedades definidos, a su vez, por los servicios oficiales correspondientes.

Fortalecimiento de la enseñanza de la medicina veterinaria

Es esencial que el médico veterinario del siglo XXI posea una educación general que le proporcione capacidad para analizar un problema, buscar la información relevante sobre el problema, y aplicar tal información para su solución. Además de actuar como un administrador de la información y analista de problemas, deberá tener la habilidad para la comunicación y para tomar decisiones racionales. Esto significa que fuera de las conocimientos técnicos que pueda proveer la escuela de medicina veterinaria, habría que reorientar la educación para habilitar al estudiante a elegir en profundidad la instrucción y experiencia clínica en las especies animales deseadas. Igualmente, la educación en las escuelas de medicina veterinaria deberá poseer la flexibilidad necesaria para que el estudiante vaya orientando su especialidad a medida que avanza en el programa de estudios.

Lo anterior obliga desde ahora a que las escuelas de medicina veterinaria hagan una revisión de los currículos de la carrera y comiencen a hacer los ajustes correspondientes.

Una necesidad importante en la educación veterinaria es la educación continua y la capacitación de los médicos veterinarios en los servicios oficiales a fin de responder a las prioridades nacionales. En la mayoría de los países de las Américas existe un distanciamiento entre los servicios oficiales veterinarios y las escuelas de medicina veterinaria. A estas últimas les cabe la responsabilidad de actualizar los contenidos curriculares en base a la planificación y necesidades del sector agropecuario y a los programas de control y erradicación de las enfermedades. Asimismo, las escuelas deben coordinar con los servicios oficiales los programas de capacitación del personal de esos servicios, a fin de que sean de utilidad para poner en operación los diversos programas. Por eso es necesaria la interrelación entre las escuelas de medicina veterinaria y los requisitos de los servicios veterinarios

del país y a que existe una íntima vinculación entre el contexto del producto (el médico veterinario) y el usuario (la sociedad).

Por último, es importante concluir con las palabras del Dr. Pedro Acha, uno de los propulsores de la profesión veterinaria en las Américas, en un trabajo póstumo presentado en el último Congreso Panamericano de Ciencias Veterinarias que se realizó en Lima en 1988:

“Para concluir, desearía agregar que no ha sido mi intención desmerecer en lo más mínimo el ejercicio particular de la medicina veterinaria como un medio establecido y valioso de la práctica profesional, ni implicar que hoy en día nuestras escuelas o facultades no cumplen a cabalidad con los requisitos de nuestros futuros profesionales en ejercicio de la práctica privada, porque lo hacen. Sin embargo, quiero cimentar la idea de que, si la profesión veterinaria pretende servir a la humanidad como está capacitada para hacerlo —como puede y creo que debe— quienes somos responsables de la formación profesional en las ciencias veterinarias debemos empuñar las riendas de la dirección y comenzar a guiar a nuestros centros de capacitación no solo por este camino bien transitado del ejercicio particular sino, simultáneamente, por los tres medios principales de los servicios de la profesión veterinaria a la humanidad: la agricultura, la salud pública y la biología general. Creo que hacer menos que eso es fallar en nuestra tarea”.

BIBLIOGRAFIA

- Acha, P. N., y Arámbulo III, P. V. The social and economic impact of the zoonoses in Latin America and the Caribbean. Proceedings of the 4th International Symposium on Veterinary Epidemiology and Economics. Singapore, 18–22 November 1985. Singapore Veterinary Association, Singapore, pp. 77–83.
- Acha, P. N. A strategy for veterinary services to meet the requirements of a changing world. *OIE Technical and Scientific Review* 6:925–945, 1987.
- Acha, P. N. Desarrollo y fortalecimiento en el curriculum de medicina veterinaria. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Veterinaria, Lima, Perú, 1988.
- Arámbulo, III, P. V., Steele, J. H., Beran, G. W., Escudero III, S. H. y Carey, J. F. Veterinary manpower in the Philippines—supply, demand model and projections, and impact of animal diseases on human health. *Interat'l J Zoon* 5:1–44, 1978.
- FAO-OMS-OIE: *Animal Health Yearbook*. Roma, Organización para la Agricultura y la Alimentación, 1988.
- Held, J. R. Pasado, presente y futuro de la salud pública veterinaria. Congreso Panamericano de Ciencias Veterinarias, Lima, Perú, 17 agosto de 1988.
- Panerai, R. B. y Peña Mohr, J. *Evaluación de tecnologías en salud. Metodologías para países en desarrollo*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1989.

RESEÑAS

EL PROGRAMA DE BECAS COMO INSTRUMENTO DE COOPERACION TECNICA Y SU CONTRIBUCION A LA PRIORIZACION DE NECESIDADES DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD: LA EXPERIENCIA DE CUBA

José B. Jardines Méndez,¹ María Isabel Rodríguez,² María Matilde Serrano Cisneros,³ Charles Godue⁴

En la Ciudad de La Habana, en las instalaciones del Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico, tuvo lugar entre los días 7 al 9 de octubre de 1991 el Taller Nacional del Comité Asesor de Becas organizado por el Area de Docencia del Ministerio de Salud Pública y la Representación OPS/OMS en Cuba. Los objetivos del Taller fueron:

1. Analizar la situación de las becas MINSAP/OPS y el informe del trabajo realizado por el Comité Asesor de Becas;
2. Evaluar la pertinencia y contenido de los documentos normativos elaborados por el Comité Asesor de Becas;
3. Analizar el programa de atención a los graduados de excepcional rendimiento y las experiencias de algunos de los becarios.

