

Volumen 26, No. 3
Julio/septiembre 1992

Educación Médica y Salud



**PROMOCION DE LIDERAZGO
Y FORMACION AVANZADA
EN SALUD PUBLICA:
LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD**

**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. 26, No. 1: Ciencias sociales y formación de recursos humanos en salud

Vol. 26, No. 2: a) Capacitación avanzada en desarrollo de recursos humanos; b) Experiencias de trabajo en la Región

Próximo número:

Vol. 26, No. 4: Gestión de recursos humanos: La experiencia de Canadá

Educación Médica y Salud

Volumen 26, No. 3
Julio/septiembre 1992

293	Prólogo
295	Presentación
	ARTICULO
298	Análisis del modelo de prestación de servicios de salud
298	I. Introducción
300	II. Elementos conceptuales
308	III. Elementos referenciales
328	IV. Elementos metodológicos
335	V. Recuperación de la salud
349	VI. Prevención de enfermedades
377	VII. Promoción de la salud
398	VIII. Estrategias y líneas de acción
413	IX. Comentario final
420	X. Bibliografía
423	Anexo
	RESEÑAS
426	Estado de la educación en gero-odontología en la América Latina: Hallazgos de una encuesta. <i>E. Anzola Pérez, R. Mariño, G. Guillespie y R. González</i>
430	Dimensão pedagógica do tema "Morte". <i>Magali Roseira Boemer, Elizabeth Ranier Martins do Valle, Marisa Borges Brito de Souza e Sueby Paccagnella Correa de Araújo</i>
444	NOTICIAS

CONSEJO EDITORIAL DE EDUCACION MEDICA Y SALUD:

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

INFORMACION PARA LOS AUTORES

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

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

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

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

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

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

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

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

P ROLOGO

El Análisis del Modelo de Prestación de Servicios de Salud (MPSS) auspiciado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), conjuntamente con la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAES) y la Asociación de Escuelas de Salud Pública de los Estados Unidos (ASPH), utilizó como puertas de entrada las grandes estrategias de acción en salud:

- **Recuperación.** El documento de orientación fue elaborado durante el período del 5 al 15 de septiembre de 1989 en Washington, D.C., con la colaboración de los doctores Jorge Feller (Argentina); María Inés Romero (Chile); Vicente Witt (Ecuador); María Cristina Noceti (Uruguay), e Isaac Abadí (Venezuela). El taller correspondiente tuvo lugar en Lima (Perú) del 20 al 24 de noviembre de 1989.

- **Prevención.** El documento básico fue elaborado durante el período del 29 de enero al 9 de febrero de 1990 en Washington, D.C., con la ayuda de los doctores Julio N. Bello y Jorge Feller (Argentina); Aracy Spinola y Francisco Tancredi (Brasil); María Inés Romero (Chile), y el Ing. Humberto Godoy (México). El análisis ampliado tuvo lugar en São Paulo (Brasil) del 30 de abril al 4 de mayo de 1990.

- **Promoción.** El documento de discusión fue elaborado con la colaboración de los doctores Julio N. Bello (Argentina); María Inés Romero (Chile), y Renato Espinoza (Estados Unidos), en Washington, D.C., durante el período del 2 al 13 de julio de 1990. El respectivo taller tuvo lugar en Santiago (Chile) del 6 al 10 de agosto de 1990.

La presente publicación consolida los documentos de orientación del proceso descrito. Los informes de los talleres regionales realizados en Lima, São Paulo y Santiago son publicados en la Serie Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS.

Sin ninguna duda los resultados progresivos del análisis retroalimentaron la preparación de los documentos parciales, así como su reciente consolidación.

Los Programas Regionales de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, Desarrollo de Servicios de Salud, Salud Maternoinfantil, Salud del Adulto, Salud Ambiental, y Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, de la OPS, apoyaron todo el proceso.

Luis Ruiz
Programa de Desarrollo
de Recursos Humanos,
OPS

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

P RESENTACION: MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

El presente trabajo es uno de los resultados del análisis de las actividades regionales realizadas durante 1989 y 1990, auspiciado por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS. Estas actividades estuvieron dirigidas a analizar el **Modelo de Prestación de Servicios de Salud** (MPSS) como un medio para generar recomendaciones y elaborar propuestas operativas referidas al servicio, la investigación y la docencia. Sus objetivos fueron los siguientes:

- a) Definir un camino metodológico que permitiera identificar los vacíos o áreas críticas de la prestación de servicios a la población y al medio ambiente.
- b) Definir las implicaciones correspondientes, así como las estrategias y líneas de acción acordes para superar las áreas críticas detectadas.
- c) Desarrollar mecanismos, partiendo de esas definiciones, para la formación y capacitación del recurso humano que permitan contribuir al desarrollo del liderazgo sectorial en salud, la transformación de los servicios y la realización de las investigaciones necesarias.

Con ese propósito se convocaron grupos de expertos quienes elaboraron en forma sucesiva un documento de trabajo para cada una de las vías de abordaje seleccionadas (recuperación, prevención y promoción). Este fue el insumo utilizado en los talleres ampliados que se llevaron a cabo en Lima (noviembre de 1989), São Paulo (mayo de 1990) y Santiago (octubre de 1990) con participación regional de representantes de las áreas de docencia, investigación y servicio (Anexo).

A lo largo del proceso se fueron ordenando modalidades de trabajo y elaboraciones conceptuales que enriquecieron progresivamente sus productos, introdujeron nuevos enfoques y pusieron especial énfasis en aspectos determinados que no siempre fueron con los que se inició la tarea. Es así que se cuestionó la concepción tradicional de la salud pública, la cual llegó a conceptualizarse más como el esfuerzo de la sociedad hacia el logro de sus **ideales de salud**, que desde un enfoque profesional o como

área de responsabilidad estatal. Gradualmente se consolidó la idea de que el análisis del MPSS era expresión de una visión parcial referida exclusivamente al componente formal, visión que debía ser incluida en el conjunto de prácticas que la sociedad realiza para promover, proteger y recuperar su salud. Esta realidad fue identificada al final del proceso como el **Modelo Social de Prácticas de Salud (MSPS)**.

La decisión de observar el sistema desde “abajo”, desde las prestaciones, fue configurando una visión próxima a la “perspectiva de la gente” donde conceptos tales como “aspiraciones e ideales de salud”, “democratización del conocimiento”, “control social” y “ciudadanía” —que de otro modo quedaban desdibujados por la maraña de los múltiples problemas del sistema formal— adquirieron una relevancia central para el análisis del sistema y su transformación.

La incorporación del **ambiente** como sujeto de análisis, en estrecha interacción y con idéntica jerarquía que la población, forzó enfoques novedosos que insinúan un camino todavía largo de conceptualización y análisis de los servicios desde esta nueva perspectiva.

La búsqueda de operacionalización del concepto de salud y la evidencia de su transformación a partir de las nuevas concepciones de prevención y promoción llevó a rescatar a la salud no como un algo absoluto e indivisible sino como algo relativo a la historia, al espacio y la población, inherente a la vida y formado por varios elementos. Por tanto, la salud aparece con posibilidades de ser fomentada y preservada inclusive hasta el momento de la muerte.

La identificación de las nuevas tendencias en la prestación de los servicios y la importancia de la articulación intersectorial en el campo de la salud acotaron y orientaron el trabajo de los grupos.

Es en este contexto en que se elabora el presente documento, y por eso aquí chocan la claridad de la exposición conceptual con la fidelidad a un proceso desarrollado en momentos diferentes, con participantes distintos y con productos que no fueron concebidos en su origen para la integración que ahora se presenta.

En la **introducción** de esta consolidación se ubica el propósito del ejercicio realizado. Se ha buscado luego rescatar los elementos conceptuales (valores centrales del análisis) en lo que hace al objeto: las concepciones sobre salud, su promoción y prevención, y los elementos vinculados a la metodología de abordaje: las concepciones de salud pública, modelo de prestación y liderazgo sectorial, entre las más importantes.

Los **elementos referenciales** (principales determinantes del análisis) se restringen a aspectos epidemiológicos o situacionales de salud en lo que se refiere a la población, los servicios y el ambiente. En la segunda parte de esta sección se rescatan las nuevas tendencias ya mencionadas.

Los elementos metodológicos contienen las principales definiciones operacionales e incluyen los componentes del presente análisis.

La aplicación de estos últimos en los distintos momentos da lugar en los capítulos sucesivos a la elaboración de lo que constituye, previa síntesis y ordenamiento, la definición de las áreas críticas y sus implicaciones en lo que toca a la **recuperación de la salud**, la **prevención de enfermedades** y la **promoción de la salud**.

La descripción culmina con la presentación de **estrategias y líneas de acción** elaboradas por los expertos. Estas orientan sobre los caminos a transitar para vincular las proposiciones políticas con la realidad y sugieren las tareas a encarar para superar las deficiencias detectadas y hacer posible la aplicación de las implicaciones.

El **comentario final** rescata distintos momentos de la elaboración metodológica y de su aplicación.

En la utilización del presente consolidado se debe tener en cuenta que: a) el proceso que le dio origen se orientó al espacio comprendido entre sistema de salud y población; b) el objeto problemático central fue la acción en salud, y c) a partir de las implicaciones correspondientes se alcanzó solo el nivel previsto de sugerir líneas posibles de acción. Aspectos relacionados más directamente con la infraestructura de salud han sido objeto de análisis previos, específicamente en lo relativo a políticas de salud, economía y financiamiento del sector, desarrollo de tecnologías, sistemas de información y epidemiología, desarrollo de recursos humanos y desarrollo de servicios de salud. Los elementos operativos singulares propios de los programas de salud por categorías deben buscarse también en otras fuentes o generarse a partir de otros procesos.

La concepción misma del proceso de análisis y su desarrollo han permitido producir desde perspectivas múltiples un amplio espectro regional de problemas y soluciones, partiendo de una visión promedio de las realidades de los países. Este documento de trabajo refuerza, por un lado, la base para un desarrollo más integral de la teoría y práctica de la salud pública y, por el otro, el fundamento para cursos de acción aplicables a los servicios, a la investigación y a la formación de los recursos humanos. Tales cursos de acción deberán ser desarrollados en realidades nacionales —sobre todo locales— para que manifiesten todo su potencial y su valor como herramientas de transformación en aras de fortalecer el liderazgo sectorial. Por esta razón, este documento está dirigido fundamentalmente a los niveles de decisión-acción educativa o de servicios en el campo de la salud pública, o a los espacios de descripción-explicación sobre el particular. El análisis exhaustivo de estos temas aumentará sin lugar a dudas la dirección, especificidad e idoneidad de las ideas aquí contenidas.

ANALISIS DEL MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

I. INTRODUCCION

En los últimos años se ha generado una preocupación universal en torno a la práctica de la salud pública y a su teoría subyacente. Esto se debe en lo fundamental al aumento de la brecha entre las necesidades de salud de la población y su ambiente y los servicios orientados a satisfacerlas. La constatación de un avance más lento de lo esperado en los logros nacionales hacia el alcance de la meta "salud para todos en el año 2000" ha contribuido también a este movimiento.

En consecuencia, se ha hecho cada vez más evidente que la prestación de servicios de salud a la población y al ambiente está desfasada tanto en el tiempo como en el espacio de los contextos sociales, económicos y políticos donde se determina y se proporciona. La solución a la falta de equidad y de idoneidad del MPSS, así como la adopción de un abordaje ecológico integral, constituyen un desafío para los gobiernos nacionales, agravado contemporáneamente por el creciente deterioro del ambiente, la crisis económica y los marcados cambios políticos. En este panorama, la educación en salud pública también se encuentra desfasada en tiempo y espacio a pesar de la importancia que se le asigna a tener un personal adecuadamente formado en los niveles de decisión-acción de la prestación de servicios. Aunque no existen análisis sistemáticos sobre las causas de esta situación, se han sugerido algunos factores como determinantes o condicionantes de la misma en los varios espacios de reflexión que sobre el particular han tenido lugar. El énfasis en las perspectivas de análisis oscilan desde lo político hasta lo económico, pasando por el plano motivacional.

Lo anterior implica replantear las dimensiones de servicio, investigación y docencia del sector salud. Para tal efecto se están promoviendo y desarrollando a nivel global procesos que incidirán sobre la educación en salud pública, también necesitada de reorientación o cambio.

En la segunda mitad de la década de 1980, la OPS puso un énfasis especial en promover la reorientación de la educación en salud pública en el contexto del liderazgo en salud. Con este fin, y tomando como

base sus prioridades cuatrienales para el período 1987–1990, la OPS promovió el análisis de seis áreas críticas para el desarrollo de la infraestructura de salud, del cual eventualmente podrían derivarse áreas temáticas para la formación avanzada en salud pública. Las áreas escogidas fueron: 1) formulación de políticas; 2) economía y financiamiento del sector; 3) sistemas de información y desarrollo de la epidemiología; 4) desarrollo tecnológico; 5) servicios de salud, y 6) recursos humanos.

En 1989 se amplió la perspectiva de análisis para incluir los aspectos funcionales o programáticos del sistema de salud, sobre todo aquellos que configuran la oferta de servicios a la población y al medio, en respuesta a los problemas, necesidades o ideales de salud en cada realidad particular. Esta nueva dimensión de la perspectiva de análisis se orientó a la interfase entre el sistema de salud y la población y su ambiente y tomó como objeto central el MPSS.

El proceso antes esbozado ha coincidido con la renovación de esfuerzos para reorientar los sistemas nacionales de salud a través del fortalecimiento y desarrollo de los sistemas locales. En 1988, la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, celebrada en Washington, D.C., aprobó la Resolución XV y el Documento CD-33/14, los cuales se refieren al desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) como prerequisite para la transformación de los sistemas nacionales de salud. En las reuniones subregionales realizadas posteriormente, con la participación de todos los países de las Américas y el Caribe y con la cooperación de la OPS, se hizo evidente el apoyo de los gobiernos a la implementación de la Resolución XV, así como la necesidad de profundizar en los aspectos conceptuales, metodológicos y operativos de los modelos de atención vigentes y necesarios. Estos hechos refuerzan la conveniencia y oportunidad del análisis aquí propuesto, ya que este puede contribuir a la búsqueda de nuevos modelos de atención y de integración programática en los sistemas locales. Los resultados hasta aquí obtenidos en ambos procesos señalan áreas temáticas relevantes para el desarrollo del liderazgo sectorial en salud.

Para analizar globalmente el MPSS se decidió arbitrariamente abordarlo de una manera progresiva a través de sus grandes estrategias de acción: recuperativa, preventiva y promocional de la salud. Sin negar la integralidad deseable de las estrategias de acción del modelo —en algunos casos lograda en la práctica— esta forma de abordaje permite considerar los programas verticales (niño, adulto, anciano, etc.) en conjunto, así como examinar las capacidades y experiencia del sistema de salud frente a exigencias de respuesta distintas.

Con este fin fueron examinadas las estrategias de recuperación de la salud (Lima, noviembre 20 al 24 de 1989), de prevención de daños

(São Paulo, abril 30 a mayo 4 de 1990), y de promoción de la salud (Santiago, agosto 6 al 10 de 1990). Para servir como guía a las discusiones de estos eventos se presentaron documentos que contenían los elementos conceptuales, referenciales y metodológicos del análisis; algunas áreas críticas del modelo de prestación de servicios, y las correspondientes implicaciones, y las estrategias de implementación y líneas de acción que se consideraban relevantes para cada fase del proceso. Tales documentos apuntaban a iniciar el debate sobre el análisis del modelo global y a facilitar un mayor desarrollo de los aspectos analíticos esenciales.

La presente publicación representa un consolidado de los documentos de orientación utilizados en el proceso de análisis, los cuales se enriquecieron progresivamente con los aportes del proceso mismo dada su elaboración secuencial. Los informes completos de los talleres serán motivo de una publicación separada.

II. ELEMENTOS CONCEPTUALES

El presente análisis se basa en la premisa de que lo esencial de un sistema de salud determinado lo constituye el conjunto de servicios que se brindan a la población y al ambiente. A esto se le denomina modelo de prestación de servicios de salud (MPSS). Sus características cualitativas, cuantitativas y de oportunidad expresan la integralidad, potencialidad de impacto e idoneidad del sistema. Por esta razón, se considera esencial identificar los puntos fuertes y débiles del MPSS como un medio para descubrir áreas que puedan ser susceptibles de mayor análisis, desarrollo o incorporación al servicio, la investigación y la enseñanza.

Se tiene el convencimiento que los estados de salud son específicos y que por lo tanto las acciones o prestaciones de salud también deben ser específicas. Paradójicamente, a juzgar por la naturaleza genérica de la mayoría de las formulaciones sobre las prácticas de la salud, ha sido tradición planificar y programar en esta área como si los daños o los estados de salud fueran similares entre regiones, entre países, o dentro de un mismo país. Por otra parte, los desarrollos de infraestructura son una condición necesaria pero no suficiente, y pueden ser inadecuados si no se ajustan a la naturaleza, cantidad o severidad de los estados de salud que pretenden mejorar o modificar.

Los **valores** en juego en el análisis del MPSS tienen que ver con dos grupos de elementos: los relacionados con el objeto de análisis (las concepciones sobre salud, su protección y promoción) y aquellos vinculados a la metodología o abordaje de análisis propiamente (las concepciones sobre salud pública, modelo de prestación de servicios de salud y liderazgo sectorial), entre los más importantes.

A. En relación con el objeto de análisis

Siguiendo este orden de ideas, la definición más conocida de **salud** es probablemente la adoptada en la Constitución de la OMS en 1948: “Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o afección”.