Al Taller concurrieron 21 especialistas. El grupo estuvo constituido por el Dr. José B. Jardines Méndez, Viceministro a Cargo de la Docencia; los Dres. María Isabel Rodríguez y Charles Godue, Consultores Regionales de la Organización Panamericana de la Salud; los 11 miembros

¹ Viceministro de Docencia, MINSAP, Cuba.

² Asesor de Recursos Humanos, OPS, Washington, D.C.

³ Médica, Viceministerio de Docencia, MINSAP, Cuba.

⁴ Asesor Regional de Recursos Humanos, OPS, Washington, D.C.

del Comité Asesor de Becas, y por siete invitados de distintas Areas del Ministerio de Salud Pública y de Centros de Educación Médica Superior.

ANTECEDENTES

A partir de 1983 se inicia un proceso encaminado a reformular la estrategia de cooperación técnica de la OPS/OMS a Cuba. En el desarrollo de este esfuerzo ocupó un lugar importante la evaluación del componente de becas. En diciembre de 1988 se llevó a cabo un análisis de los resultados de las investigaciones que sobre el mencionado componente se había realizado en la Región de las Américas y Cuba.

Una de las recomendaciones consecutivas a la investigación consistía en la creación de un Comité Asesor de Becas MINSAP/OPS. El Comité fue conformado en septiembre de 1989, bajo la dirección del Viceministro a cargo de Docencia. El análisis del trabajo realizado durante este período por el Comité fue el objetivo del Taller.

ACTIVIDADES DEL COMITE

El objetivo general del Comité es asegurar que el fondo de becas asignado al Ministerio de Salud Pública contribuya de manera eficiente y efectiva al desarrollo de los programas de salud del país. En 1989, se definieron los objetivos específicos, las funciones y la composición del Comité, teniendo como premisa la representación de todas las Areas del Ministerio de Salud Pública y la Representación OPS/OMS (Cuba). Cada Vice-ministro designó un representante de su Area. Se elaboraron tres documentos normativos metodológicos para el trabajo del Comité: 1) objetivos, funciones y composición del Comité Asesor de Becas; 2) criterios para aprobar becas y requisitos para seleccionar becarios del Sistema Nacional de Salud, y 3) evaluación y seguimiento de la beca.

En 1990 se inició el trabajo de recopilación de información para la creación de la base de datos sobre centros de excelencia y contrarreferencia internacionales y sobre expertos, con la participación de todos los Grupos Nacionales de Especialidades Médicas y Estomatológicas, así como las sociedades científicas. En esta etapa se comenzó el seguimiento de los becarios a su regreso al país, con la presentación de los informes de los becarios, y la definición del programa de trabajo para la multiplicación de los conocimientos y habilidades adquiridos. En 1991 se trabajó en la concepción de un sistema automatizado que contribuya a una mayor eficiencia del trabajo del Comité. Se definieron los mecanismos para asegurar la multiplicación del impacto de las becas: los Centros de Educación Médica y de Perfeccionamiento del país establecen el plan de multiplicación correspondiente, en los niveles local, territorial o nacional. El Centro de

Becas de la OPS/Cuba, aprobadas según duración.

	4 semanas	4 semanas	5-8 semanas	9 semanas a 5 meses	6 meses a 1 año	Total
1990	—	—	6	9	1	16
1991	—	3	17	8	6	34
Total	—	3	23	17	7	50

Educación Médica que corresponda realizará una evaluación del impacto de una beca al final del primer y del segundo año e informará al Comité Asesor de Becas.

Se inició en enero de este mismo año la publicación de un boletín técnico-informativo sobre los aspectos más relevantes de las actividades realizadas por los becarios, dirigido a los especialistas de la rama correspondiente. Por último, en mayo de 1991, con el fin de lograr una mejor optimización de los recursos con Organismos Internacionales (gubernamentales o no) fue aprobada la Resolución Ministerial No. 96, que en una de sus partes señala que corresponde al Área de Docencia el otorgamiento de la totalidad de las becas en el extranjero.