En tanto describe la salud como un valor muy general —lo cual dificulta la formulación práctica de objetivos y metas de las políticas correspondientes— esta definición ha sido criticada en arenas diversas. Hay que recordar que en la época en que fue formulada, las nociones sobre salud eran compatibles y la magnitud de las enfermedades prevalentes hacía parecer difícil o lejano el tener que examinar ampliamente sus valores implícitos con propósitos de acción. Sin embargo, los resultados de la aplicación exitosa de algunas estrategias conocidas, así como el resultado de estudios o investigaciones longitudinales sobre el cuidado de la salud a nivel poblacional, han llevado a primer plano nuevamente los esfuerzos por encontrar estrategias renovadoras que faciliten aproximarse a los objetivos ideales que la definición de la OMS encierra.

En el intento de hacer efectivas las diversas definiciones o concepciones existentes, aparece como un factor limitante el percibir a la salud como algo absoluto e indivisible. Los criterios que la tipifican varían con la edad, el sexo, la función social, la realidad cultural, las características étnicas y el nivel socioeconómico. Dado este carácter relativo deberían existir conjuntos diferentes de criterios para los diversos grupos de población —y no solo por edad— a partir de valores éticos referidos a la igualdad de oportunidades, derecho a la salud, etc. Por otra parte, desde una perspectiva de acción, la salud debe ser percibida como un todo integrado por varios componentes, algunos de los cuales pueden estar afectados por daño, enfermedad o riesgo y coexistir, en el mismo individuo o población, con otros que no lo están. Estos últimos pueden ser motivo de acciones promocionales. En otras palabras, la salud es inherente a la vida y mientras exista vida hay componentes de salud que se pueden y deben preservar o promover.

Si se revisan las diferentes aproximaciones o enfoques sobre la acción en salud, desde la posteriormente llamada “medicina integral” (década de los cuarenta) hasta la reciente reconceptualización de la promoción de la salud (1986), se encuentran elementos variados, útiles y complementarios para analizar los componentes del MPSS.

En 1945 Sigerist definió que “la función de la medicina” comprendía cuatro tareas principales: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación del enfermo y la rehabilitación. En sus proposiciones, “la salud es promovida proporcionando un estándar decente de vida, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física, medios

de descanso y recreación. Para tal efecto son necesarios los esfuerzos coordinados de grandes grupos, del hombre, del Estado, del trabajo y de la industria, del educador y del médico quien, como un experto en salud, debe definir normas y fijar estándares" (Sigerist, 1946).

La perspectiva de **niveles de prevención** de Leavell y Clarke (década de los cincuenta), sustentada en la teoría y práctica de la medicina preventiva de la época, tiene una base individual; de ella puede inferirse una proyección grupal dentro de ciertos límites. Tal proyección podría ser sólida, por ejemplo, para la prevención, por medio de vacunas, de enfermedades transmisibles en que la suma de acciones de la prevención específica representada por la inmunización en coberturas útiles constituye también una intervención de impacto poblacional.

Sin embargo, la extensión de los conceptos de Leavell y Clarke es inapropiada para el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) o para trastornos psicosociales. En ellas, la conceptualización de Morris, que tiene un sustrato epidemiológico más claro, permite plantear la teoría y los objetivos de un espectro amplio de intervenciones (primaria, secundaria, terciaria y de promoción de la salud), hasta incluir aquellas en que las poblaciones son consideradas como unidades en sí mismas y no como agregados de individuos.

Una de las consecuencias evidentes del concepto de **campo de la salud** de Lalonde (1974) es que eleva la biología humana, el ambiente y los estilos de vida a un nivel de importancia igual al de la organización para el cuidado de la salud. Dado que esta proposición permite que cualquier problema de salud pueda ser examinado frente a la participación de uno o de una combinación de los cuatro elementos mencionados, las posibles opciones para la acción pueden ser más evidentes.

El concepto de prevención "primordial" acuñado por la OMS a fines de la década de los setenta en cooperación sobre todo con países de Europa del Este, fue una propuesta eminentemente poblacional inspirada en la historia natural de las enfermedades cardiovasculares. Aquella pudo ser considerada también como una opción para la disyuntiva de los países del Tercer Mundo frente al objetivo de lograr los beneficios del desarrollo sin que ello conllevara sus riesgos. La prevención primordial comprende la acción preventiva en las poblaciones antes que estas adopten comportamientos o en ellas aparezcan factores que conllevan riesgos para la salud (el tabaquismo, por ejemplo). Esto abre también posibilidades de acción en niños aún no expuestos al riesgo, en un intento de modificar la morbimortalidad de etapas tardías de la vida. La prevención de la aparición de factores de riesgo en poblaciones o subgrupos de población exentos de ellos constituye una "zona gris". Dado que los riesgos son específicos para una enfermedad o grupo de enfermedades esta intervención es genuinamente

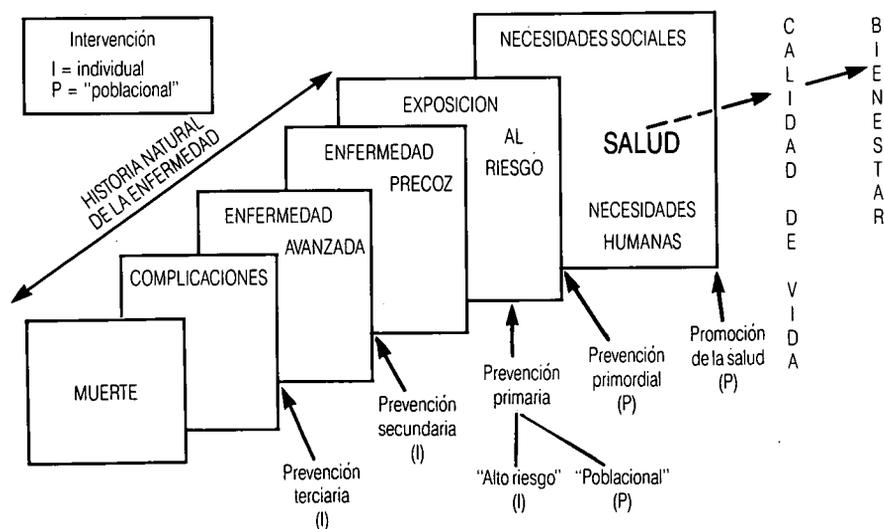
de carácter preventivo. Considerando que se opera en ausencia de enfermedad y riesgo, la situación se acerca a la promoción. Algunos países (Europa y Canadá) no incluyen la prevención primordial en el ámbito de la promoción de la salud, mientras que otros (Estados Unidos) la involucran como parte genuina del espectro promocional.

La culminación, a comienzos de la presente década, de estudios longitudinales de intervención iniciados por lo menos 10 años atrás, y la evaluación del conocimiento preventivo ganado en los últimos años, permitieron a Rose en 1985 sistematizar mejor las ventajas y desventajas que caracterizan a la intervención "individual" y a la intervención "poblacional" de algunos problemas prevalentes en las sociedades industrializadas.

La intervención sobre individuos tiene ventajas en términos de reducir la aparición de complicaciones y de mejorar la letalidad, la mortalidad y el tiempo de sobrevivida, en tanto que la intervención sobre poblaciones tiene ventajas en términos de modificar la incidencia. Esta última, a pesar de ser radical y apropiada desde el punto de vista del comportamiento social muestra sus resultados a largo plazo y los beneficios individuales son, paradójicamente, pequeños, por lo que dificulta no solo la motivación de los trabajadores de salud y de las personas, sino también el compromiso del nivel donde se adoptan las políticas.

A lo dicho se agrega la revalorización contemporánea de la promoción de la salud. La revisión de sus alcances conceptuales en años re-

FIGURA 1. Estrategias de acción en salud.



cientes ha sido acompañada por un mayor desarrollo de sus implicaciones operacionales.

A medida que aumenta nuestra comprensión de los factores que influyen la salud y hacen posibles las conductas saludables, la salud pública está siendo retada a que desarrolle nuevos enfoques y acepte nuevas responsabilidades. De acuerdo con la Carta de Ottawa (1986):

“Promoción de la salud es el proceso que permite a la población incrementar el control sobre su salud y mejorarla . . . (para ello) un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar aspiraciones, satisfacer necesidades y cambiar o controlar el ambiente. . . .”

La promoción de la salud ha venido a representar consecuentemente un concepto unificador para los que buscan implementar una estrategia de salud pública que integre la responsabilidad política y social para crear ambientes saludables con el propio papel que debe cumplir la población para mantener su salud.

Puede parecer inusual la incorporación de la acción sobre el medio ambiente dentro del MPSS. No obstante, dado que la mayoría de los determinantes y condicionantes de la salud son de naturaleza ambiental, se cree importante incorporar la noción de ambiente “enfermo” y ambiente “saludable” en el campo de la salud pública. Esto obviamente trasciende la simple provisión de servicios esenciales a nivel comunitario por especialistas o bajo la responsabilidad de programas especiales yuxtapuestos a la práctica de la salud pública.

La mayor articulación teórica entre salud pública y medio ambiente tiene obvias implicaciones operativas. Los médicos y otros trabajadores de salud deben incorporar en su teoría y acción la atención de la salud ambiental, mientras que los actuales responsables de la salud ambiental deben incorporar en su teoría y acción otros aspectos más directa o específicamente vinculados a la salud. El cambio en los perfiles de salud con un incremento cada vez mayor de daños originados en anomalías de los componentes biológicos, físicos, químicos y sobre todo sociales del medio ambiente, junto con las posibilidades favorables que para la salud ofrecen la preservación o modificación de ciertos aspectos ambientales, justifican ampliamente esta postura.

No escapa a esta discusión que de la misma manera como lo ambiental y lo poblacional deben ser enfrentados integral e integradamente por la salud pública, en una dimensión menor, lo poblacional tampoco debería ser desintegrado. Los programas por categorías (madre, niño, adolescente, adulto, anciano, trabajador, mujer, etc.) tienen un rol estratégico y normativo indiscutible a nivel de la interfase entre el sistema de salud y la población. Sin embargo, a nivel de la población y con mayor nitidez en

los niveles más periféricos del sistema de servicios, la integralidad es el denominador común tanto en el plano de los problemas como en el de las soluciones o acciones.

El aspecto anterior es de especial relevancia en los Sistemas Locales de Salud (SILOS). Como se recordará, el desarrollo de un nuevo modelo de atención y la integración de los programas de prevención y control son dos de los aspectos a considerar para el desarrollo de los SILOS en el contexto de los procesos nacionales de reorientación de los sistemas nacionales de salud. Poco se ha avanzado, sin embargo, en lo que concierne a la idoneidad del nuevo MPSS, frente a la heterogeneidad de situaciones de salud que caracteriza a la Región. El análisis del MPSS prevalente puede contribuir a la definición de las características específicas del nuevo modelo, a la inferencia de contenidos susceptibles de incorporación en la educación en salud pública y a la identificación de áreas prioritarias de investigación en este campo.

Dado que la concepción del nuevo MPSS es integral, su análisis no debe perder de vista dicha integralidad aun si es conveniente hacer algunos recortes o fragmentar el modelo hipotéticamente con miras a su reconstrucción posterior a fin de favorecer la identificación de áreas críticas o problemas en el modelo mismo.

En una prestación de servicios o práctica adecuada de salud interactúan un conocimiento o producto tecnológico supuestamente eficaz, la situación o condición del sujeto a quien se brinda u orienta y la intencionalidad de su uso. La idoneidad del MPSS así como del MSPS estaría dada por la provisión de servicios o la existencia de prácticas de salud apropiadas a la naturaleza y severidad del desequilibrio negativo y a la definición de ideales de salud de la comunidad.

B. En relación con el abordaje de análisis

En esta perspectiva, se necesita calificar las diferencias y/o semejanzas entre salud pública, MPSS y MSPS. Si bien la **salud pública** puede ser entendida como un conjunto de principios y métodos que pueden permitir la especialización o la profesionalización en el campo de la salud también debe ser vista como una actividad de gobierno y, sobre todo, como un compromiso de la sociedad hacia sus aspiraciones o ideales de salud; esto último, llevado al terreno de la acción, constituye la práctica de la salud pública que en el presente proceso es el elemento de referencia más importante. A su vez, el MPSS es la oferta integral de acciones que el sistema de salud brinda a la población y al medio ambiente.

No todas las acciones o prácticas de salud que ocurren en el seno

de una sociedad se enmarcan en la práctica de la salud pública aunque sean responsabilidad estatal ni todas son públicas o colectivas. La suma de las prácticas de salud que ocurren en un colectivo —incluyendo la cultura, la ideología, la ciencia y la tecnología subyacentes a dichas prácticas— corresponde al MSPS. Obviamente esta idea-fuerza se diferencia de la de “modelo de atención” por cuanto involucra el poder y saber tanto del componente formal como del componente informal del sector salud. En conclusión, los términos MPSS y MSPS no son sinónimos. La práctica de la salud pública como campo del conocimiento contribuye al MPSS que integralmente se brinda a una población dada. Sin embargo, la práctica de la de salud pública vigente como acción social en una realidad particular, excede en mayor o menor grado al MPSS y se aproxima al modelo social de prácticas de salud.

Como se dijo anteriormente, las áreas de acción social referidas están en crisis. Esto quiere decir que los problemas, estados de salud, grupos de población, componentes del ambiente, segmentos de la sociedad, no reciben los servicios que necesitan o que deberían recibir en la búsqueda de los objetivos de salud de la nación, o que la sociedad no realiza o busca realizar, por razones diversas, las prácticas que corresponden. Dado que el recurso fundamental para la acción lo constituye la gente, las personas, el papel de la fuerza de trabajo en salud es fundamental. Por tanto, el desarrollo de recursos humanos en salud en general, y en salud pública en particular, debe nutrir su marco conceptual con una clara visión sobre el desarrollo de la salud, y su marco referencial con una percepción cabal del MPSS, MSPS y de la práctica de la salud pública, respectivamente.

En los años ochenta, la OMS promovió el desarrollo del **liderazgo en salud** como un medio para acelerar el avance de los planes nacionales hacia el logro de la meta “salud para todos en el año 2000”. La OPS ha hecho lo propio, pero progresivamente ha ampliado su concepción sobre liderazgo. El esfuerzo de la OMS por un lado privilegia el aumento de la capacidad gerencial, y por el otro el mejoramiento de la ejecución de los programas mediante la participación de personas de la comunidad que posean características personales que contribuyan a facilitarla. A comienzos de la década, la OPS apoyó a su vez el desarrollo de la capacidad de gestión a través de los programas de administración en salud (PROASAS), pero a partir de 1985 privilegió el apoyo a la direccionalidad y a la capacidad de los trabajadores del sector responsables por tomar decisiones. Es decir, que la OPS le ha dado la prioridad al componente político en el proceso de toma de decisiones. A esto se ha dado en llamar liderazgo “**institucional**” y liderazgo “**sectorial**”, respectivamente.

Existe mucha discusión sobre si los líderes pueden ser formados o no. La mayoría de las opiniones coinciden en señalar que el liderazgo es,

por lo general, una condición genuina o particular de ciertos actores sociales. No obstante, se cree posible que a través de la formación y capacitación avanzadas se le pueda proporcionar a las personas ubicadas en los niveles de decisión política del sector (o con capacidad real o potencial presente o futura de alcanzarlos), el conocimiento que aumente su capacidad analítica. De este modo se favorecerá la toma de decisiones apropiadas en aras de lograr los objetivos de salud de la nación. Para este propósito, el conjunto de aspectos teóricos y metodológicos críticos comprendidos en el campo de la salud pública parece particularmente relevante. El desarrollo y sistematización de estos contenidos y su incorporación a programas de enseñanza apropiados a la complejidad de los problemas que enfrentan los niveles más altos de decisión, es la prioridad de la cooperación de la OPS. Esto con el propósito de favorecer el diálogo, la negociación y la articulación inter-actores e intersectorial.

Lo que se entiende por **formación y capacitación avanzadas** merece también un comentario. No se trata de dotar a los trabajadores de salud de un dominio amplio y profundo de los varios elementos de una disciplina, a lo cual puede tener acceso una minoría a través de la formación académica regular. Se trata, por el contrario, de identificar aquellos contenidos temáticos de naturaleza analítica que faciliten la comprensión del determinismo social de la salud y de sus prácticas; la incorporación de la promoción y protección de la salud en la perspectiva del desarrollo socioeconómico; la comprensión del ambiente interno y, sobre todo, externo del sector salud; la comprensión del pasado relevante y la inferencia de futuros alternativos; el análisis político (global, social y de salud); la identificación de políticas adversas para la salud en otros sectores económicos o sociales, y el reconocimiento de los espacios o de las oportunidades para la acción en una dimensión multisectorial y social. Se trata, en suma, de buscar un cambio docente que contribuya al desarrollo del liderazgo sectorial en salud y de intentar que este cubra a la mayoría de la fuerza de trabajo correspondiente.

Como ya se dijo, el objeto central del presente análisis es el MPSS, abordado a través de sus grandes estrategias de acción: recuperación, prevención y promoción. Esto representa una perspectiva distinta, renovadora, pues se mira la sociedad, el sector salud y el sistema de salud desde el conjunto de prácticas de salud ("prestaciones"), lo que implica intentar dar una mirada fresca a situaciones aparentemente comunes desde la perspectiva de la población.

Como la promoción y protección de la salud no constituyen responsabilidades exclusivas del componente formal del sector salud, se requiere no solamente mejorar el acceso y la calidad de los servicios, sino generar en su seno las capacidades necesarias de denuncia, defensa, mo-

vilización, articulación e innovación en pro de la salud en una dimensión intra e intersectorial, y también de comprensión y ubicación frente a las relaciones que se dan en el plano internacional. El fortalecer estas capacidades contribuye a desarrollar el liderazgo sectorial, proceso dentro del cual juegan un papel importante los recursos humanos apropiados. El análisis del MPSS, junto con el análisis de las áreas críticas para el desarrollo de la infraestructura de salud en la Región de las Américas representa, en consecuencia, un insumo relevante para la promoción del liderazgo sectorial y de la formación avanzada en salud pública. Este es el propósito último del proceso desarrollado por la OPS durante los años 1987–1990.

III. ELEMENTOS REFERENCIALES

Aunque los **determinantes** del presente análisis inductivo son de naturaleza variada (sociales, económicos, políticos, jurídicos, administrativos, científicos, tecnológicos, epidemiológicos, etc.), el estímulo principal lo han constituido los elementos particulares afines al objeto de análisis, es decir, el MPSS. Los aspectos situacionales tomados en cuenta durante el proceso están cubiertos exhaustivamente en documentos oficiales sobre la situación económica y social —incluida salud— de la Región. Por no ser el objetivo de la presente síntesis y por la rapidez con que las informaciones correspondientes pierden actualidad, se mencionan aquí tan solo las grandes tendencias situacionales, destacando las limitaciones de la información disponible y de los indicadores e índices habituales.

A. Situación de salud

1. *Salud de la población*

La situación social y de salud refleja el nivel de desarrollo de las sociedades. En los últimos años se ha llamado la atención en diversos foros sobre la necesidad de un nuevo tipo de desarrollo del cual forma parte la salud, y cuya construcción reclama la presencia de un Estado diferente y de una relación distinta entre Estado y sociedad civil. El “nuevo orden mundial” que se está conformando trae consigo la visión neoliberal para el proceso de desarrollo integral. Los beneficios y riesgos de esta propuesta deben ser evaluados cuidadosamente. En consecuencia, las características que se enuncian sufrirán marcados cambios en los años por venir.

La descripción y explicación de la situación de salud presenta dificultades en varias dimensiones. A nivel individual, la dificultad surge

en la definición de los estados de salud de las personas en momentos determinados. En tanto existe un espectro amplio de dichos estados y los límites de discriminación entre normal y anormal son imprecisos, se hace difícil el diagnóstico “precoz” de la enfermedad. Esto es particularmente válido en el caso de las enfermedades crónicas por sus implicaciones tanto para la descripción más precisa de la morbilidad por estos daños como para la programación y ejecución de las acciones de prevención secundaria. En puntos más avanzados de este continuo, la presencia de enfermedad avanzada o de las limitaciones que ocurren como consecuencia de ella son más fácilmente reconocibles, así como lo son también las expresiones de la calidad de vida. En el extremo positivo del espectro hay poca operacionalización del concepto de salud —y, por tanto, de desarrollo de indicadores apropiados—, que sigue siendo considerada indirectamente solo como ausencia de enfermedad o daño.

En esta perspectiva dinámica de equilibrio inestable aparece una segunda área de dificultad a nivel de la agregación de los estados individuales de salud con propósitos de avanzar en la descripción de la situación de salud a nivel poblacional o comunitario. Esto afecta todas las inferencias sobre la magnitud del problema y la programación de las estrategias de intervención individual, incluyendo la prevención primaria de “alto riesgo”.

Cuando se consideran otras estrategias de acción, como la prevención primaria “poblacional” y la promoción de la salud, la descripción de la situación debe alcanzar una dimensión “ecológica”. En otras palabras, se necesitan expresiones de la salud colectiva que consideren a la población como una unidad y no como la suma de los diferentes estados individuales de salud. Además, para ser relevante la descripción debe alcanzar otros campos externos al sector salud. De nuevo, se requiere mayor experiencia en la producción de expresiones ecológicas de la salud y en su contrastación en el plano interpoblacional con el propósito de definir prioridades.

Los descensos sustanciales en el riesgo de muerte observados en algunos países resta utilidad a los indicadores disponibles, lo que obliga a la búsqueda de nuevos indicadores que expresen la morbilidad de menor letalidad, los estilos de vida de la población, los aspectos positivos de la salud, el uso de servicios por la población, el número y tipo de acciones preventivas y curativas que se realizan, y las características sociales, económicas y políticas de la salud y de su promoción y protección en una sociedad determinada.

A lo largo de este esfuerzo descriptivo se requieren diversas aproximaciones a la determinación del proceso salud, a lo cual contribuyen los diferentes enfoques metodológicos disponibles. Estos incluyen los paradigmas de análisis de las ciencias sociales, habitualmente poco o nada dominadas por los profesionales de la salud.

A pesar de las limitaciones antes mencionadas, la información disponible en la Región de las Américas permite documentar una diversidad de situaciones que incluyen desde perfiles de salud característicos de las poblaciones subdesarrolladas hasta aquellos que tienden a semejarse en su estructura a los perfiles de los países más industrializados. Tales diferencias pueden apreciarse entre subregiones y entre países, así como al interior de un país, e inclusive de una misma población. Dicha heterogeneidad plantea el desafío de formular modelos de prestación de servicios de salud a la población y al ambiente que sean idóneos a la realidad característica de cada fase de transición histórica observada.

En el perfil epidemiológico del patrón menos desarrollado predominan los problemas relacionados con aquellas carencias que afectan a estas poblaciones, manifiestas en patologías nutricionales o infecciosas y algunas no transmisibles. Si bien el bajo nivel socioeconómico y el consecuente déficit educacional son característicos de este patrón, la identificación desagregada de los determinantes no es fácil si se tiene en cuenta que este grupo poblacional puede presentar características disímiles según se pertenezca a franjas marginales dentro de áreas urbanas o rurales. A lo anterior se suman otros factores ambientales que también pueden afectar en forma desigual a grupos distintos de población. En cualquier caso, la conservación de pautas culturales propias y hábitos de vida tradicionales interactúan con la falta de información y accesibilidad cultural determinando estilos de vida propios, lo que trae aparejado resultados diferentes en términos de salud. De ahí que este tipo de población merezca en cada región su estudio particularizado y de acuerdo con cada situación local, enfoque que actualmente la OPS promueve a través de los SILOS.

El otro perfil epidemiológico está constituido por países con un alto grado de industrialización, tecnificación y predominio de producción de servicios. La industrialización, componente de este modelo, trae aparejada la acción de determinantes relacionados con los hábitos de vida como son el consumo de productos alimenticios refinados, el sedentarismo, la ansiedad y los referidos al medio ambiente como son la contaminación y las modificaciones ecológicas que en definitiva se convierten en factores de riesgo de las patologías predominantes. En las poblaciones o grupos de población de mayor nivel socioeconómico y educativo, los mayores conocimientos y las correspondientes actitudes y prácticas preventivas se asocian a una experiencia de salud diferente, pudiendo incluso revertirse la tendencia creciente de las llamadas "patologías del desarrollo".

Entre ambos extremos se sitúan fases de desarrollo intermedio, que por su carácter transicional pueden presentar características propias, o de cualquiera de los modelos extremos en ciertos aspectos. La pendiente de incremento de la morbimortalidad por enfermedades o daños no transmisibles es muy alta en estas poblaciones.

2. Salud ambiental

En la actualidad, los problemas del medio ambiente humano en América Latina y el Caribe van mucho más allá del saneamiento básico. Se ha dado una transición entre los que se relacionan con la contaminación microbiológica a los generados por un conjunto de tensiones ambientales asociadas con las sustancias químicas tóxicas, el ruido, las radiaciones ionizantes, los riesgos de accidentes, la pobreza, la ignorancia, a saber: problemas circulatorios, cáncer, trastornos mentales, defectos genéticos, traumas y otros.

Los países de la Región se encuentran en varias etapas en el proceso de transición. Por lo tanto, a la vez que es necesario dotar a un número considerable de habitantes con los servicios básicos de saneamiento (abastecimiento de agua, disposición sanitaria de excretas y desechos sólidos, vivienda salubre, nutrición, etc.), también se tiene que enfrentar la inminente amenaza de las nuevas tendencias de la problemática ambiental, que resulta de los esfuerzos por alcanzar niveles de desarrollo económico que permitan mejorar los niveles de calidad de vida de la mayoría de la población.

La problemática de la salud ambiental, además de penetrante y sutil, es extremadamente dinámica y está íntimamente ligada a los cambios económicos, sociales, tecnológicos y políticos. La atención de los problemas ambientales depende en gran medida de que se pueda estar alerta y predecir los cambios que están en proceso y los que puedan ocurrir a mediano y largo plazo, con el fin de identificar, caracterizar científicamente, y evaluar las probabilidades del riesgo y de las consecuencias como base para las decisiones sobre manejo, administración y control. Algunas de las tendencias más notables en el momento actual en América Latina y el Caribe son las siguientes:

- Se vislumbra que en los próximos años habrá un mayor reconocimiento y comprensión de la relación entre el hombre, su ambiente y el desarrollo, así como sobre el impacto que los cambios ambientales pueden tener sobre la salud y el bienestar. Sin embargo, existe un gran desfase entre la detección de los problemas y la acción. Aún faltan mecanismos de investigación, estudio y acción.
- El crecimiento acelerado de la población y la migración del campo a la ciudad continuarán ejerciendo presiones difíciles de controlar sobre la expansión de las grandes ciudades y complejos metropolitanos, entre otras cosas. Esto no solamente acentúa la vigencia de la necesidad de dotar a la población de servicios adecuados de abastecimiento de agua, disposición de residuos,

recolección y disposición de desechos sólidos sino que también contribuye a intensificar la contaminación y a exacerbar los problemas sociales y económicos. Este crecimiento acelerado a la vez hace más difícil la provisión de servicios.

- Las nuevas poblaciones no solo aumentan en número sino que también tienen justas aspiraciones para mejorar los niveles de calidad de la vida, lo cual funciona como mecanismo de presión para que se haga una mayor utilización de los recursos naturales con el fin de incrementar la producción industrial y agrícola. A medida que esto sucede se vuelven más agudos los problemas de la contaminación, ya bastante generalizada, del agua, del aire, del suelo y en cierto grado de los alimentos, fomentando así el desequilibrio ecológico.
- El crecimiento económico, que impulsa los rápidos avances de la tecnología, se produce sobre la base de la elaboración acelerada de productos industriales y subproductos contaminantes cuyos efectos combinados sobre la salud y el ambiente aún no han podido ser evaluados en su totalidad; especialmente los efectos a largo plazo de las exposiciones a sustancias tóxicas en pequeñas dosis. Otros problemas incluyen las tensiones, el ruido, la congestión, los accidentes, los envenenamientos y los efectos dilatados de las sustancias tóxicas.
- La diversificación de la producción industrial y agrícola con el uso intensivo de productos químicos y especialmente de los tóxicos, impone nuevas demandas de protección ocupacional e higiene industrial.
- Con el aumento de la mecanización, automatización, transporte, entre otras cosas, el ritmo de vida, especialmente en las grandes ciudades, continúa acelerándose. Esto da lugar a nuevas tensiones con implicaciones importantes para la salud física y mental.
- La situación económica de los países está forzando el desarrollo acelerado del sector informal. Allí se concentran los más afectados por la pobreza y con bajos niveles de salud, para trabajar en condiciones insalubres e inseguras, sin acceso a la seguridad social o a los servicios de salud.
- Los cambios que afectan al medio ambiente en su totalidad imponen responsabilidades adicionales a la salud pública, a tiempo que dan lugar a cambios estructurales y administrativos para armonizar la medicina curativa, la prevención y la promoción de la salud ambiental y poblacional, y la ecología humana. Sin embargo la tendencia actual aún da mayor preferencia a los aspectos curativos que a la prevención y promoción. Esto es

especialmente cierto en lo que atañe a la salud ambiental, por lo que aspectos importantes de esta área o no están siendo atendidos, o están siendo colocados bajo la responsabilidad de otros sectores, que no siempre son los más indicados.

- La presente crisis económica por la que atraviesan los países significa que los recursos económicos son cada vez más limitados. Esto obliga a hacer mejor uso de lo que se dispone y a buscar otras fuentes de financiamiento no tradicionales, fuera de los presupuestos estatales. Tal situación puede favorecer o afectar negativamente a las acciones en salud ambiental, dependiendo del liderazgo que ejerzan los dirigentes de la salud pública y de la salud en general. Es por lo tanto importante buscar nuevas fuentes y mecanismos para conseguir los recursos necesarios.

3. Situación de los servicios para la población

Los servicios de salud también presentan características disímiles según el estadio de desarrollo en que se encuentran los países. Así, en los países menos desarrollados existe el marcado predominio de la asistencia pública bajo responsabilidad del Estado, mientras que el subsector privado aparece solo en forma individual, desorganizado y poco o nada estructurado.

El subsector público es en general débil y su cobertura baja debe cubrir a una población de bajo nivel cultural y por ende propensa a la medicina tradicional. Su nivel educativo limitado produce un desfase frente a las prácticas que se brindan.

Lo asistencial se limita a la recuperación de los procesos mórbidos más frecuentes, de demanda espontánea y, en el área de la salud pública, al control de ciertas enfermedades transmisibles mediante programas masivos de inmunización. En general estos países presentan déficit de todo tipo, de recursos humanos, tecnológicos y económicos que los hacen prácticamente dependientes.

En los países donde las condiciones socioeconómicas son mejores los servicios privados están más evolucionados, en parte por los recursos financieros provenientes de la seguridad social y en parte por el mayor poder adquisitivo de la población.

Cuando los países alcanzan las etapas más desarrolladas aparece un neto predominio de los servicios privados. La elevada demanda para esos servicios surge debido a patrones de morbilidad acompañados de un alto nivel cultural, social y económico. En esta fase los países son productores de tecnología, incluida la farmacología y en general tienen un superávit de recursos.

Si bien puede decirse que los países tienen necesidades diferentes según la fase de desarrollo en que se encuentran, lo cierto es que la estructuración y organización de los servicios está más relacionada con la política de salud y el sistema de atención que cada país adopta para solucionar sus problemas.

La tendencia actual lleva a los países a adoptar las diversas formas de seguros de salud, tratando de integrar y coordinar todos los recursos existentes, provengan estos del subsector público, privado o de la seguridad social. Este es otro de los desafíos que deben afrontar las naciones de la Región en su afán de brindar mejores prestaciones de salud, más efectivas y eficientes a la mayor parte de la población.

Indudablemente la organización de los servicios es uno de los criterios fundamentales para la distribución y asignación de los recursos, que en el sector salud siempre resultan insuficientes. En los últimos años, el incumplimiento de los objetivos fijados para mejorar la salud de las poblaciones y de su medio ambiente mediante la adopción de la estrategia de Atención Primaria está llevando a que esta se revise y se optimice a través de los SILOS.

4. Situación de los servicios para el medio ambiente

La responsabilidad de la salud ambiental en los países de América Latina y el Caribe es esencialmente estatal y se ejerce principalmente a través de las estructuras públicas de salud, si bien en la mayoría de los casos se comparte con otros niveles de administración, incluyendo las municipalidades y autoridades locales. En ciertas oportunidades estas últimas administran servicios ambientales, como el abastecimiento de agua, alcantarillado, recolección y disposición de basuras, limpieza pública, y tienen unidades de saneamiento ambiental. En las áreas urbanas y especialmente en las grandes ciudades, funcionan empresas municipales de agua y alcantarillado y a veces de disposición de desechos sólidos. Además existen empresas nacionales que proporcionan estos servicios. Por otra parte, sectores de la administración relacionados con la vivienda, el desarrollo urbano, las obras públicas, los recursos naturales, la agricultura, la industria, el turismo y otros, realizan acciones que inciden en el medio ambiente.

Los ministerios de salud por lo general tienen unidades pequeñas que atienden algunos aspectos tradicionales del saneamiento ambiental, pero en su mayoría estas se encuentran inadecuadamente equipadas para enfrentar los problemas que resultan de la aplicación de nuevas tecnologías y del uso de un gran número de productos y sustancias químicas. Sin embargo, hay excepciones, y algunas unidades realizan actividades de diag-

nóstico de la situación, estudios para el establecimiento de normas y promueven y realizan acciones de control.

Considerando que la preocupación ambiental y ecológica no debe ser exclusivamente de los ministerios de salud, sino que debe tener un ámbito más amplio que considere los intereses de los varios sectores y cubra la preservación, regulación y recuperación del medio ambiente, algunos países han establecido mecanismos administrativos a nivel ministerial responsables por la ecología y el habitat. Brasil, México y Venezuela son algunos ejemplos. Otros han asignado estas responsabilidades a ministerios afines, y en algunos casos a los ministerios de salud, o han creado unidades especiales adjuntas, por ejemplo, a la Presidencia de la República. Sin embargo, la mayoría carece de departamentos técnicos y administrativos diseñados con un concepto multidisciplinario e intersectorial, que incorpore los aspectos de salud de manera que se puedan atender adecuadamente los problemas del ambiente que tienen impacto o relación con esta. Por lo general, estas unidades tampoco disponen de mecanismos de coordinación efectivos y tienen capacidad limitada para identificar, caracterizar, evaluar y manejar los riesgos.