ANALISIS

El Comité Asesor de Becas se ha convertido en una instancia de desarrollo y de fortalecimiento de la política de formación de los recursos humanos en salud y en un espacio de integración de las diferentes áreas del Ministerio. El trabajo del Comité tiene como meta promover la profundización de la política de formación de cada Área del Ministerio y la integración interprogramática de las políticas y prioridades a nivel global, asegurando una mayor coincidencia entre las necesidades nacionales y la utilización de los recursos. La resolución ministerial ya mencionada abre posibilidades de ampliación del trabajo del Comité y contribuirá a su consolidación e institucionalización. En los aspectos técnicos, el Comité ha desarrollado una serie de normas, criterios e instrumentos que constituyen un aporte para la Región. Una contribución importante es la distinción beca-becario. La primera etapa del trabajo del Comité corresponde a la elaboración del plan de becas para el año, basándose en el análisis de necesidades y la determinación de las prioridades que no pueden ser satisfechas a nivel nacional. Este proceso incluye el estudio del país, centro de formación, costo de la beca y duración adecuados para lograr los objetivos de la beca. En un segundo tiempo se procede a la selección de los becarios más calificados en función del plan de becas acordado. La secuencia de estos dos momentos expresa el predominio de las prioridades nacionales

en el proceso. Finalmente, la estructuración de la etapa de seguimiento y de multiplicación del rendimiento del becario representa otro aporte del Comité.

El análisis de la experiencia es indicativo de que han sido necesarias una decisión política firme y una visión estratégica de la potencialidad del programa de becas para lograr el desarrollo y los resultados demostrados por el Comité. Su dirección en manos del Viceministro de Docencia le confiere la autoridad y la credibilidad necesarias; la participación de las Areas y de los Centros Educativos garantizan la articulación con los niveles técnicos.

FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NA ÁREA DE ENSINO MÉDICO DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Maria de Lourdes Veronese Rodrigues¹ e Cláudio Roberto Carvalho Rodrigues²

INTRODUÇÃO

Apesar de existirem no Brasil professores de Medicina com grande experiência em didática e pedagogia, assim como excelentes profissionais da área de educação especializados no ensino das ciências de saúde, parece ainda não existir um profissional que tenha domínio sobre as duas áreas, isto é, um educador médico.

¹ Professora Doutora do Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

² Professor Doutor do Departamento de Neuropsiquiatria e Psicologia Médica, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Endereço para correspondência: Hospital das Clínicas, Oftalmologia, 12º andar, "Campus" Universitário, 14.049 Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

A preocupação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) com a formação didático-pedagógica do seu corpo docente, levou-a, nos últimos vinte anos, a fazer determinados investimentos nessa área, proporcionando a algumas dezenas de seus professores a oportunidade de adquirir conhecimentos e habilidades sobre ensino médico.

No entanto, esse investimento efetua-se de forma descontinuada, dependendo mais das características e interesses de cada administração, e não de maneira regular e sistemática, como um projeto a ser desenvolvido a longo prazo.

O objetivo desta resenha é descrever o que tem sido feito, quanto ao preparo didático e pedagógico dos docentes da FMRP, enfatizando a necessidade de planejamento em projetos dessa natureza na esperança de contribuir para que esta e outras faculdades de Medicina passem a investir formalmente na área de Educação Médica, o que muitas faculdades de diferentes continentes já fazem.

A EXPERIÊNCIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

A FMRP foi fundada no início da década de 50, de acordo com o “modelo americano” da época, contando com uma equipe de professores de alto nível, quase todos com experiência prévia em ensino, pesquisa e assistência.

Assim, desde os seus primórdios, essa Escola pôde oferecer cursos de especialização em diversas áreas, além do curso de graduação. Em poucos anos a FMRP atingiu lugar de destaque como centro de excelência, cuja conseqüência foi a credibilidade de seu curso de pós-graduação *stricto sensu*, criado quase vinte anos depois.

Na época da instalação do curso de pós-graduação já emergia, nessa faculdade, a preocupação com a formação didático-pedagógica de seus docentes, gerada pelos seguintes fatores, entre outros: a “vocaçào” de alguns professores para o estudo de temas ligados ao ensino; o ingresso de novos docentes ainda sem experiência e as mudanças sociais, culturais, científicas e tecnológicas que requeriam a introdução de inovações no ensino médico (1). A esses fatores se somou a necessidade de oferecer o ensino de Didática e Pedagogia para os alunos das áreas clínicas do curso de pós-graduação.

Assim, diversos docentes, em diferentes épocas, freqüentaram cursos de 40 a 80 horas, oferecidos pelo Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro e o Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional para a Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (NUTES/CLATES). E, no período de 1984 a 1988,

docentes do NUTES/CLATES vieram a Ribeirão Preto para coordenar seminários sobre Didática e Pedagogia no curso de pós-graduação (2).

Em 1975 surgiu a primeira oportunidade, na Instituição, para o aperfeiçoamento de seus docentes na área de Ensino Médico, quando, através da Organização Mundial da Saúde, alguns professores foram conhecer métodos e programas de ensino de diversas faculdades de Medicina da América do Norte e da América Central (3). Depois disso, a única participação oficial da FMRP em eventos ligados ao ensino, foi a presença de dois a três docentes e alunos em Congressos Brasileiros de Educação Médica.

Em 1987, a Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), patrocinou o Seminário "Introdução de Inovações no Ensino Médico", coordenado por professores da Ohio State University e da Michigan State University, quando a FMRP proporcionou a dois de seus docentes a participação no evento.

Em 1989, a Comissão de Graduação apresentou, entre outras sugestões e recomendações, um projeto de capacitação de docentes na área de ensino, a fim de preencher a lacuna de fundamentos teóricos nesta área (4). O referido projeto recebeu apoio imediato da Diretoria da FMRP, e a Reitoria da Universidade de São Paulo (USP) proporcionou os recursos financeiros necessários para que, em 1990, um docente iniciasse, no Centre for Medical Education, University of Dundee (Escócia), um curso para a obtenção de "Diploma in Medical Education".

No primeiro semestre de 1990 realizou-se na Universidad Nacional Autónoma de México o "Primero Seminario Latinoamericano de Investigación Educativa en Ciencias de la Salud" do qual participaram dois docentes da FMRP, com apoio financeiro da CAPES e da USP.

Outra contribuição para a formação de recursos humanos na área de ensino são os recursos provenientes do Convênio Universidade de São Paulo/Banco Interamericano de Desenvolvimento (Convênio USP/BID) (5). Este convênio provê bolsas de estudo para que docentes de diferentes unidades da USP possam visitar, por período de até quatro meses, centros universitários de outros países, onde seja dada ênfase especial ao ensino, ou onde haja programa inovador em ensino de graduação.

Um membro do corpo docente da FMRP recebeu, em 1990, uma dessas bolsas e estagiou em cinco escolas médicas (México, Estados Unidos da América e Canadá); visitou outras cinco escolas americanas e canadenses e participou do Annual Meeting da Association of American Medical Colleges e de dois laboratórios de estudo (Visitors' Workshop, McMaster University, e New Pathway Visitors' Day, Harvard Medical School) (6).

Por outro lado, a criação de um núcleo de apoio psico-pedagógico, que era uma antiga aspiração da FMRP, foi concretizada em 1990. Este núcleo (NAPP) conta com uma psicóloga e uma pedagoga e tem como principais objetivos:

- a proposição de atividades que forneçam apoio psicopedagógico aos alunos, visando a promoção da saúde mental e a prevenção e minimização de dificuldades e crises relacionadas ao processo de amadurecimento e à vida universitária e
- a promoção de estudos e pesquisas para a caracterização psicopedagógica da Instituição, de forma a permitir a reflexão e a atualização dos objetivos propostos (7).

Apesar de, em sua fase inicial de funcionamento, atender predominantemente aos alunos, o NAPP tem um papel significativo, pois é o primeiro investimento feito pela FMRP, na área de Ensino Médico, que apresenta uma estrutura com possibilidade de funcionamento contínuo.

Escolas de Medicina de diferentes países e todas as dos Estados Unidos da América e do Canadá, têm uma divisão destinada a cuidar do preparo e da educação continuada de seus docentes, na área de ensino, e a dar oportunidade de formação ou reciclagem a professores visitantes. Essas divisões, que em diferentes centros recebem denominações diversas como: Departamento de Ensino Médico, Centro de Ensino Médico, Programa para a Formação de Docentes ou Divisão de Estudos em Educação Médica (6), têm como principais atividades:

- organização de palestras, seminários, cursos, etc. sobre ensino médico;
- assessoria a docentes para a elaboração de programas, cronogramas, avaliações e relatórios;
- assessoria a outros organismos e
- intercâmbio com outras escolas médicas.

Cada um dos investimentos feitos pela FMRP no sentido de melhorar a formação didático-pedagógica de seus docentes, tem trazido resultados que podem ser considerados como positivos, tais como a formação de recursos humanos na área, o que facilitaria a implantação de organismo mantenedor de programas de aperfeiçoamento, sem solução de continuidade, e a abertura de canais de comunicação com outras instituições, propiciando o acesso de outros docentes a experiências semelhantes.

Infelizmente, o fato de esses investimentos terem, até o momento, dependido de “momentos históricos”, de tendências administrativas e de condições financeiras variáveis, e de não terem sido o resultado de um planejamento a longo prazo, faz com que se desperdice parte apreciável dos resultados positivos pois, muitas vezes, as experiências adquiridas não são compartilhadas ou não são aproveitadas pela Instituição.

A criação de um organismo semelhante aos descritos anteriormente poderia facilitar o aproveitamento de todos os recursos e, a médio prazo, permitir a implantação da área de concentração — o Ensino Médico — no curso de pós-graduação, o que tornaria viável a multiplicação

dos conhecimentos adquiridos, uma vez que o curso de pós-graduação da FMRP recebe alunos procedentes de todas as unidades da Federação que possuem escolas de Medicina e de diversos países da América Latina.

RESUMO

A preocupação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto com a formação didática e pedagógica dos seus docentes, levou-a a fazer determinados investimentos nesta área.

Com base em dados que aparecem em documentos existentes na Instituição, os autores elaboraram esta resenha, onde descrevem os investimentos feitos pela FMRP na área de Ensino Médico nas últimas duas décadas; apontam os resultados positivos decorrentes; enfatizam a necessidade de planejamento a longo prazo em projetos dessa natureza e fazem comentários sobre as vantagens que a implantação de um organismo mantenedor de programas de aperfeiçoamento, sem solução de continuidade, poderia trazer para aquela Escola de Medicina.