En estas condiciones, aunque los ministerios de salud de cada país deberían asumir la responsabilidad principal y el liderazgo en la consideración e incorporación de los aspectos de salud pública en las decisiones y actividades referentes al medio ambiente, así como promover la cooperación intersectorial, esto generalmente no sucede, o sucede de manera limitada. Desafortunadamente, la situación indicada o deja vacíos importantes, o se atienden inadecuadamente los problemas en el contexto del medio ambiente.

Las autoridades de salud enfrentan entonces una tarea por demás difícil para definir claramente su función y responsabilidades, así como para adaptar estructuras y procesos que atiendan, con los limitados recursos de que disponen, el creciente reto que les presenta un medio ambiente humano en proceso acelerado de cambio. Entre las cuestiones que tienen que enfrentar se encuentran aquellas atinentes a la coordinación con los otros sectores; a la promoción de la participación en las decisiones sobre problemas ambientales; a la promulgación de políticas o de la legislación correspondiente; a la regulación de la calidad ambiental; al control de la contaminación o de las sustancias tóxicas y persistentes y muchas otras cuestiones similares.

En suma, la heterogeneidad existente en lo que a la situación de salud se refiere plantea una visión global ligada al desarrollo integral de las poblaciones y por tanto a sus condiciones de vida y a su bienestar. Dependiendo del nivel socioeconómico, la capacidad funcional de los individuos o la calidad de vida de individuos y poblaciones a lo largo de la

vida en el primer caso o del tiempo en el segundo tendría un comportamiento diferencial en las diferentes sociedades (Figura 2). Es decir, pueden haber diferencias intraindividuales (componentes de salud) e interindividuales en cuanto a capacidad funcional, y diferencias intra e interpobla- cionales en lo que se refiere a calidad de vida.

B. Nuevas tendencias en la prestación de servicios de salud

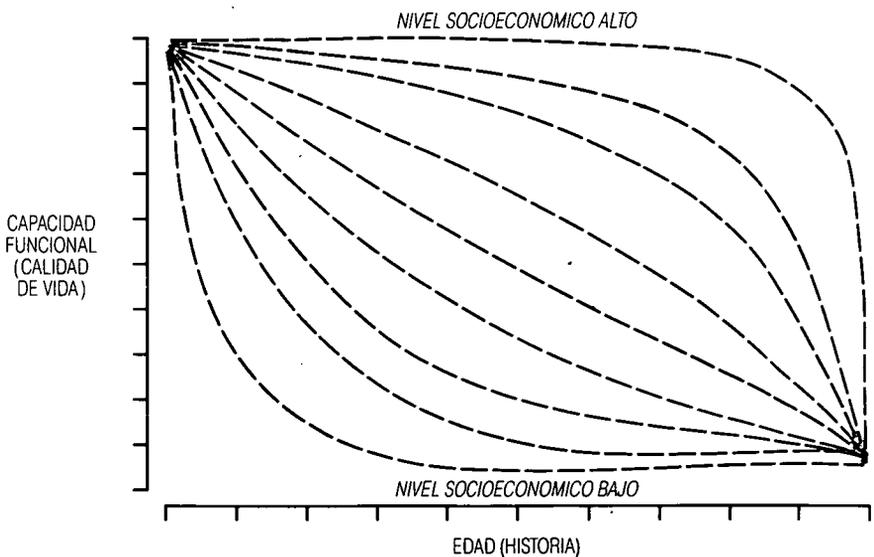
En los últimos años se han venido observando nuevas tendencias en la prestación de servicios de salud que se pueden apreciar a nivel de la población, el medio ambiente y el MPSS mismo.

1. Tendencias a nivel de la población

1.1 Modelo conductual

Hasta hace algún tiempo la relación entre médico y paciente ocurría en términos estrictamente "verticales", de manera que era el médico quien tomaba la mayoría de las decisiones de carácter diagnóstico y tera- péutico. Sin embargo, con la modificación del tipo de patología prevalente

FIGURA 2. Heterogeneidad individual (poblacional) en salud.



en la población y con el surgimiento de las enfermedades crónicas, se ha hecho indispensable la modificación del modelo conductual en la relación médico-paciente, exigiendo mayor responsabilidad por parte del paciente en la toma de las decisiones. Se requiere entonces una comunicación de tipo "horizontal" y una mayor educación del paciente, quien obliga al médico a plantear en términos sencillos y comprensibles los problemas que presenta, la historia natural de los procesos morbosos que lo afectan, el pronóstico de estos y el riesgo y la utilidad real de las maniobras de estudio y de terapia. Asimismo, debe clarificarse el compromiso o "contrato" integrado a la relación médico-paciente, donde cada una de las partes tiene sus responsabilidades, y en especial el papel que el paciente cumple en la identificación, estudio y resolución de sus problemas.

Ello es particularmente importante en el grupo de las enfermedades crónicas, donde se ha demostrado la importancia de la educación del paciente y su familia en los resultados de las intervenciones terapéuticas y en la rehabilitación integral.

Estos conceptos tienen gran importancia en los programas de formación de recursos humanos tanto en los niveles de educación de pregrado, como en la formación del médico y de otros profesionales de salud de los diferentes niveles de atención y especialmente en la del personal encargado de la planificación, organización y ejecución de los programas de salud y de educación de los profesionales de salud. Asimismo, el planteamiento del modelo conductual mencionado implica algunas transformaciones en la organización y planificación de los sistemas de prestación de servicios, especialmente en lo que se refiere a las normas e índices de rendimiento de las funciones y actividades a cumplir por los diferentes integrantes del equipo de salud.

Por otra parte, las organizaciones de consumidores han creado sistemas de presión para plantear las necesidades y los derechos de los grupos interesados, favoreciendo así el cambio progresivo del modelo conductual de atención.

1.2 Incorporación del concepto de daño residual

La utilización en la práctica diaria del concepto de **daño residual** se ha hecho cada vez más importante para señalar la lesión anatómica y/o funcional que resulta de procesos morbosos de causas diferentes. Este concepto ha sido utilizado desde hace mucho tiempo, como lo demuestra la evolución histórica de las etapas del conocimiento médico: inicialmente, con la correlación anátomo-clínica y, posteriormente, en conexión con las de la función alterada y el daño estructural de tejidos, órganos y/o sistemas. La idea de daño residual es básica para la toma de decisiones en el tipo de

intervenciones diagnósticas y terapéuticas que son utilizadas en el MPSS. Ello cobra una vigencia singular ante el advenimiento de nuevas tecnologías y los conocimientos resultantes de la exploración precisa de las funciones celulares, la biología molecular, las funciones alteradas de los receptores de membrana de estructuras subcelulares y los trastornos dinámicos de las funciones enzimáticas.

El médico actual posee una información amplia y compleja que debe correlacionar con los problemas que plantea el paciente para evaluar cuánto se debe a la disminución de una función de carácter reversible y cuánto corresponde a un daño estructural establecido de manera irreversible y/o por una lesión pre-establecida, así como para evaluar los factores de riesgo pronóstico. Ello tiene relevancia para la planificación de los programas de cuidado individual, pues las medidas diagnósticas y terapéuticas variarán considerablemente ante el conocimiento preciso de la modificación de la historia natural de los problemas que aquejan al individuo enfermo, y por ende en la repercusión de aquellos en el grupo familiar al cual este pertenece.

El programa de cuidado integral depende de la reversibilidad, el daño anatómico establecido, la reserva funcional del órgano y/o sistema afectado, y de la actividad del proceso morbosos. Por otra parte, la situación se hace más compleja en aquellos grupos de pacientes donde existe una disminución progresiva funcional como resultado de los procesos de envejecimiento.

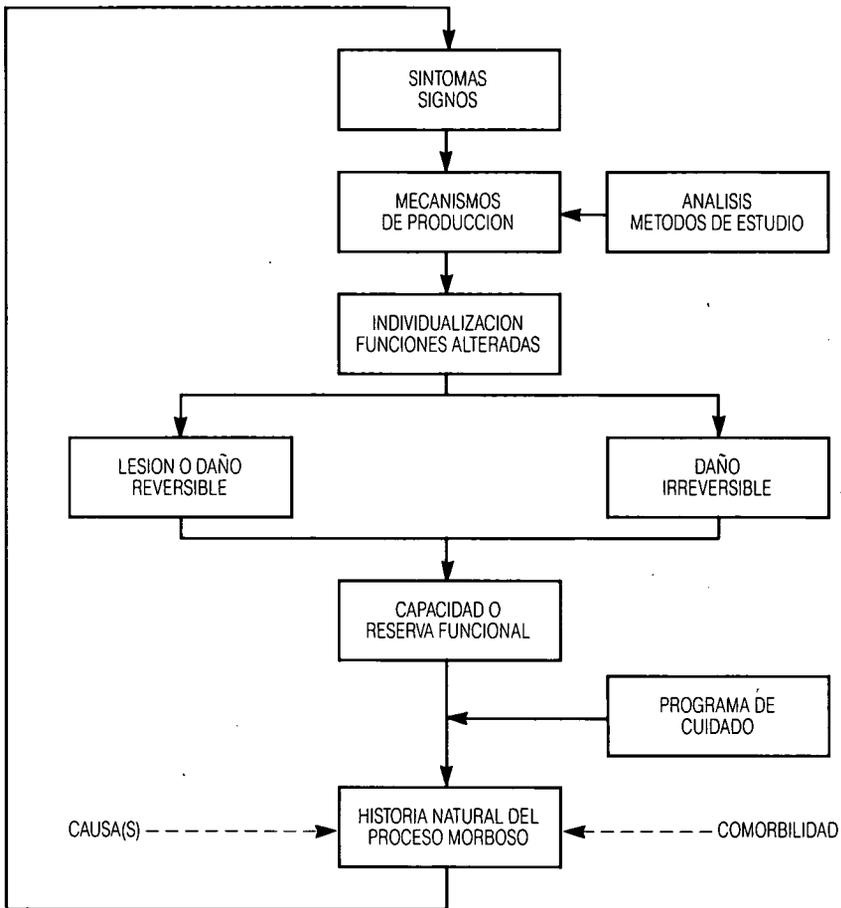
La integración de estos conceptos a la práctica diaria produce indudablemente un esquema cambiante en el estudio o evaluación de los pacientes, en la toma de las decisiones diagnósticas y terapéuticas, y en la planificación y organización del MPSS.

1.3 Metodología de resolución de problemas en la atención de la salud

La diferenciación concreta de los mecanismos de producción de los síntomas y signos, y la precisión del daño establecido con su consiguiente repercusión funcional, hacen que el abordaje de los problemas del paciente se haga de una manera dinámica (Figura 3). También implica que en ocasiones el diagnóstico etiológico sea menos importante —ya que este puede ser establecido posteriormente— que la precisión del daño, la prevención de la progresión del mismo y las maniobras terapéuticas necesarias para el mantenimiento de la función y la rehabilitación del paciente.

Esta conceptualización y la utilización de la relación entre problemas presentados por los pacientes individuales, puede generalizarse a los confrontados por el grupo familiar y/o poblacional, especialmente para aquellos donde la ecología y el medio ambiente juegan un papel prepon-

FIGURA 3. Abordaje dinámico de los problemas del paciente.



derante. Este aspecto debe formar parte de los programas de formación de los recursos humanos en salud, particularmente de los encargados de planificar y organizar los programas de atención para la recuperación y/o rehabilitación de los grupos etáreos en riesgo, y en especial para los que serán líderes en la planificación, organización y evaluación de los programas en salud.

La interrelación e integración del equipo de salud es indispensable y cada uno de sus miembros debe conocer e interpretar el concepto de daño residual y la metodología de resolución de problemas en la atención de salud. Estos van a influir en la formulación y puesta en marcha de los

programas de atención en los diferentes niveles de complejidad, incluidas las estrategias para lograr los objetivos propuestos así como los recursos necesarios.

1.4 Utilización del enfoque epidemiológico en el ámbito clínico

La aplicación de este enfoque se ha venido efectuando de una manera intuitiva desde hace mucho tiempo y constituye la base de la lógica en el establecimiento del diagnóstico y de la conducta terapéutica. En los últimos años se ha hecho evidente su utilización sistemática para la precisión de modelos investigativos en el enfermo y en especial para el estudio de las variaciones en el curso del proceso morboso, su pronóstico y las razones que explican esa(s) variación(es). Ello permite observar sistemáticamente el curso de la afección y hacerle seguimiento a las personas enfermas para identificar cuáles se recuperan y cuáles desarrollan complicaciones. El enfoque epidemiológico también se utiliza para determinar qué caracteriza a los diferentes subgrupos evolutivos, así como para inferir las características particulares que definen los subgrupos que presentan un determinado curso clínico y cuál ha sido el estudio o intervención terapéutica determinante de las variaciones observadas.

Se trata entonces de utilizar el método científico para medir la validez de los diferentes métodos de estudio y de las intervenciones terapéuticas. Esta metodología debe ser también usada en la evaluación del trabajo del equipo de salud.

1.5 Incorporación del concepto de calidad de vida

La emergencia de nuevas situaciones de salud en los países de las Américas ha impuesto una serie de desafíos metodológicos para el análisis, la toma de decisiones y la evaluación del impacto de los programas de promoción, protección y recuperación de la salud. Los índices que permiten la evaluación del impacto de las intervenciones de los sistemas de atención integral en salud, en su sentido más amplio, han sido expandidos. Además de los índices clásicos de morbilidad, mortalidad, curación y remisión se utilizan los que evalúan la salud en el sentido más integral, incluyendo el habitat humano con sus varios componentes.

La medición de la calidad de vida abarca no solamente el estado de salud ya definido sino la satisfacción de las necesidades básicas de las personas. Este concepto implica tomar en cuenta el elemento "satisfacción", el cual está relacionado con los requerimientos que deben ser satisfechos para que una persona sea saludable (necesidades humanas). La evaluación

o percepción personal de las relaciones entre lo que se desea (condiciones objetivas que satisfacen las necesidades humanas) y lo que realmente se obtiene, determinan los componentes de la calidad de vida. En este sentido es razonable suponer que los deseos y las aspiraciones de las personas están básicamente determinados por su percepción sobre sus necesidades de salud y bienestar y por el convencimiento de que estas se pueden satisfacer adecuadamente. En realidad, el abordaje debe ir más allá de la percepción de las necesidades, incluyendo aquellas que no se pueden percibir por falta de experiencia o de conocimiento.

La utilización de la expresión calidad de vida es particularmente importante en la evaluación de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas para los grupos de pacientes con procesos mórbidos de carácter crónico, así como para grupos de edad particulares donde los resultados no pueden medirse solo por la remisión de la enfermedad y aun por su curación, sino por la calidad de vida resultante de las satisfacciones humanas y del cumplimiento pleno de la función social que le compete a esas personas en cada etapa de la vida. Así por ejemplo, en las enfermedades crónicas y en los ancianos, las posibilidades terapéuticas pueden no llevar a la recuperación total. Aquí las prestaciones de salud tienen como objetivo la calidad de vida, manteniendo a la persona integrada a las actividades comunitarias, sociales y laborales durante el mayor tiempo posible en un medio ambiente que no agrave sus dolencias; cuando este objetivo no puede ser alcanzado, las acciones se orientan a mantener dignamente su autonomía en las actividades de la vida diaria.

El desafío que implica la comprensión de la calidad de la vida y la utilización del concepto en el establecimiento de índices de rendimiento y en la evaluación de los resultados de las intervenciones de los programas de salud, agrega una dimensión de complejidad. Esto por cuanto se requiere por una parte la utilización de modelos holísticos de atención o recuperación y por otra la aplicación de métodos de estudio y medición de la calidad de vida que tengan en cuenta factores ambientales y de ecología humana, los cuales, hasta el momento, no han formado parte de los programas de formación de los recursos humanos responsables de la prestación de servicios de salud.

2. Tendencias a nivel del medio ambiente

2.1 Recuperación de costos de los servicios de salud ambiental

La recuperación de costos de inversión, operación y mantenimiento de los servicios de agua y alcantarillado se considera un paso im-

portante para asegurar la viabilidad financiera de los mismos. Existen experiencias en áreas urbanas en la Región donde se han establecido estructuras tarifarias que consiguen este objetivo y a la vez ponen los servicios al alcance de los grupos de población de bajos ingresos.

2.2 Fondos rotatorios para la salud ambiental

El uso de fondos rotatorios para facilitar el financiamiento de servicios de abastecimiento y saneamiento del agua, especialmente en áreas rurales, ha demostrado ser factible en algunas circunstancias.

2.3 Evaluación del impacto ambiental y de salud de los proyectos de desarrollo

El estudio del impacto ambiental y de salud tiene por objeto identificar, evaluar, prevenir y controlar los posibles efectos adversos sobre el medio ambiente y la salud de proyectos de desarrollo de recursos hídricos, industriales, agrícolas y otros. Varios países han adoptado esta práctica con éxito en sus esfuerzos por hacer compatibles las necesidades de desarrollo y la preservación del medio ambiente y la salud.

2.4 Enfoque de cuencas hidrográficas

La planificación y el desarrollo conjunto por los sectores implicados se vuelve más importante a medida que aumenta la competencia por el uso de los recursos hidrográficos. La aceleración del desarrollo económico afecta los usos y el valor de la tierra y las aguas. La contaminación del agua es un "subproducto" del desarrollo económico y constituye uno de los principales problemas de la Región, al que se suman las descargas de aguas servidas de los sistemas de alcantarillado. El enfoque de cuencas hidrográficas para resolver los problemas se hace cada vez más necesario. El control de la calidad del recurso agua debe ser una parte integrante del desarrollo de las cuencas hidrográficas.