REFERÊNCIAS

- 1 Rodrigues, M. L. V. *Investigação sobre inovações no ensino médico*. Faculdade de Medicina, Ribeirão Preto, 1990.
- 2 Rodrigues, C. R. C. Disciplinas obrigatórias: Didática especial e pedagogia médica. Palestra apresentada em mesa redonda no II Encontro de Escolas Médicas do Estado de São Paulo: Pós-graduação na área médica hoje. Universidade de São Paulo, maio de 1991.
- 3 Falcão, R. P. Atividades na área de educação médica. In: Falcão, R. P. *Memorial*. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 1989, pp. 30-39.
- 4 Comissão de Graduação. Parecer nº 12/89, Processo FMRP nº 90.1.104.17.7, Educador Médico. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 1989.
- 5 Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Processo nº 90.1.371.17.5, Bolsa de Estudos para Docentes. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 1990.
- 6 Rodrigues, M. L. V. *Relatório de atividades apresentado à Reitoria da Universidade de São Paulo*. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 1990.
- 7 Cianflone, A. R. L. e Fernandez, J. M. *Núcleo de Apoio Psico-Pedagógico. Relatório de Atividades*. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 1991.

NOTICIAS

CENTRO DE INFORMACION EN RECURSOS HUMANOS

El Programa de Desarrollo de Recursos Humanos ha dado prioridad este año a la organización y desarrollo del Centro de Información en Recursos Humanos (Proyecto Sala de Situaciones). Su propósito es crear condiciones para poder suministrar información vital actualizada y confiable, para apoyar los procesos de toma de decisiones en el área de recursos humanos en salud, incluyendo datos sobre las características sociodemográficas de la fuerza de trabajo en salud, los procesos relativos a la formación y utilización de personal, y la producción de servicios.

El inicio del proyecto data de tres años cuando funcionarios del Programa desarrollaron un programa de computación llamado UNIDADO para el manejo de datos; y la elaboración de un sistema para almacenar la información obtenida y que a la vez ofrezca capacidad para su manejo; se trata además de hacerla compatible con procesadores de palabras, paquetes estadísticos y programas gráficos. El programa será diseminado y distribuido en los países, para una mejor utilización de los datos que contiene.

PROGRAMA DE DESARROLLO DE LA ENFERMERIA (PRODEN) EN CALI, COLOMBIA

El Departamento de Enfermería de la Facultad de Salud, Universidad del Valle, en Cali, Colombia, es sede de un proyecto de desarrollo educacional, atención de salud e investigación, que se extiende a los Departamentos del Valle, Cauca y Nariño en el sudeste colombiano; dicho Proyecto está orientado al desarrollo de una concepción diferente en lo que se relaciona con la formación y la utilización del personal de enfermería a tono con las estrategias de desarrollo local y descentralización de la atención que el país persigue. El Proyecto se desarrolla en dos vertientes: una de desarrollo de posgrados de enfermería (en salud materno-infantil, salud del adulto, epidemiología), y la otra para el desarrollo de la educación permanente en las regiones y servicios de salud de los departamentos mencionados. En el programa de actividades de esta última, tuvo lugar en Cali un Taller, del 11 al 15 de noviembre de 1991; era el tercero de una serie

secuenciada de actividades de desarrollo conceptual y metodológico. En este encuentro, profesionales de la Facultad de Salud, de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Secretaría de Salud del Valle, avanzaron en la profundización conceptual, y analizaron la problemática existente en el área para la introducción de cambios educacionales de esta naturaleza.

El encuentro contó con la participación de 24 profesionales; tuvo como objetivos asegurar la definición de experiencias prácticas en educación permanente, definir estrategias para articular instituciones y grupos de sectores conexos, consolidar acciones de educación permanente en proyectos o propuestas de investigación en educación y en el trabajo, y fortalecer los servicios vinculando las acciones educativas a los procesos de programación local, supervisión y evaluación de los mismos.

El Taller produjo acuerdos y resoluciones para el desarrollo de estrategias operativas, avanzó en el tratamiento conceptual del problema y a través de debates amplios, permitió a los participantes aclarar asuntos críticos que se habían identificado; sobre todo, permitió visualizar una alternativa factible para articular los asuntos educativos del personal de salud con el desarrollo operativo de una estrategia de salud, con componentes de participación social y con un importante aporte de la investigación en apoyo del proceso educacional en curso.

SEGUNDO TALLER DE PERFECCIONAMIENTO MEDICO EN CUBA

En el proceso que el Ministerio de Salud de Cuba lleva a cabo, tendente a alcanzar cambios importantes en las modalidades de trabajo en capacitación, para convertir esta en un proceso permanente en las Regiones de Salud del país, se llevó a cabo el Segundo Taller de Perfeccionamiento Médico, que sigue secuencialmente al primero, desarrollado en noviembre de 1989. Este Taller, como el anterior, tuvo como sede el Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico; tuvo como objetivo general "elaborar recomendaciones para la toma de decisiones en la formulación de estrategias para la marcha de la educación permanente en salud basada en la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud", y como objetivos específicos "Elaborar propuesta para la puesta en marcha de una política educacional de recursos humanos en salud, la identificación de necesidades de aprendizaje, el desarrollo de procesos educativos en el trabajo, así como analizar pautas para garantizar el monitoreo y seguimiento del proceso, y su evaluación posterior.