2.5 Administración semi-autónoma de desechos sólidos y sistemas informales de recolección para el reciclaje

Para facilitar la atención del problema de recolección y disposición de desechos sólidos, especialmente en las grandes ciudades y áreas metropolitanas, se están formando compañías municipales con mayor flexibilidad administrativa que los departamentos de limpieza pública. Tam-

bién se está organizando a los recolectores tradicionales de vidrio, metal, cartón, papel y otros materiales para mejorarles las condiciones de trabajo y a la vez facilitar las operaciones de reciclaje de los productos recolectados.

2.6 Uso de tecnologías apropiadas

Debido al alto costo de las tecnologías convencionales, especialmente para la provisión de agua y disposición de excretas en las áreas marginales y en las rurales, se están adoptando tecnologías que no solamente respondan a las condiciones socioculturales y económicas locales y a las necesidades de las poblaciones, sino que sean aceptadas, entendidas, operadas y pagadas por estas.

2.7 Educación sanitaria y participación comunitaria

La experiencia ha demostrado que la participación de las comunidades beneficiadas en las varias etapas del desarrollo de proyectos de abastecimiento de agua y saneamiento es un prerequisite para su éxito, y que la participación de la mujer es particularmente importante. Lo anterior requiere que la comunidad participe en su planificación, diseño, construcción, operación, mantenimiento y administración, con lo cual se consigue generalmente una mejor utilización y un sentido de propiedad de las instalaciones.

Parte esencial de este proceso es la educación sanitaria para extraer el máximo beneficio de salud de los servicios de agua y saneamiento, y también como medio para motivar a las comunidades, complementando así las campañas de concientización.

2.8 Estrategia para el desarrollo sostenible

Frente al conflicto entre las necesidades del desarrollo y la preservación del medio ambiente se están haciendo esfuerzos a nivel internacional para desarrollar una estrategia que conduzca a un desarrollo social y económico sostenible. Este tipo de desarrollo requiere que se atiendan las necesidades de las generaciones presentes sin comprometer la habilidad de las generaciones futuras para satisfacer las suyas.

La Comisión Bruntland, establecida por las Naciones Unidas para atender este propósito, identificó seis temas claves para establecer un marco de análisis práctico: población y recursos humanos, seguridad de alimentos, conservación de especies y ecosistemas, energía, industria y ambiente urbano.

La Comisión consideró que el desarrollo sostenible no se puede alcanzar si no se disminuye la presión de la población sobre el uso acelerado de los recursos naturales, y que esto depende a su vez de que se consigan niveles aceptables de educación y salud. Para la Comisión la meta de salud para todos debe ser lo suficientemente amplia para que cubra las intervenciones relacionadas con la salud en todas las actividades de desarrollo, mientras que los marcos institucionales deben permitir que tales actividades se coordinen en forma efectiva.

La Comisión también concluyó, entre otras cosas, que no se puede lograr un progreso duradero hacia un desarrollo sostenible si no se hacen análisis integrales de los riesgos que surgen del desarrollo y de sus efectos sobre la gente y el medio ambiente, y que sobre esta base se deben formular políticas y estrategias para la acción. A nivel nacional, el desarrollo sostenible y la protección del medio ambiente deben convertirse en el foco para la selección de opciones y para tomar decisiones en todos los programas y proyectos de desarrollo.

Los enunciados anteriores claramente comprenden la necesidad de que la salud pública enfoque la salud en forma integral dentro del contexto socioeconómico, incorporando los elementos teóricos y metodológicos que son centrales a la recuperación, protección, preservación y promoción de la salud ambiental.

3. Tendencias a nivel del MPSS

3.1 Inclusión de prácticas alternativas

Desde hace mucho tiempo se han utilizado prácticas alternativas de atención en salud (acupuntura, homeopatía, medicina natural, medidas dietéticas no ortodoxas, etc.) que en general estaban restringidas a grupos no vinculados al MPSS. En los últimos años se ha venido observando en forma creciente su adopción por modelos asistenciales distintos. Esto se ha denominado genéricamente como el "paradigma regionalizado" y representa otro desafío a los sistemas de servicios por cuanto implica una nueva visión ideológica y obliga a su evaluación científica para precisar su validez, sin la exclusión *a priori* de sus prácticas.

3.2 Desarrollo de la medicina general integral y/o familiar

La especialización permanente del médico y del equipo de salud ha llevado a la práctica de una atención desintegrada del individuo, desvinculado de su familia, comunidad y medio ambiente. Esta tendencia,

además de no lograr un impacto posterior en los indicadores de salud, conduce a un incremento de los costos de la atención con acentuación en la inequidad e inaccesibilidad.

Surge entonces la necesidad de formar un profesional médico que, absorbiendo los adelantos en el conocimiento epidemiológico, brinde una atención integral y apropiada que cubra los déficit señalados. Este médico general integral y/o familiar debe llevar a cabo una práctica concentrada en la prevención y en el abordaje del individuo como entidad biopsico-social.

El nuevo modelo de prestación mediante un médico general integral permitiría cubrir parte de los vacíos señalados en la atención e incorporar a la comunidad como interlocutor y transmisor de conceptos de salud. Al mismo tiempo debe resolver los problemas relacionados con las necesidades de atención de salud y enfermedad a nivel del individuo, grupo familiar, comunidad y medio ambiente en el contexto de la atención primaria de salud.

3.3 Expansión del enfoque de riesgo

A nivel colectivo, el enfoque de riesgo ha sido empleado con mayor énfasis en relación con la salud maternoinfantil y, más recientemente, con respecto a la salud del adulto y a otras áreas, aunque su potencialidad en lo que concierne a la salud ocupacional y a las acciones sobre el ambiente no ha sido explotada suficientemente. Sin embargo, el cambio en los perfiles de salud y el creciente desequilibrio entre oferta y demanda de servicios para daños no transmisibles, de baja incidencia, alta prevalencia, larga duración y generalmente de alta mortalidad —que por lo general requieren tratamiento de por vida— impone ampliar la concepción de riesgo. Esta se debe incorporar en la definición de grupos prioritarios según sus diferentes probabilidades de evolución, incluyendo posibles casos que aún no se manifiestan clínicamente (como los efectos a largo plazo de sustancias químicas). Dicha concepción también se debe utilizar para actuar sobre grupos con diferente exposición al riesgo en ausencia de enfermedad, con propósitos eminentemente preventivos. Todo ello permite decidir si se ofrece o no una determinada práctica de salud, si se modifica la frecuencia de la práctica elegida o si se concentran las medidas de intervención en determinados grupos de personas o entornos. El ajuste de la prestación de servicios requiere también una discriminación más fina de subgrupos de riesgo diferentes, aun si ellos forman parte de un mismo micro-ambiente (en la vivienda, en el trabajo o intraurbano, por ejemplo), a fin de priorizar la naturaleza e intensidad de las acciones.

3.4 *Desarrollo de las estrategias de intervención individual, poblacional y ambiental*

Desde sus orígenes la salud pública ha estado orientada fundamentalmente a reducir la incidencia de los daños a nivel de la población y del ambiente. Sin embargo, la aparición de nuevos problemas de causas no bien conocidas, incluidos los relacionados con la exposición de individuos a dosis bajas de sustancias tóxicas por períodos más o menos largos y para cuya modificación no se dispone generalmente de tecnologías de alta eficacia, ha hecho relativas las virtudes y las limitaciones de intervenir sobre individuos, poblaciones y ambientes "enfermos". A ello ha contribuido también el crecimiento hegemónico del componente médico recuperativo y de la infraestructura correspondiente dentro del sistema de salud.

En los años ochenta fue posible sistematizar las principales ventajas y desventajas de las estrategias de intervención individual y poblacional —esta última con una concepción ecológica— frente a problemas contemporáneos de salud de alta prevalencia. Tales elementos tienen influencia directa sobre la formulación de objetivos y metas programáticas y sobre las características, sobre todo temporales, de la monitoría y evaluación de las acciones.

3.5 *Promoción de programas de salud en grupos específicos de población*

La existencia de cambios en los estilos de vida, en los comportamientos de las poblaciones, en los roles y funciones que desempeñan las personas en la sociedad, así como los cambios históricos del desarrollo social, económico e industrial de los países han hecho surgir grupos específicos de población que por tener necesidades en común y nuevas para las formas tradicionales de atención, requieren respuestas organizadas, específicas y adecuadas para la resolución de sus problemas.

Aparece así una tendencia a desarrollar programas para grupos específicos de población entre los que se destacan aquellos dirigidos a los trabajadores, a los ancianos, a los adolescentes, a los adultos y a la mujer. Estos programas tienen todavía un desarrollo incipiente dentro del sector salud, si bien en algunos casos, como en el de los ancianos, su evolución a nivel de instituciones sociales privadas o filantrópicas ha sido mayor en algunas poblaciones o países.

3.6 *Formas mixtas de financiación y organización de servicios a nivel local*

La rigidez de los sistemas públicos de salud limita los procesos decisorios en sus niveles periféricos, sobre todo en lo que concierne a la

obtención y uso de los recursos necesarios. Por esta razón se han ensayado varias alternativas que incorporan al sector privado en la financiación y organización del sistema de servicios, como una forma de flexibilizar el proceso de toma de decisiones a nivel local. Ello ha influido favorablemente sobre la atención integral por niveles de diversa complejidad, la referencia y contra referencia de pacientes, la atención a indigentes, el mantenimiento de equipos, la división del trabajo, la remuneración del personal y la satisfacción y la moral de los actores en el proceso de cuidado de la salud. La experiencia desarrollada en Barquisimeto, Estado Lara (Venezuela) en el campo de las enfermedades cardiovasculares constituye un ejemplo notable en este sentido.

Al mismo tiempo, la necesidad de brindar acciones no médicas que incidan sobre la salud de la población de una manera más integral ha puesto sobre el tapete la conveniencia de incorporar elementos informales al sistema de servicios. La rehabilitación basada en la comunidad y esquemas organizacionales de apoyo social y cuidado de la salud del anciano a nivel comunitario, constituyen ejemplos destacados en esta área.

3.7 Incorporación de actividades de promoción en la recuperación de la salud

La ejecución progresiva de la promoción de la salud ha facilitado la identificación de acciones de comunicación/información/educación, de regulación del ambiente y de promoción de la participación comunitaria que pueden ser incorporadas en la acción recuperativa de la salud atendida a nivel individual. Es cierto que tales actividades no permiten por sí mismas alcanzar a plenitud los elevados objetivos de la promoción de la salud, pero pueden proporcionar el estímulo inicial, el suplemento necesario o el respaldo técnico o formal a las acciones realizadas a nivel colectivo. Esto complementaría a nivel individual la acción multisectorial a nivel colectivo.

3.8 Desarrollo y fortalecimiento de los SILOS

La persistencia de una cobertura deficiente en el cuidado de la salud y de inequidad en la prestación de servicios ha estimulado con énfasis renovado el desarrollo de los sistemas locales, aunado a los procesos nacionales de descentralización. Aunque las ideas y acciones sobre regionalización, descentralización y programación local no son nuevas, la perspectiva histórica actual agrega nuevas dimensiones al desarrollo de los SILOS. Entre ellas se encuentran la mayor conciencia política de la población; la mayor participación social; la creciente "toma de cuentas" por parte de la comunidad organizada; los marcados cambios en el contexto económico, social y político; la madurez de los sistemas de seguridad social

que los obliga a redefinir su misión; la tendencia de los recursos públicos a integrarse entre sí y con aquellos del sector privado, y la exigencia que la articulación intersectorial sea asumida con un criterio operativo. En consecuencia la programación en los SILOS surge como el mecanismo conciliador de la incongruencia entre el modelo administrativo, el modelo de prestación de servicios y la situación y tendencias de salud de la población, lo cual indudablemente contribuirá a su reorientación.

IV. ELEMENTOS METODOLOGICOS

A. Principales definiciones operativas

Para efectos del análisis se usaron la siguientes definiciones:

1. Modelo de Prestación de Servicios de Salud (MPSS). Conjunto de acciones concretas, claramente definidas, que el sistema de servicios de salud brinda a las personas y al ambiente.
2. Idoneidad del MPSS. Grado de adecuación de las características cualitativas y cuantitativas del MPSS a los problemas, necesidades y aspiraciones de salud de la población y del (o en relación con el) ambiente, considerando su contexto social, económico y político.
3. Area crítica. Desajuste o deficiencia que atenta contra la idoneidad del modelo: vacíos o acciones necesarias que no se dan; acciones que se dan cuantitativamente en mayor o en menor grado del necesario; acciones de calidad deficiente, etc.
4. Implicación. Inferencia o directriz derivada de la identificación de áreas críticas que apunta a superar alguna o algunas de ellas con el fin de alcanzar la idoneidad del modelo. Sirve de base para la identificación de estrategias alternativas o de líneas de acción.
5. Estrategia. Conjunto consciente, racional y coherente de decisiones sobre acciones a emprender y recursos a utilizar de manera que permitan alcanzar los objetivos que se persiguen. Se han de tener en cuenta las decisiones que en el mismo campo toman o pueden tomar actores concurrentes y considerar igualmente las variaciones externas en las áreas económica, social y científico-tecnológica.
6. Línea de acción. Conjunto de acciones que configuran un componente del plan de acción que resulta de la implementación de la(s) estrategia(s).
7. Recuperación de la salud. Estrategia de intervención que denota la intención de detener el estado de enfermedad (daño) o de su regresión hacia un punto más favorable y/o deseablemente hasta el estado inicial (salud).

8. **Prevención.** Estrategia de intervención destinada a evitar efectos no deseados en la salud de las personas o del ambiente, sean estos daños o factores de riesgo o, en el caso de las personas, complicaciones, discapacidad y muerte.

9. **Promoción de la salud.** Estrategia de acción orientada a preservar o a mejorar los aspectos positivos de la salud.

10. **Modelo Social de Prácticas de Salud (MSPS).** Conjunto de prácticas de salud que se realizan en una sociedad determinada tomando en cuenta la cultura, la ideología, la ciencia y la tecnología subyacentes a dichas prácticas.

En la Figura 4 se muestran en forma gráfica las relaciones entre MPSS y MSPS y las proyecciones del análisis.

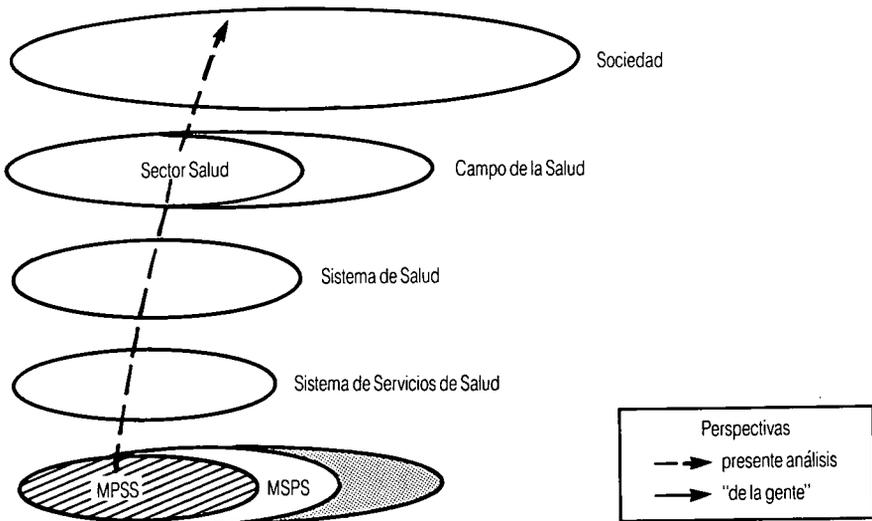
B. Principales elementos del presente análisis

Se pueden sintetizar como sigue:

Objeto: Modelo de Prestación de Servicios de Salud (MPSS), en el marco del Modelo Social de Prácticas de Salud (MSPS), del cual el primero forma parte.

Categorías: Estrategias mayores de acción (recuperación, prevención y promoción).

FIGURA 4. Objeto y proyecciones del análisis.



Subcategorías: Para cada estrategia, las prestaciones y prácticas, su sujeto/objeto y su fuente u origen.

Dinámica: Identificación de problemas y formulación de hipótesis de solución construidas con base en el consenso del grupo.

Objetivos: Identificar áreas críticas del MPSS y del MSPS, e inferir implicaciones y alternativas de estrategias y líneas de acción.

Propósito: Contribuir, a través del desarrollo de las áreas temáticas correspondientes, a la promoción del liderazgo y a la formación avanzada en salud pública. Asimismo, contribuir a la redefinición del marco referencial de la formación regular en salud pública.

1. Objeto

Como ya se mencionó, el MPSS o interfase entre el sistema de servicios y la población y el ambiente constituye el plano central de análisis, mientras que la situación social y de salud y el modelo administrativo, constituyen los planos referenciales más cercanos para dicho análisis.

1.1 El MPSS tiene como componentes fundamentales un conjunto de valores, ideologías, tradiciones, rasgos culturales, actitudes, conocimientos y prácticas. La suma de las diversas acciones del sistema de servicios de salud es la expresión concreta del modelo vigente en cada realidad.

1.2 La situación social y de salud que caracteriza a la población y al ambiente en un contexto determinado permite, por contraste, hacer inferencias sobre la idoneidad del modelo. Los problemas, necesidades e ideales de salud son específicos para cada contexto, expresando la interacción de las susceptibilidades genéticas de su población y de fuerzas ambientales, incluyendo las socioculturales. A su conocimiento nos hemos aproximado habitualmente a través de las necesidades definidas por expertos (necesidades "normativas"), y solo excepcionalmente a través de las necesidades "sentidas" o "percibidas" por la población. Las aspiraciones de salud de la sociedad permanecen virtualmente inexploradas.