Participaron 54 profesionales de distintas áreas de salud, incluyendo funcionarios de centros de perfeccionamiento, jefes nacionales y provinciales de capacitación, funcionarios de los departamentos de docencia médica, enfermeras docentes y de servicio, decanos de facultades de me-

dicina, vicerrectores de posgrado, directores de politécnicos de la salud y funcionarios docentes y de servicio del Ministerio de Salud en distintos niveles.

El grupo participante deliberó ampliamente sobre el significado e interpretación de las acciones de perfeccionamiento en el Sistema Nacional de Salud, a la luz de situaciones cambiantes en el sector salud; confrontó las necesidades educativas en salud del país con los elementos fundamentales de la propuesta de reorientación de la educación permanente que se impulsa en la Región, emitió orientaciones para una política educativa centrada en educación permanente, discutió modos apropiados para la identificación de necesidades de aprendizaje y para la capacitación de equipos facilitadores. Analizó las formas viables de garantizar sistemas de monitoreo de los procesos educativos en forma integrada a estos.

El encuentro aporta nuevos elementos de trabajo para la consecución del proceso iniciado por el Ministerio y que ha comenzado por la Provincia de Pinar del Río y enfocado fundamentalmente a los médicos y enfermeras de familia y otros trabajadores de atención primaria.

GRUPO INTERPROGRAMATICO EN VENEZUELA

Con el propósito de apoyar el desarrollo de los distritos sanitarios para su acción como sistemas locales de salud, se ha creado en Venezuela el Grupo Interprogramático "APS, Recursos Humanos y Sistemas Locales de Salud". Su propósito central es contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y la calidad de vida de la población venezolana a través de un compromiso intersectorial para la promoción de la salud en un contexto de descentralización y democratización.

El Grupo está conformado por una red nacional de proyectos y programas que interactúan para contribuir al propósito indicado arriba, a través de la formación de promotores sociales, masificación de la educación para la salud, conducción sectorial y liderazgo, y mediante la interrelación Universidad-APS. El Grupo proyecta su acción a través de reuniones conjuntas con autoridades de salud del país, publicaciones y difusión de información, encuentros especializados en hospitales, universidades y otros grupos y actores sociales involucrados en actividades de salud.

SALUD BUCAL Y SISTEMAS LOCALES DE SALUD

La Organización Panamericana de la Salud con el auspicio del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, la Coordinación de Servicios Odontológicos de América Latina (COSAL), la Organización de Facultades de Odontología de América Latina (OFEDO/UDUAL) y la

Federación Odontológica Latinoamericana (FOLA/ORAL), convocó a un grupo de trabajo en Sanare, Estado Lara, Venezuela del 11 al 14 de noviembre de 1991, con el propósito de conocer las experiencias de los sistemas locales de salud en los diferentes países; formular los lineamientos teórico-metodológicos y técnico-administrativos para la incorporación del componente salud bucal en los SILOS; y definir los criterios para la planificación, ejecución y evaluación del componente salud bucal, a través de la administración estratégica local.

Cabe destacar que en los SILOS, el componente de salud bucal será la respuesta científica-técnico-social frente a las expresiones particulares del proceso salud-enfermedad en los niveles colectivo e individual, es decir, el abordaje de la práctica odontológica alternativa a las necesidades y problemas bucales prevalentes en la población. Esto implica el reconocimiento de la integralidad del proceso salud-enfermedad y el derecho de todo ser humano de disfrutar de una salud integral que le permita llevar una vida productiva y adecuada, lo cual fortalece y enfatiza la necesidad de incorporar el componente bucal de la salud a los SILOS, por cuanto estos representan y son el escenario en el cual se debe concretar y aplicar la estrategia de atención primaria, como paso fundamental en el proceso de búsqueda y consolidación de una salud para todos en nuestros países.

El grupo de trabajo estuvo constituido por representantes de: Aruba, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, México, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela. Los participantes a su vez representaban a instituciones de servicios, universidades y gremios y en su conformación profesional tuvo a sociólogos, médicos salubristas y odontólogos. El documento obtenido como producto de la reunión será difundido próximamente por el Programa de Servicios de Salud de la OPS.

GRUPO DE TRABAJO PARA REVISAR LAS PRIORIDADES EN INVESTIGACION SOBRE PERSONAL DE SALUD

El Programa de Desarrollo de Recursos Humanos convocó a un Grupo de profesionales de su propio seno, de otros Programas de la Organización y de diversas instituciones de países de la Región, para reunirse en Washington, D.C., del 3 al 8 de febrero pasado; la convocatoria tenía como propósito hacer una revisión de las prioridades de Investigación sobre Personal de Salud, partiendo de las que fueron identificadas en 1985, e incorporando los hechos relevantes ocurridos a partir de entonces en el campo de investigación en esta área. Se enfatizó en el hecho de que "se han llevado a cabo revisiones y balances de lo realizado en este campo, que constituyen pasos de un necesario monitoreo de la labor de promoción de la investigación que se realiza en el marco de la cooperación técnica de la

Organización". Se revisaron los procedimientos utilizados en la confección de proyectos de investigación, se analizó la proporción de trabajos correspondientes a recursos humanos entre todo el volumen de proyectos recibidos por la Oficina de Coordinación de Investigaciones de la Organización, se discutió ampliamente sobre la configuración de los nuevos escenarios sociales y económicos y sus implicaciones en desarrollo de recursos humanos; estos fueron los elementos fundamentales de trabajo que el grupo utilizó para replantear la cuestión de las prioridades en investigación sobre personal de salud que motivaba la consulta.