1.3 El modelo administrativo es también expresión de conocimientos, tradiciones, valores, actitudes, ideologías, tecnologías, etc., que se reflejan en las características de la infraestructura, organización y funciones del sistema de servicios como un todo. Del modelo administrativo que afecta a la fuente u origen de las prestaciones se derivan no solo las normas y procedimientos de las prácticas formales, sino también su articulación con el saber y poder informales, así como la determinación de prioridades y la subsecuente adjudicación de los recursos públicos. Las prácticas formales de salud se sustentan en normas y procedimientos que reflejan dicho modelo administrativo; aquellas no formales siguen las reglas consagradas por

la comprobación empírica y reforzadas por la tradición. Ambas prácticas configuran el **MSPS**.

Idealmente, el MSPS debería comprender prácticas en cantidad y calidad adecuadas a los elementos relevantes de la situación, mientras que las prácticas formales (MPSS) deberían estar respaldadas por normas o procedimientos social y científicamente aceptables. Sin embargo, hay necesidades que no reciben respuesta; prácticas de salud que no responden a las características específicas del contexto, y prácticas sociales o ausencia de ellas que son deletéreas para la salud. Asimismo, no todas las prácticas formales están respaldadas por las correspondientes normas técnicas y administrativas. Dicho de otra manera, la idoneidad del MPSS estaría dada por la correspondencia entre las prácticas de salud debidamente sustentadas en normas o procedimientos, y el espectro de problemas, necesidades e ideales de salud específicos en un contexto dado.

Los elementos contenidos en los tres planos antes esbozados tienen un gran dinamismo. El abordaje a través de las prestaciones que se brindan a la población y al ambiente, como expresión de un enfoque que enfatiza la funcionalidad, recalca dicho carácter dinámico y permite detectar las incongruencias en tiempo y espacio, así como las consecuentes necesidades de adecuación del MPSS para dar respuestas específicas a problemas, necesidades e ideales de salud concretos.

Se trata por lo tanto de abordar un objeto multifacético, por lo cual acotarlo solo significa establecer una puerta de entrada, aunque sin perder de vista la universalidad del mismo y el deseo de integración.

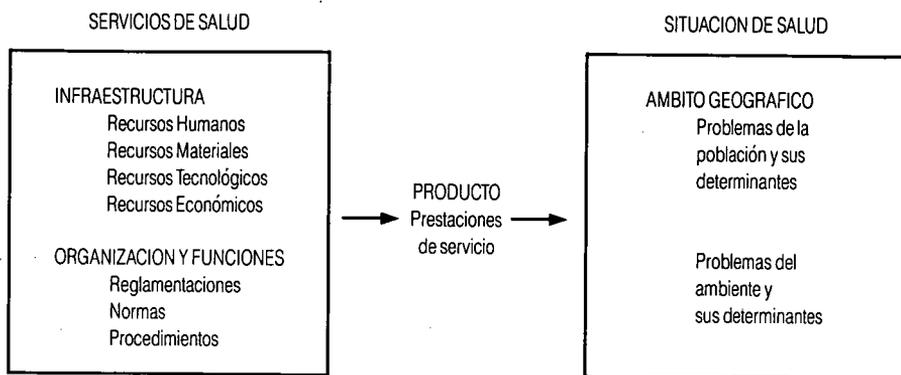
2. Categorías

Tenemos así que el sistema de salud está integrado por una infraestructura o "anatomía" y un funcionamiento o "fisiología". Dicho funcionamiento comprende funciones generales (planificación, programación, ejecución y evaluación) y específicas como la prestación de servicios a la población y al medio ambiente. Esta última es el producto de todo lo anterior. Dichas prestaciones a su vez influyen y son influidas por la situación de salud de cada población-ambiente (Figura 5).

Como ya se afirmó, el identificar una puerta de entrada no significa separar o compartimentar las prestaciones, sino establecer una forma de aproximación a ellas sin desconocer o ignorar la totalidad de las mismas. A su vez, la prestación de servicios se puede encarar desde diferentes ángulos:

a) A partir de la naturaleza de las patologías o daños específicos a que se responda (enfermedades transmisibles y no transmisibles, por ejemplo).

FIGURA 5. La prestación de servicios de salud.



b) A través de programas específicos para ciertos grupos de edad (infante, niño, adolescente, adulto, anciano) o de población (mujer, trabajador, etc). Cuando se analizan individualmente, estos tienen diferentes grados de prioridad y de desarrollo en las diversas realidades, compartimentan las prestaciones y no internalizan al medio ambiente como un todo.

c) Según los niveles de complejidad en que se organizan dichas prestaciones (primario, secundario, terciario).

d) Según sus estrategias de acción, esto es, según la naturaleza de las mismas en cuanto a su carácter recuperativo o promocional de la salud, o preventivo de daños, enfermedades y riesgos.

En la presente oportunidad, tomando este último ángulo se analizará el MPSS a través de las acciones que se brindan a la población y su medio ambiente en conjunto.

Este abordaje a través de las estrategias de acción considera al individuo, a la familia, a la población y al medio ambiente como un todo, es decir, como un sistema en el cual cada uno de ellos constituye un componente que interactúa con los otros. Por otra parte, es claro que las estrategias mayores de acción del MPSS enfrentan desafíos de crecimiento acelerado y permanente como consecuencia de las actuales tendencias sociales, demográficas, ecológicas y de salud.

Se podría argüir que este enfoque tiene un peso biomédico exagerado; que desintegra la prestación de servicios (que realmente se comporta como un todo); que es clásico; que corre el riesgo de ser prescriptivo, y que no necesariamente privilegia el nivel primario de atención.

Existe conciencia de que es artificial separar las prestaciones según sus estrategias (promoción, prevención y recuperación), ya que cada una de ellas lleva o debería llevar implícitas las otras. Aún así se consideró

que esta forma de abordaje, sin ser la única o la mejor, es la que permite abarcar las acciones realizadas hacia la población, independientemente del grupo de edad, de la naturaleza del daño, de la organización del tipo de los servicios que las prestan y del grado de desarrollo alcanzado por los mismos. Además, este abordaje permite simultáneamente internalizar y comprender al ambiente dentro de, o junto a, tales acciones.

3. Subcategorías

Al analizar desde una perspectiva particular las estrategias de acción del MPSS vigente en la Región de las Américas se detectaron áreas críticas en tres subcategorías:

3.1 Las relacionadas con la fuente u origen de las actividades o prácticas.

3.2 Las relacionadas con las actividades o prácticas en sí: a) Con la actividad misma, o el **qué**; b) con la forma como se llega desde la fuente a los sujetos, o el **cómo**.

3.3 Las relacionadas con el sujeto al que están destinadas las prestaciones: personas/poblaciones y medio ambiente.

Como se podrá apreciar más adelante, la naturaleza de dichas áreas críticas puede ser en general de tres órdenes: política (macro y/o sectorial); científico-tecnológica, o táctico-operativa.

Estas áreas dependen de ciertos factores determinantes cuya presencia o ausencia, aumento o disminución, hacen que se produzca la situación que se ha definido como crítica. La ubicación de tales determinantes en ocasiones rebasa los planos definidos como central (MPSS) y de referencia (modelo administrativo y situación de salud) para el análisis, cayendo plenamente en la dimensión del sector salud o de la sociedad.

4. Dinámica

Se pretende por lo tanto acotar el objeto de estudio analizando el sistema de servicios de salud a través de lo funcional, de lo que brinda, de su producto o resultado y, dentro de ello, de las acciones que se ofrecen a la población y su medio ambiente como un todo.

Una forma de evaluar estas acciones es describir **cuáles** son los atributos que las hacen adecuadas, y por contraste, **cuáles** son las carencias que se tienen o se hacen evidentes.

A partir de esta línea se plantea construir posturas colectivas alrededor del análisis sobre **qué** acciones se prestan —donde también juega un papel vital el recurso humano que toma las decisiones— y si las mismas

son adecuadas o idóneas a la situación de cada población en particular (características sociales, demográficas, de morbimortalidad, recursos, medio ambiente).

Para ello es necesario aplicar una aproximación que permita diagnosticar la situación, identificar los problemas y definir las acciones y los recursos más apropiados para su resolución.

Esas prestaciones llevan implícitas el cómo se dan a manera de evaluación. Necesitan ser calificadas para establecer si son adecuadas o no y por lo tanto para identificar sus fallas o vacíos.

Al confrontar las acciones con los problemas a resolver se pueden evaluar y ver entonces si cumplen o no con sus objetivos, si dejan vacíos o muestran deficiencias ya sea en cantidad, calidad o pertinencia.

Deberá estudiarse su cantidad y calidad. Con respecto a la cantidad, tanto el defecto como el exceso crean complicaciones. Un "consultismo" exagerado puede estar indicando fallas en la idoneidad del manejo del problema, falta de capacidad resolutoria, dependencia del equipo de salud, atención no adecuada, falta de capacidad para transmitir información que permita resolver el problema, mal manejo de la tecnología, riesgo de iatrogenia, etc. En algunas organizaciones el exceso es una forma de mayor ingreso. Por supuesto que el defecto en la cantidad implica áreas de marginación, problemas sin cobertura y sin posibilidades de ser resueltos, etc.

También tiene mucha importancia la pertinencia de las acciones, así como la adecuación histórica y tecnológica de las mismas. Una tecnología adecuada para determinado momento carece de valor y hasta puede ser nociva en otra situación o en otro contexto.

Respecto a otros requisitos que le competen a las prestaciones, además del **qué**, tenemos todos aquellos que comprenden el **cómo** se prestan los servicios. Las prestaciones deben ser accesibles, apropiadas, resolutorias, eficaces y eficientes, oportunas, equitativas, organizadas, con impacto, participativas, etc., de modo que brinden, en la medida de lo posible en cada contexto, lo que cada uno necesita, que no dejen sectores sin cubrir (universalidad), y que proporcionen también satisfacción para quien las da y para quien las recibe.

Por supuesto, tanto el **qué** como el **cómo** se derivarán de una correcta identificación del problema, para cuya resolución se deberá aplicar una metodología adecuada que conducirá a la toma de decisiones sobre las acciones idóneas a brindar.

Para corregir o modificar favorablemente cada área crítica o subconjunto de áreas críticas se pueden plantear por consenso y en una dimensión lógica alternativas de cambios deseables, como paso intermedio que apunte al ajuste o mejoría de la prestación de servicios.

En el presente caso, las inferencias lógicas (implicaciones) de la problematización se han formulado teniendo en mente su relevancia de aplicación en las aperturas clásicas de docencia, investigación y servicio. Debe lograrse una participación efectiva de representantes de la población y de los usuarios del sistema de salud a efectos de enriquecer los puntos de vista y favorecer la democratización.

Con base en el abordaje propuesto para el análisis del MPSS a partir de las estrategias de acción y utilizando como punto de partida las acciones mismas, se pueden llegar a determinar **áreas críticas**, entendidas estas como los desajustes que atentan contra la idoneidad del modelo de prestaciones.

Dichas áreas críticas se detectan para cada estrategia de acción en tres niveles de análisis del MPSS, esto es, dentro de lo que se ofrece a la población (individuos/comunidades) y al medio ambiente, a nivel del sector salud y a nivel de la sociedad. Se separan para su análisis en las estrategias de acción.

Se consideran como **implicaciones** aquellas alternativas u orientaciones de líneas de acción que permitirán corregir los desajustes o puntos de dificultad que configuran las áreas críticas; estas líneas de acción tienen como fin alcanzar la idoneidad del MPSS.

Es imprescindible que cada acción de promoción, prevención y recuperación tenga objetivos claros, los cuales se deben establecer de acuerdo con la teoría subyacente de salud y enfermedad y sobre un plano de referencia. Este esquema de referencia, que para la curación y prevención lo proporciona la historia natural de la enfermedad, debe buscarse en lo que concierne a promoción pues no se dispone de un desarrollo teórico en cuanto a "historia natural" de la salud.

V. RECUPERACION DE LA SALUD

A. Areas críticas

1. *En el MPSS*

En la población se detectan áreas críticas caracterizadas por la falta de equidad hacia grupos que no tienen acceso a los servicios de salud porque no están incorporados al sistema de servicios a través de programas específicos; a continuación se enumeran dichos grupos.

1.1 Niños en edad escolar y adolescentes

Algunos países de la Región cuentan con programas de salud escolar que incluyen acciones recuperativas y también hacen énfasis en la

promoción de la salud y prevención de daños, destinados a quienes están insertos en el sistema de educación formal. Sin embargo, las altas cifras de deserción escolar determinan un grupo particularmente vulnerable que queda marginado de la educación y del cuidado de la salud, y en consecuencia de importantes programas sociales desde la pre-adolescencia. Esto conlleva riesgos y daños de gravedad presente y futura dados por la morbilidad general no atendida, prostitución, embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual, violencia, delincuencia, etc.

Con respecto a los adolescentes, sus propias características psicológicas, en una etapa de la vida conflictiva y de transición a la cual se añade la existencia de riesgos específicos provocados por los cambios sociales y del comportamiento (alcoholismo, drogadicción, enfermedades de transmisión sexual, etc.), requieren medidas específicas de prevención y solución con planes y programas adecuados.

Por otra parte, los adolescentes (aun los protegidos por estar en el sistema educacional) producen poca demanda en los servicios de salud, lo que expresa en parte la menor frecuencia de episodios de morbilidad pero sobre todo la falta de adecuación del MPSS a las características de este grupo de edad. Los servicios pediátricos no están preparados para atender adolescentes ni en su infraestructura (tamaño de mesas de examen y camas de hospital, privacidad, etc.) ni en el tipo de recurso humano; tampoco lo están los servicios que atienden adultos. A esto se agrega la falta de consideración a la etapa evolutiva del proceso de crecimiento y desarrollo en que se encuentra el adolescente y el escaso tiempo dedicado a cada consulta. El enfoque biológico de las prestaciones determina que no se investiguen los problemas más importantes, que en los adolescentes son fundamentalmente de carácter psicosocial. En la práctica, el uso de sustancias peligrosas, el ejercicio precoz de la sexualidad y el embarazo no deseado, producen escasa demanda y en general tardía, incluidos los problemas derivados de la violencia atendidos habitualmente por los servicios de urgencia. En estas instancias, la atención se limita al motivo de consulta y no se aprovecha para orientar al adolescente para que acuda a servicios de atención más integral, o para prestar acciones más apropiadas de promoción o protección de la salud.

La atención inadecuada resulta de problemas de enfoque, de escasez de servicios y programas y, sobre todo, de falta de coordinación entre los servicios existentes. En estos últimos se carece de una política de "puertas abiertas" que le evite la tramitación a los adolescentes que demandan atención, para que de este modo mejore su acceso al sistema.

No se puede dejar de mencionar la enorme importancia e impacto que para los problemas del adolescente tienen las estrategias de intervención preventivas y de promoción. En cierta medida, estas representan

la prevención primaria de los problemas de gran relevancia en el adulto y el anciano, los cuales están ligados a estilos de vida que se adoptan o consolidan en la adolescencia.

Asimismo, debe destacarse la necesidad de integración y articulación intersectorial, ya que la triple dimensión bio-psico-social es absolutamente indivisible en los problemas de salud del adolescente.

En los países en desarrollo, a diferencia de las sociedades industrializadas, los niños y adolescentes que trabajan operan como mecanismo compensador a desajustes sociales más profundos; por lo tanto, este grupo puede sufrir enfermedades ocupacionales además de las propias de su edad y estar expuesto a riesgos con efectos a largo plazo, ambas condiciones afectadas por la falta de equidad en las prestaciones sociales y de salud.

1.2 Adultos y ancianos

La atención a los ancianos configura otro programa para un grupo específico. En este se destaca la necesidad de un nuevo enfoque, en donde más allá de la patología orgánica, se tengan en cuenta los aspectos psicológicos y afectivos. La comprensión por parte del equipo de salud, de la sociedad y del propio paciente del fenómeno del envejecimiento, así como la aceptación y la adecuación al mismo han hecho necesarias nuevas formas de respuesta.

Estas características en la atención del adulto y del anciano hacen que el mayor peso lo tengan los niveles más complejos que muestran ya deficiencias en la atención primaria de salud, los cuales carecen de servicios que “acerquen” o “descentralicen” la atención e incorporen en la atención ambulatoria medidas simples y concretas para la detección, control y seguimiento de las patologías más prevalentes.

Esta forma de atención hace que, para la resolución de los problemas, exista un uso creciente de tecnología de alto costo, lo cual constituye una pesada carga para unos servicios de salud que no están preparados estructural, funcional ni económicamente para ofrecerla.

Por otra parte, la atención casi exclusiva a través de servicios formales y de niveles altos de complejidad no tiene en cuenta o ignora las posibilidades que brindan la comunidad y las organizaciones sociales en las acciones de promoción, prevención, recuperación, así como para la rehabilitación, incorporación e inserción de los enfermos y ancianos en la sociedad.

Por otra parte, en este grupo de población la prevalencia de enfermedades crónicas genera presiones en los servicios de salud con aumento de la demanda, incremento en el uso de tecnología y aumento de los costos, lo cual hace indispensable la revisión de los criterios y modelos de la prestación de los servicios de salud. El no considerar lo expresado y

no estudiar alternativas innovadoras y válidas para responder a las demandas, acentuará los fenómenos de inequidad y marginación de los pacientes más desprotegidos desde el punto de vista socioeconómico.