El Grupo identificó tres áreas fundamentales que podrían ser consideradas "de prioridad": *Estudios sobre mercado de trabajo en salud* (señalándose como criterio fundamental "el interés en el estudio de los mecanismos a través de los cuales el Estado está transfiriendo sus responsabilidades regulativas y el problema de cómo las universidades están perdiendo su tradicional rol legitimador"); *Utilización de personal de salud* (orientada a generar información y conocimiento sobre la situación concreta de la realización del trabajo en la atención de la salud, y que configura cuestiones para el debate, la reflexión y el análisis sobre el propio proceso de trabajo, la gestión de recursos humanos en las instituciones de salud, la identificación de necesidades de intervención educativa, procesos educativos incluido el desarrollo de alternativas y propuestas metodológicas para su seguimiento); y *Estudios sobre formación de personal de salud*, (que tienen como objeto la relación entre el sistema educacional y el mercado laboral en salud, para identificar las características y las tendencias evolutivas de la fuerza de trabajo vinculadas a los procesos de formación técnica e ideológica, para poder reconocer la naturaleza y explicar los mecanismos de realización de tales conexiones).

El Grupo de Trabajo "recolocó" así varias de las prioridades identificadas en 1985, incorporando a la caracterización de las mismas los elementos de juicio y de conocimiento que surgen de las nuevas situaciones planteadas en los escenarios sociopolíticos de la Región; exploró, por otra parte, otras alternativas a ser consideradas entre los campos de estudio e investigación.

Un grupo mas pequeño continúa en el estudio de los temas planteados y que ameritan mayor discusión y análisis, y en la preparación de un documento que luego será sometido a la aprobación de las instancias correspondientes de la Organización.

LIBROS

SOCIEDAD Y SALUD

Nohemy de Infante y Lugardo Alvarez. Cali, Editorial Formas Precisas, 1991.

Los autores, prestigiosos intelectuales de las ciencias sociales y la salud, ambos de origen colombiano, señalan en la presentación de esta obra, que la misma “trata de poner en tela de juicio” aquello que suponemos que sabemos, y que nos parece a simple vista como algo dado, “sin conexión con los procesos de producción y elaboración de esos fenómenos ...” Y sobre esa base, el libro muestra las interrelaciones y vinculaciones de diferentes categorías “a partir de una concepción estructural y de conjunto de los procesos sociales”.

La obra se estructura en capítulos que abordan cuestiones como el surgimiento de las ciencias sociales, la relación entre ciencias sociales y salud, las teorías del desarrollo (sus elementos conceptuales básicos), las teorías del desarrollo y la salud, cultura y salud, comunidad-cultura-familia y salud; cada uno de ellos se elabora y desarrolla a partir de objetivos finales e intermedios, y concluye suministrando elementos para prueba formativa y evaluación sumativa: es guía de estudio alrededor del conocimiento de lo social y sus alcances; “intenta estimular el autoaprendizaje y el debate en grupos de trabajo, tiene en cuenta las características generales y específicas de la ‘realidad’ y desea satisfacer los intereses del lector”.

En el proceso de retoma del interés por las ciencias sociales y su contribución al conocimiento en el campo de la salud, esta obra marca un hito de importancia fundamental. La estatura de sus autores, ambos docentes e investigadores de la Universidad del Valle en Cali, le aseguran desde ahora un lugar preponderante en la bibliografía científico-técnica latinoamericana actual, por lo cual se recomienda su uso a los estudiosos de las ciencias de la salud.

D EBATES EN MEDICINA SOCIAL

*Saúl Franco, Everardo Duarte Nunes, Jaime Breilh y
Cristina Laurell. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 92.
Quito, OPS y ALAMES.*

Esta publicación corresponde a la Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 92 que difunde el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud; en esta ocasión, se trata de un libro que ha sido producido e impreso en Quito mediante un esfuerzo conjunto de la OPS y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES).

El espíritu que animó la preparación de esta obra está sintetizado en uno de los párrafos iniciales de la presentación, en el que los autores señalan como primera premisa “que la medicina social no es un campo constituido sino en constitución”, advirtiendo a continuación que esta es una premisa cargada de implicaciones, “porque lo aún no constituido es débil y con márgenes variables de incertidumbre. Pero al mismo tiempo relativamente abierto, convocante al trabajo de construcción y al debate....” Y luego, en su desarrollo, el libro se abre en tres capítulos amplios: el primero aborda la trayectoria de la medicina social en América Latina: elementos para su configuración, bajo la responsabilidad de Everardo Duarte Nunes, brasileño; el segundo capítulo trata sobre el componente de metodología: la construcción del pensamiento en medicina social, y está desarrollado por Jaime Breilh, ecuatoriano; hay contribuciones además de Edmundo Granda, José Yépez y Patricia Costales; y en el capítulo tres y último, Asa Cristina Laurell, de la Universidad Autónoma Metropolitana de México desarrolla el tema “Trabajo y salud: estado del conocimiento”.

Consideramos que el material contenido en la publicación plantea cuestiones aún abiertas a la discusión y al debate; así lo señalan sus autores; en ese sentido es de esperarse que la obra contribuya a preparar el terreno para impulsar la búsqueda de más conocimiento sobre la temática allí planteada.

DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD. LA ADMINISTRACION ESTRATEGICA. HSD/SILOS. WASHINGTON, D.C., OPS, 1992.

Esta publicación es una más de la serie que difunde el conocimiento que se va generando en el proceso de construcción de la estrategia de organización de los Sistemas Locales de Salud. Su preparación ha sido un proceso de varios meses en el seno de la Organización Panamericana de la Salud, coordinada por el Programa de Desarrollo de Servicios de Salud y en la cual participaron varios de los demás Programas técnicos de la OPS. El proceso comprendió distintas consultas a grupos técnicos pertinentes, grupos de trabajo, la elaboración y discusión de un Documento Básico, el análisis de este por parte de diferentes instancias de la Organización tanto a nivel central como a nivel de los países, para finalizar con su consideración por parte de un amplio grupo de funcionarios latinoamericanos de los ministerios de salud reunido en Santiago, Chile en noviembre de 1991.

De su lectura, los grupos interesados en estas cuestiones podrán obtener elementos contribuyentes para promover el desarrollo conceptual y metodológico de la administración estratégica, considerando a esta como un instrumento fundamental para la gestión y administración de los Sistemas Locales de Salud. Así, se abordan asuntos que configuran el escenario de trabajo, incluyendo los conceptos sobre salud en el desarrollo, la participación social, el ambiente, la legislación, el rol del Estado, el papel de la ciencia y la tecnología y los trabajadores de la salud; sigue después tratando de abrir el debate sobre administración estratégica, sus características, las funciones de conducción, de programación y de gerencia como parte de la AEL, y finalmente con una amplia sección que ilustra sobre procedimientos, técnicas e instrumentos para su aplicación.

El libro se nutre de las experiencias en curso en los países de la Región de las Américas, que se tejen alrededor de la fundamentación teórica ya constituida; pero dado que el proceso de organización de los SILOS está en construcción, es de esperarse que esta, como las anteriores publicaciones de la serie, promoverá la discusión que a su vez permite su mejoría y su enriquecimiento constante y sobre todo, la consolidación de una base de conocimientos alrededor de este tema de interés para los trabajadores del sector.

Los interesados en el tema pueden dirigirse a: Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud, 525 23rd St., N.W., Washington, D.C. 20037, E.U.A.

CAPACITACION AVANZADA EN DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS: CUESTIONES PARA LA REFLEXION Y EL DEBATE:

La sistematización es un método que integra teoría y práctica, con el objetivo de producir conocimientos a partir de la experiencia, para mejorarla y ofrecer orientación en experiencias similares.

La sistematización es una forma de obtener conocimiento científico a partir de la realidad (es una forma de investigación). Por lo tanto, permite al trabajador, mediante la reflexión teórica y el análisis crítico, aportar desde su práctica, al enriquecimiento del conocimiento científico.

Lo que distingue a la sistematización de otras formas de producción de conocimiento es su objeto: aquello que se desea conocer. La sistematización permite entender científicamente una práctica, una experiencia en la cual se ha participado para, a partir de ella, elaborar nuevos conocimientos que permitan no solo comprender más sino contribuir a convertir este nuevo conocimiento en una herramienta útil para transformar la realidad. Entonces, si entendemos la sistematización como una forma particular de producir conocimiento, lo primero que se debe hacer es construir su objeto (definir qué se va a sistematizar, cuáles son los ejes que ordenan el proceso de sistematización).

En todo esfuerzo investigativo se entiende por "construcción del conocimiento" un primer paso por el cual se delimita analíticamente el problema que se intenta considerar; se trata tanto de deslindar un campo de la realidad, como de dimensionarlo teóricamente, identificando y explicitando aquellas variables más significativas que articulan ese campo cercado con el sistema social en que se incluye.

En: Morgan, M.A., Monreal, M.L., Escobar, M. y García Escalante, N. Sistematización: Propuesta metodológica y las experiencias de Perú y Colombia. CELATS, *Nuevos Cuadernos* No. 17, Lima, Perú, 1991.

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.

CAPACITACION AVANZADA EN DESARROLLO DE
RECURSOS HUMANOS • PLANIFICACION
ESTRATEGICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD •
MODELOS DE PLANEJAMENTO EM SAUDE NA
AMERICA LATINA • DESARROLLO DE LA ACCION
INTERSECTORIAL EN SALUD • LIDERAZGO EN
ENFERMERIA • SISTEMA DE PRINCIPIOS DE
LA ENSEÑANZA • SITUACION ACTUAL Y FUTURA
DE LA MEDICINA VETERINARIA •
RESEÑAS • NOTICIAS • LIBROS