Como se ha dicho, estos grupos de edad se caracterizan fundamentalmente por el predominio de enfermedades degenerativas que signan su atención, generando situaciones desafiantes, áreas críticas que deben ser cambiadas. Se hace evidente la falta de reconocimiento del hecho de que la mayoría de las enfermedades que surgen en este período de la vida tienen su origen en edades muy tempranas, y fundamentalmente en estilos de vida y exposición a factores ambientales (sustancias tóxicas, por ejemplo) cuyos efectos solo se detectan después de largos períodos.

Existe falta total o escasez de contenidos de educación para la salud sobre los factores de riesgo en las patologías prevalentes en el adulto y anciano en los programas regulares de enseñanza dirigidos al niño y al adolescente como parte de su formación total. Por otra parte, el equipo de salud que atiende a los grupos de edades más tempranas no asume completamente la responsabilidad que le compete en la formación de hábitos y conductas que previenen las enfermedades crónicas.

En lo que corresponde al equipo que se utiliza específicamente en la atención del adulto y anciano, también se aprecia deficiencia de acciones educativas que complementen la atención de la patología y eviten en algunos casos la progresión de la enfermedad o la aparición de daños menores. Esto se debe en parte a fallas en la formación del recurso humano y en especial —en lo que se refiere a la atención ambulatoria— a que no están incorporados totalmente los conceptos de atención por problemas, daño residual, importancia de la calidad de vida, entre los más importantes. Por lo tanto, muchas veces se produce una atención al individuo por fuera de su medio ambiente (socioeconómico, cultural, familiar, etc.) y, lo que es más grave, en ocasiones se atiende solo la patología, lo que contribuye a desintegrar a la persona y a ignorar los factores ambientales contribuyentes o exacerbantes.

Consecuentemente se incrementa la inequidad en las prestaciones de manera que solo aquellos grupos con mayor capacidad de presión y mejor poder adquisitivo tienen acceso a ellas, lo cual hace aún más deficiente la cobertura para los más desprotegidos desde el punto de vista socioeconómico.

1.3 Trabajadores

La patología del trabajador, generada fundamentalmente por la industrialización y la tecnología, impone severas exigencias para su atención. Se trata en su mayor parte de un grupo de adultos jóvenes, en edad productiva —aunque también se encuentran en número apreciable los

niños trabajadores y los ancianos capaces, principalmente en el sector informal— donde los procesos agudos generan muchas veces invalideces y secuelas cuyas consecuencias son en oportunidades tan impactantes como la propia muerte.

La falta de servicios de salud ocupacional y las limitaciones que estos presentan para una atención integral de los trabajadores que comprenda la prevención y la detección precoz de las afecciones ocupacionales, requiere que se intensifique la capacitación de los profesionales de la salud ocupacional. Esta capacitación debe incorporar las bases científicas de las relaciones exposición-daño; la relación entre los productos y desechos industriales y las posibles reacciones del organismo humano; las políticas y legislación necesarias, y los mecanismos y métodos de control —incluidos los efectos producidos por dosis bajas de sustancias tóxicas en períodos largos de exposición— a fin de atender los casos incipientes aun en la ausencia de síntomas evidentes.

1.4 Mujeres

A los problemas biológicos propios de la mujer se han asociado los que surgen del cambio de su papel dentro de la sociedad y la familia, de su autovaloración como ser pensante, capaz de cuestionar y con poder de decisión, así como de su necesidad de realización más allá de su función de madre. A esto se suma su necesidad de insertarse en el mercado laboral, lo que trae aparejada la necesidad de respuestas adecuadas con un enfoque integrador que permita abordar no solo los problemas físicos de la mujer sino aquellos que corresponden a su desajuste psicosocial.

1.5 Discapacitados

Se hace referencia al conjunto de personas con limitaciones mentales o físicas que en nuestra sociedad tienen un acceso mínimo o nulo a los servicios de salud.

Igualmente, las prestaciones recuperativas son casi inexistentes para las personas limitadas por trastornos de los órganos de los sentidos, como ceguera y sordera. Los discapacitados o inválidos motrices disponen de algunas prestaciones, las cuales siguen siendo parciales e insuficientes.

Las necesidades especiales derivadas del retardo mental constituyen un vacío en nuestro modelo de prestaciones, dejando que sean las posibilidades de las familias las que dicten el tipo de acciones que se pueden conseguir para este grupo. El aumento de cobertura de la atención primaria de salud ha contribuido a disminuir los estados de hipoxia y anoxia durante el parto y por ende sus consecuencias neurológicas. Igualmente, los programas de estimulación para el desarrollo psicomotor han constituido esfuerzos para disminuir en el niño pequeño el déficit originado en la privación social. Aun así, ambos avances son todavía insuficientes. No existen

en la práctica programas de tratamiento o entrenamiento para el retardado mental. Es importante destacar que en términos de prevención, la mayoría de los países de la Región carece de programas de detección neonatal de hipotiroidismo congénito y fenilcetonuria, los cuales han demostrado ser de alto costo-beneficio porque disminuirían la necesidad de acciones de rehabilitación de este retardo mental prevenible. Aún queda mucho por hacer en nuestros países en lo que respecta a una atención adecuada del parto que disminuya los riesgos de anoxia perinatal y sus consecuencias neurológicas.

1.6 Otros grupos en riesgo

Personas en estado de pobreza, o de marginación rural o urbana, sufren habitualmente con máxima intensidad los efectos de las crisis económicas frecuentes en los países de la Región. Por su condición de marginalidad estas personas no tienen acceso a servicios elementales como salud, educación, vivienda y saneamiento básico, lo que a su vez perpetúa el círculo de la pobreza y la consecuente dependencia social.

Para estos grupos se requieren acciones urgentes —basadas en un compromiso multisectorial— que aborden simultáneamente las áreas deficitarias y sobre todo que contemplen la participación activa de la propia comunidad en la gestión de su desarrollo social y económico.

1.7 Ambiente

En primer término es necesario prestar más atención a los componentes esenciales del medio ambiente, o sea a los componentes físicos (abastecimiento de agua, eliminación de excretas, higiene de los alimentos, vivienda y otros) encaminados a controlar los factores ambientales de naturaleza biológica que aún afectan a muchos países, y que en algunos casos están en franco deterioro. Estos incluyen los causantes de las diarreas, afecciones respiratorias, enfermedad de Chagas, malaria, teniasis/cisticercosis, esquistosomiasis, triquinosis, balantidiasis, etc. De la más alta prioridad son la provisión de agua potable y la eliminación sanitaria de las excretas debido al impacto que tienen sobre varias de estas condiciones, así como por su importancia preponderante como componentes de la calidad de vida. Para esto se requiere la participación de un equipo de profesionales de la salud pública (incluidos médicos, veterinarios, biólogos, ingenieros, ecólogos, entomólogos y otros) con un conocimiento profundo de los aspectos biológicos y con suficiente conocimiento del medio ambiente humano, así como de la metodología de la investigación y de los mecanismos y medios para interrumpir la transmisión de las enfermedades. Una de las cosas que necesita atención, entre muchas otras, es la práctica creciente del uso de aguas servidas para riego de productos vegetales comestibles crudos y otros usos, lo cual es fuente de varias enfermedades. Esta práctica debe estar sujeta a reglamentos y control.

2. En el sector salud

2.1 Fallas en la organización y funciones del sistema de servicios

En el sistema de servicios existen aún problemas de cobertura en el nivel primario de atención, y sobre todo falta de equilibrio en el desarrollo de los niveles secundario y terciario del sistema. El menor desarrollo de estos últimos determina un “cuello de botella” que atenta contra la cantidad y calidad de las prestaciones.

Falta desarrollar y aplicar normas técnicas de manejo de problemas de salud relevantes en los países de la Región de acuerdo con su prevalencia y/o por su impacto negativo en la calidad de vida.

Falta desarrollar y/o aplicar o validar normas administrativas compatibles con la aplicación de normas de calidad técnica en la atención de pacientes.

Existe un excesivo centralismo en las decisiones del sector salud, lo cual determina fallas en la pertinencia de acciones en algunas situaciones y en la lentitud y rigidez para producir modificaciones.

Las áreas críticas más importantes que se detectan son:

a) Alta valoración de la prestación recuperativa

Para las personas, la acción recuperativa ha tenido tradicionalmente, y aún tiene, la primera prioridad, pues es la que plantea una solución inmediata cuando se percibe un problema de salud.

Para el equipo de salud que presta los servicios, las acciones recuperativas tienen prioridad diferente según el tipo de personal.

En los países latinoamericanos, las acciones recuperativas constituyen el quehacer exclusivo de la inmensa mayoría de los médicos.

Los otros integrantes del equipo realizan en cambio y de manera simultánea acciones de protección y fomento de la salud y su participación en tareas de recuperación está supeditada a la previa indicación diagnóstica o terapéutica expedida por un médico, quien ejerce su primacía.

b) Dificultades de acceso al sistema y fallas en su capacidad resolutiva

Se traducen en la ausencia de atención o en la atención inoportuna del problema.

Las dificultades de acceso también se producen para los niveles secundario y terciario (ambulatorios y de hospitalización), independientemente del nivel por el que se ingresa.

Los profesionales saben que cuando refieren pacientes a niveles de mayor complejidad, la atención se cumple solo para una fracción de ellos (no conocida con exactitud) y habitualmente con demoras variables

en el tiempo, por lo que en muchas ocasiones autolimitan sus referencias. A esto se debe sumar la falta de reconocimiento por parte del médico de entidades clínicas que requieren una atención más compleja.

Por otra parte, cuando se obtiene atención en los niveles de mayor complejidad, el médico de nivel primario solo excepcionalmente recibe un informe del especialista que le permita supervisar el tratamiento del paciente y recibir una retroalimentación sobre sus planteamientos diagnósticos iniciales.

Desde el punto de vista de los profesionales de los niveles secundario y terciario, las dificultades de acceso se detectan a través de las listas de espera, de la recepción de pacientes con complicaciones, de la realización de procedimientos de urgencia en lugar de electivos, entre otras.

La falta de resolución del problema de salud que originó la demanda puede estar determinada por la naturaleza misma de la enfermedad, pero en una proporción importante se debe a la falta de medios diagnósticos y/o terapéuticos al alcance del paciente. Esto ya sea porque el sistema los debería proveer y no están disponibles, o porque deben ser adquiridos por el paciente y este no cuenta con la capacidad económica para hacerlo.

Los conocimientos para la resolución de problemas son claramente diferentes para los distintos grupos programáticos. Para el grupo materno-infantil es razonablemente suficiente, dados los problemas de salud (patologías agudas) que se presentan con mayor frecuencia y cuyo manejo es fundamentalmente clínico.

Sin embargo, las necesidades de servicios que genera la población adulta y anciana son diferentes en cantidad y tipo, y el modelo exitoso para las acciones de salud materno-infantil no es adecuado. Para estos grupos no es suficiente la alta cobertura; tampoco lo es la utilización del recurso profesional paramédico y ni siquiera el trabajo médico clínico solo. Estos requieren apoyo del laboratorio, radiológico y de otra índole para el diagnóstico, así como de apoyo terapéutico-farmacológico por un tiempo prolongado y aun por toda la vida, amén de acciones de rehabilitación física, psicológica, social y laboral.

c) Fallas en la calidad de la atención

La calidad de una atención depende de la relación interpersonal equipo de salud-paciente, de los recursos materiales y de su componente técnico. Para las personas, la relación médico-paciente ejerce gran influencia en su percepción sobre la calidad del servicio teniendo cierto grado de independencia del resultado mismo. La relación más fugaz que se tiene con otro personal antes o después de la prestación médica tiene mucho menos influencia que el tipo y grado de relación que se establece con el

médico; esta a su vez tiene que ver con las habilidades de comunicación del médico, su calidez humana y el tiempo que le dedica al paciente.

Para el profesional es importante —además del alivio, la remisión parcial, la curación y/o la rehabilitación del enfermo— el nivel técnico con que realiza la prestación. Para ello tiende a establecer normas que debería cumplir frente a las patologías que atiende. Al aplicar la norma, el grado de calidad es la medida con que la atención prestada es capaz de establecer el equilibrio más favorable entre los riesgos que acompañan a todo proceso de atención y el beneficio alcanzado.

La calidad de la atención y su relación con el costo monetario es uno de los aspectos que se ha ido incorporando al análisis. Se busca realizar una prestación al mínimo costo que permita obtener el mejor resultado y sin iatrogenia.

Las múltiples consideraciones para una conducta clínica se ven facilitadas si se cuenta con normas técnicas muy bien diseñadas y aprobadas por consenso de expertos que aseguren la calidad de la atención.

A lo anterior se agrega que los profesionales perciben deficiencias y fuentes de insatisfacción en su ejercicio profesional en las instituciones de salud. Estas son:

- Rendimiento asistencial excesivo, con tiempo insuficiente para abordar adecuadamente los problemas del paciente.
 - Dificultades para tener acceso a actividades de perfeccionamiento.
 - Poca flexibilidad para adaptar las normas diseñadas en el nivel central o regional a los requerimientos del nivel local.
 - Interferencia en la dedicación a sus actividades dependientes del problema del multiempleo.
- d) Escasa investigación

Se aprecia claramente la falta de investigación operativa de los servicios de salud —en particular en lo que concierne a la calidad de la atención— y de aquella que explore las características de la inserción del recurso humano en el MPSS como fundamento para adecuarlo a situaciones cambiantes.

3. En la sociedad

3.1 Fallas en la educación médica

Si bien un modelo conductual caracterizado por una buena relación médico-paciente y una comunicación adecuada es lógico y necesario, la evolución histórica ha demostrado que este no se utiliza en la realidad.

Esto podría estar relacionado con modelos educativos donde brillan por su ausencia los contenidos psicológicos y de las ciencias sociales, y con la práctica médica vigente en los servicios de salud.

La sistematización de tal modelo conductual se ha hecho indispensable en la atención de algunos estratos de la población y de algunos daños, especialmente del grupo de las enfermedades crónicas. Así lo demuestran los estudios relacionados con el cumplimiento (adherencia) de las maniobras diagnósticas y terapéuticas y los relacionados con los resultados de índices pronósticos, donde el estrato sociocultural, la educación del paciente y del grupo familiar están correlacionados estrechamente con los resultados (incapacidad, daño resultante y tasas de mortalidad en algunos de los grupos de entidades morbosas).

En algunos aspectos sociales se perciben importantes vacíos ya que la formación médica está centrada en el individuo y le falta considerar que este se inserta en un medio familiar y en una comunidad, lo que muchas veces determina su estado de salud o enfermedad.

Si ignora los aspectos sociales y comunitarios, las acciones que el médico desarrolla no responden a las características epidemiológicas locales y se pierde gran parte de su impacto.

Los aspectos del medio ambiente físico no se consideran en forma sistemática y suficiente de modo que el médico no tiene presentes las características, problemas y necesidades de protección del habitat (aire, agua, suelo, alimentos), como parte de su responsabilidad profesional.

El recurso humano así formado, el cual resulta de una educación desarticulada no está preparado para:

- utilizar racionalmente los recursos disponibles y las nuevas tecnologías;
- aplicar adecuadamente normas técnicas y administrativas;
- ejercer liderazgo como agente de cambio en la sociedad;
- incorporar a la comunidad con participación activa.

3.2 Limitada integración e intersectorialidad

El MPSS está desfasado en tiempo y espacio de las necesidades de la población y del medio ambiente, y a su vez las universidades están desfasadas en tiempo y espacio de las necesidades del modelo de prestaciones. El cisma entre el ambiente académico y la práctica impide la identificación de problemas comunes y la formulación de objetivos compartidos.

Asimismo, falta integración del modelo de prestaciones con otros sectores del desarrollo, especialmente con los relacionados con políticas sociales. Entre ellos están la educación, las obras públicas, el medio ambiente, la vivienda y los organismos nacionales de planificación.

B. Implicaciones del análisis del MPSS

Como resultado del análisis del MPSS surgen reflexiones sobre la manera como la corrección de las áreas críticas detectadas puede contribuir a mejorar la práctica de la salud pública. Es cierto que tales acciones no pueden ser vistas en forma aislada sino dentro del marco nacional y local, con su propio grado de desarrollo social y económico, en el contexto de las políticas nacionales en general y sociales en particular, y sin perder de vista la organización del sistema de salud y su esquema de financiamiento. Dado que tales aspectos han sido objeto de análisis en espacios previos, se enuncian en lo que sigue solo los elementos relevantes para la especificidad de las prestaciones, la investigación y la docencia.

1. Para el servicio de salud

1.1 La implicación mayor para el modelo de prestaciones que surge de las reflexiones anteriores es la necesidad de contar con sistemas de salud organizados en niveles de complejidad-cobertura.

El equilibrio en el desarrollo de los niveles va a depender del grupo poblacional al que estén dirigidas las acciones, lo que exige la flexibilidad del sistema.

- Para la detección y el control de pacientes, sobre todo crónicos, debe contarse con un nivel primario de alta cobertura. En una primera etapa este debe satisfacer la demanda espontánea, mejorando la capacidad resolutive del médico general a través de capacitación continua y de apoyo diagnóstico de laboratorio y radiología, y de asegurar la disponibilidad de un arsenal farmacológico básico adecuado.
- Los sistemas locales de salud deberían disponer de un centro de diagnóstico común para un grupo territorialmente cercano en el que estos exámenes se realicen sin trasladar pacientes sino muestras, cada vez que ello sea posible.
- Simultáneamente se deben expandir los niveles secundario y terciario para que respondan oportunamente a la referencia, ya sea a través de consulta ambulatoria especializada o de la hospitalización.
- Al aumento de la demanda debe responderse creativamente de acuerdo con las condiciones locales: expansión del horario de atención (el horario vespertino podría ser adecuado para la población adulta), atención calendarizada por especialistas que acu-

dan al nivel primario, etc. Una mejor utilización de la infraestructura disponible no parece difícil de conseguir siempre que pueda contarse con el recurso humano adecuadamente preparado.

La incorporación coordinada de acciones de promoción y prevención, la integración del grupo familiar y la participación activa de la comunidad, y el eventual seguimiento en el hogar de pacientes limitados en su movilidad, completarían el esquema.

Para proveer servicios de salud más idóneos a los adolescentes se puede mejorar el modelo de prestaciones en etapas iniciales con medidas relativamente simples y que permitan promover estilos de vida más saludables. Si se mide qué proporción de atenciones para este grupo de edad se realizan desorganizadamente en distintos programas, se puede calcular la cantidad de insumos, recursos de infraestructura y humanos que ya se están destinando al grupo. Entre los profesionales, siempre es posible encontrar algunos dispuestos a enfrentar el desafío de atender adolescentes; contando con este recurso se puede establecer una "unidad funcional" de atención de adolescentes, susceptible de ser reforzada progresivamente. La atención en esta unidad puede ser variable (un par de horas, dos veces por semana, etc.) pero establecida de antemano y conocida por la población.

La intersectorialidad es muy importante, especialmente para un grupo que, como el de los adolescentes, muchas veces hay que ir a atenderlo a los lugares donde se encuentra: la escuela, la sede del grupo juvenil, la comunidad en general. Asimismo se debe propiciar la integración con el sector informal.

Los grupos vulnerables especiales no pueden mantenerse marginados del modelo de prestaciones. La búsqueda de respuestas innovadoras tanto en las acciones recuperativas como en las de promoción y prevención es obligatoria. La vinculación de equipos multidisciplinarios, el apoyo a la formación y desarrollo de grupos de auto-ayuda, la incorporación de voluntarios en el contexto de una participación comunitaria activa pueden representar progresos siempre y cuando el sector salud tenga la voluntad y exista la capacidad de decisión para mejorar la equidad del modelo de prestación de servicios.

Se hace necesario además adecuar y organizar los servicios de salud de manera que los adultos y ancianos cultural y socioeconómicamente más desprotegidos tengan cobertura y acceso a la tecnología necesaria.

La situación de la salud de los trabajadores hace necesario un cambio significativo en los servicios de salud ocupacional, ampliando adecuadamente el ámbito de acción para dar alta prioridad a los aspectos de prevención y promoción. En la actualidad, los servicios curativos que atienden a la mayoría de los trabajadores enfermos entran en acción cuando los

síntomas son evidentes, mientras que desde el punto de vista del enfermo es deseable que se actúe aun cuando estos no sean perceptibles. Para esto se requiere que los trabajadores del equipo de salud ocupacional tengan el conocimiento científico y operacional de la relación entre la salud y la exposición a los factores etiológicos en tiempo y concentración, así como de las características de la respuesta del individuo y la forma de prevenir los impactos. A través de la capacitación e investigación también será necesario encontrar y aplicar métodos más refinados de detección de daños, particularmente los causados por exposiciones a sustancias tóxicas en dosis bajas, por períodos largos.

Por otra parte y en forma similar se requiere reforzar los servicios de salud y afinar los sistemas de diagnóstico a través de la capacitación, con el fin de que estos puedan dar una atención más refinada en aspectos de daños ocupacionales al gran número de trabajadores del sector informal que no tiene acceso a los servicios organizados de salud ocupacional.

1.2 La situación de transición representa un enorme desafío para la definición de políticas de salud y la aplicación de modelos de prestación de servicios. Se debe mantener y mejorar lo alcanzado en el área materno-infantil y en el de las enfermedades infecciosas, a tiempo que se enfrentan con urgencia los problemas de otros subgrupos de población y las enfermedades crónicas y degenerativas.

1.3 Igualmente, se debe incorporar como objeto de atención al medio ambiente biológico, físico, químico y social que actualmente carece de servicios apropiados. Así se contribuirá a la equidad en salud.

Para promover y proteger la salud ambiental, será necesario cambiar la actitud de todos los involucrados y modificar los métodos y estructuras tradicionales de la salud pública, a tiempo que se desarrollan los mecanismos de cooperación y coordinación con los otros sectores, a todos los niveles.

2. Para la docencia

Dados los vacíos de formación detectados que atentan contra la idoneidad del modelo de prestación de servicios de salud se recomienda:

2.1 Capacitar a los profesionales que ya estén en los servicios en los aspectos de salud pública a efectos de permitirles desarrollar funciones directivas con eficacia y eficiencia. La colaboración de las escuelas de salud pública y de los departamentos de medicina preventiva y social aparece indispensable.

2.2 Reestructurar los programas de enseñanza de la medicina y de la salud pública a fin de dar suficiente atención a la interacción del

hombre con su ambiente material y no material. Lo anterior implica mejorar la calidad de la educación y ampliar su ámbito para incluir materias como la epidemiología ambiental, toxicología ambiental, medicina comunitaria, legislación, higiene y otros. Con esta capacitación, el personal médico y de salud pública puede dar la primera voz de alerta al enfrentarse con las señales patológicas iniciales causadas por elementos del medio ambiente que puedan tener el potencial de afectar o estén afectando en forma incipiente a la población.

2.3 Incorporar en los programas de las facultades de medicina los aspectos psicosociales, de salud ambiental, y de salud pública que se requieren para adecuar el MPSS a las necesidades de la población. En este esfuerzo deben considerarse las nuevas tendencias.

2.4 Promover la formación de especialistas mixtos, clínicos y de salud pública mediante los mecanismos más idóneos.

2.5 Incorporar aspectos pertinentes en la educación y capacitación de los profesionales de la salud, incluyendo al médico, para facilitar su trabajo con muchos otros especialistas que provienen de otros sectores, sobre todo en el caso de la salud ambiental. En este último campo se requiere la participación de ingenieros, planificadores urbanos, abogados, arquitectos, economistas, políticos y otros. Los aspectos técnicos tendrán que ser complementados con una comprensión de la naturaleza del ser humano en su medio ambiente. Con estos conocimientos, los profesionales de la salud pueden contribuir a que se tomen las decisiones sobre desarrollo, tecnificación y otros aspectos, alertando desde el inicio de los proyectos sobre los posibles impactos que aquellos pueden producir en la salud, el bienestar y el medio ambiente.

2.6 Aplicar estrategias innovadoras para desarrollar la capacidad de negociación y de liderazgo extrasectorial, por ejemplo, a través de la capacitación conjunta de profesionales involucrados en programas sociales públicos de nivel local (educación, obras públicas, vivienda, entre otros).

3. Para la investigación

Se recomienda el desarrollo de investigaciones operativas en los países de la Región. Entre los temas prioritarios se señalan:

3.1 Calidad de la atención médica, utilizando las diferentes aproximaciones metodológicas conocidas y explorando algunas nuevas que consideren: calidad en comparación con modelos teóricos deseables; impacto de resultados sobre la salud; satisfacción de usuarios, bondad del ambiente, satisfacción del prestador.

3.2 Características de la utilización del recurso humano. Inserción del médico, del especialista en salud pública y de otros profesionales en el sistema de salud y sus subsectores, considerando todos los determinantes.

3.3 Características de la enseñanza de la salud pública (salud colectiva) en el pregrado (facultades de medicina y otras carreras de la salud) y en el posgrado.

3.4 Investigar la calidad de vida de pacientes con patologías crónicas que generan cambios en el individuo, su medio familiar y ambiental.

3.5 Evaluar si los indicadores utilizados actualmente para medir la situación de salud de la población y del ambiente son válidos para la planificación de la misma.

VI. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

A. Áreas críticas

1. En el MPSS

1.1 Insuficiencia y “oportunidades perdidas” en la prevención integral de daños y riesgos en las sucesivas etapas del ciclo vital de las personas

A pesar del progreso en el conocimiento y las tecnologías de prevención en el mundo, así como de los cambios sociales y de salud que experimentan los países de la Región, existen acciones preventivas necesarias que no se brindan de una manera sistemática o programada a la población y al ambiente, o que cuando se brindan alcanzan coberturas muy bajas sin llegar a los grupos o ámbitos de mayor riesgo. Es más, aun en el caso de que exista una relación concreta para otros propósitos entre el servicio de salud y la población o el ambiente, la oportunidad no se aprovecha (“oportunidades perdidas”) para brindar una prestación preventiva procedente. A continuación se citan los ejemplos más relevantes.

- A pesar del control prenatal existe todavía un bajo nivel de cobertura con vacuna antitetánica en embarazadas. Esto hace que se mantengan los niveles de incidencia y mortalidad por tétanos neonatal. En esta etapa tampoco se aplican procedimientos para detectar y registrar predictores de riesgo, como por ejemplo la hipertensión en relación con la eclampsia.
- No existe aún una atención generalizada del embarazo en todas

sus fases que permita prevenir problemas como la parálisis y otras formas de daño cerebral con o sin retardo. La falta de detección del sufrimiento fetal que da lugar a la hipoxia está causando todavía problemas de retardo mental secundario que se podrían prevenir mediante procedimientos adecuados de resolución del parto. Lo mismo aplica para el retardo mental originado en problemas genéticos como el hipotiroidismo y la fenilcetonuria. Su detección y manejo adecuado permitirían un crecimiento y desarrollo físico y neurológico normales.

- La prevalencia de trastornos nutricionales y psicoafectivos en el período neonatal se debe fundamentalmente a la falta de aplicación de medidas preventivas que eviten la separación del recién nacido de su madre y promuevan y faciliten la lactancia materna.
- Los lactantes se ven afectados por el incumplimiento del programa de vacunación; la falta de adiestramiento de sus madres en la utilización de la rehidratación oral; la falta de difusión y aplicación de la estimulación temprana del desarrollo psicomotor; ausencia de actividades de prevención para diarreas, accidentes y otros programas prevalentes entre los contenidos educativos de la consulta que deben ser dirigidos a la población.
- En la edad escolar los problemas prevenibles se relacionan con la detección tardía de deficiencia en el aprendizaje.
- En la adolescencia se presentan deficiencias en la detección de conductas de riesgo propias de la edad, así como de factores de riesgo provenientes del propio individuo, de la familia o del medio ambiente. El modelo de prestación no realiza intervenciones preventivas en áreas como el embarazo de menores y sus implicaciones para la salud del adolescente y del infante. Tampoco se aborda el uso productivo del tiempo libre como una herramienta de prevención de daños en los adolescentes.
- Al igual que los adolescentes, los jóvenes y los adultos tienen muy escasos contactos con el sistema de salud y estos son motivados por episodios de morbilidad, centrándose la acción del médico en el motivo de consulta. Se observa un mayor número de contactos con los servicios en la mujer que en el hombre.
- En general, se desaprovechan las oportunidades para reforzar las conductas saludables o modificar los comportamientos de riesgo en la esfera de la sexualidad (prevención de embarazos no deseados o no deseables, prevención de enfermedades de transmisión sexual, etc.); en la esfera de la nutrición-alimentación; en la esfera de prácticas sociales generalizadas (sedentarismo, tabaquismo, uso de alcohol y drogas).

- En tanto la atención se centra en la patología, no se procede en forma sistemática a realizar un examen físico completo ni a llevar a cabo exámenes de laboratorio y procedimientos de reconocida utilidad y rendimiento en determinados grupos de riesgo. Se incluyen aquí el perfil bioquímico, la medición de presión arterial o presión ocular, el Papanicolau, la mamografía, el tacto rectal, etc. Tampoco se educa adecuadamente a los pacientes para que participen activamente en su autocuidado.
- Los problemas de salud no transmisibles que afectan progresivamente a este grupo de población por lo general no son objeto de abordajes programáticos apropiados, lo que determina grados crecientes de deficiencia, discapacidad y muerte. Hay ausencia de mecanismos orientados al adulto en contextos tales como la familia, el trabajo y la comunidad.
- Se desconocen las características y necesidades del anciano y existe una concepción muy negativa sobre sus ideales de salud. La prevención de los problemas de salud y, sobre todo, sociales del anciano no está desarrollada suficientemente. Falta incorporar un enfoque de calidad de vida centrado en mantener la funcionalidad y la autonomía del anciano. Esto requiere una proyección que trascienda la acción del equipo de salud; se requiere un trabajo multidisciplinario y la ampliación de los conocimientos y destrezas psicosociales del profesional de salud, de los cuales carece actualmente. Se descuida también el uso de recursos de toda índole existentes en la comunidad para la prevención y atención de estos problemas.
- Afecciones de salud como la patología crónica, la polipatología y el daño remanente después de superada la fase aguda de una enfermedad, afectan a todos los grupos etáreos. Estas condiciones no son abordadas, o lo son muy parcialmente, por el MPSS, lo cual señala un área crítica que debe enfrentarse con urgencia a fin de que dichas condiciones no determinen discapacidad física o psicológico-social, ni tampoco laboral si se está en edad económicamente activa.

Un problema común a todos los grupos de edad es que no existen actividades preventivas enfocadas hacia los aspectos psicosociales, que tienen que ver con conductas de riesgo en el área de las violencias, las relaciones interpersonales, la educación y el refuerzo valorativo y de comportamiento en términos de la familia, ni adecuada intervención en momentos de crisis que sirva para evitar problemas más severos.

Por último, un área que requiere suma atención en términos de acción preventiva y que afecta a todas las edades es la salud oral.

1.2 La prevención primaria está casi exclusivamente circunscrita a la salud biológica de las personas, y existe escaso desarrollo y experiencia sobre prevención secundaria y terciaria

Las actividades de prevención primaria se circunscriben fundamentalmente a prestar protección específica por medio de programas de vacunación, los cuales han demostrado su eficacia, eficiencia y efectividad logrando la erradicación de enfermedades como la viruela. Estas actividades tienen prestigio debido al éxito alcanzado. Esto, unido al mejor conocimiento que los profesionales de la salud tienen al respecto, determina que su participación en actividades de prevención de problemas del ámbito psicosocial (la violencia, los conflictos interpersonales, etc.), sea muy escasa o nula. Lo mismo sucede en la prevención primaria de los problemas de salud ambiental, cuya orientación es casi exclusivamente biológica. Aun cuando en el área de salud mental se han desarrollado líneas de pensamiento innovadoras, estas no se han traducido en acciones preventivas en la práctica.

En cuanto a los otros niveles de prevención, los pocos programas de prevención secundaria existentes alcanzaron su máximo desarrollo en los primeros años de la década de los ochenta, pero su cobertura de pacientes efectivamente controlados no ha incrementado posteriormente en la medida prevista, e incluso se ha deteriorado en la mayoría de los casos. La prevención terciaria tiene solo una expresión individual en la atención médica y en esta área no se valoran suficientemente los recursos comunitarios.

1.3 Atención limitada de la contaminación y otros problemas ambientales

Se detecta un gran vacío en el MPSS con respecto a actividades de prevención de daños al ambiente a nivel local, regional y nacional. Ello se ha traducido concretamente en la reaparición de problemas que se consideraban en vías de erradicación (dengue, malaria, enfermedad de Chagas y otros en algunos países), debido a la permanencia y/o formación de reservorios y condiciones ambientales que favorecen el crecimiento de vectores. Otros factores determinantes de estas enfermedades resultan de la falta de compromiso de algunos países con los respectivos programas de control.

En la actualidad, todos los países de la Región están enfrentando, en mayor o menor grado, un incremento en los niveles de la contaminación ambiental en las áreas urbanas y rurales, como resultado de múltiples factores. Entre ellos se destacan el crecimiento acelerado de la población, el desarrollo económico y la urbanización. El uso del agua, la disposición de aguas servidas, los desechos sólidos, la utilización creciente de sustancias químicas, las actividades agrícolas e industriales, así como el transporte automotor, contribuyen a la contaminación del agua, el aire, el suelo y los alimentos que no está recibiendo la atención debida.

La protección del ambiente también requiere que el MPSS incluya actividades de educación para la prevención dirigidas a la población a fin de que individuos o grupos adopten conductas que eviten el deterioro progresivo del habitat. El uso de materiales biodegradables es solo un ejemplo.

1.4 La prevención no está integrada a las otras estrategias de acción

El conjunto de prestaciones que se brinda a las personas (individualmente o como poblaciones) y al ambiente comprende en teoría acciones de recuperación, prevención y promoción. Sin embargo estas no se realizan integradamente sino en forma aislada y con diferente énfasis, privilegiando el componente recuperativo.

En el MPSS el componente preventivo está aislado del componente recuperativo, entre otras razones por las siguientes:

Lugar efector (dónde se realiza): Tradicionalmente, las acciones preventivas se han realizado en centros de atención ambulatoria de baja complejidad. La atención recuperativa se realiza en parte en centros ambulatorios y en parte en el hospital, tiene características episódicas, y se enfoca solo hacia el problema que origina la demanda. Estas instancias (servicios de urgencia, salas de hospitalización, centros de detección, etc.) no se utilizan para realizar acciones preventivas, desaprovechándose así una excelente oportunidad pues el tiempo de contacto y la disposición psicoafectiva del enfermo facilitan la receptividad.

Quiénes realizan las prestaciones (profesional efector): Las actividades recuperativas se realizan casi exclusivamente por médicos que cuentan con escaso tiempo para cada prestación, lo que hace que estos se concentren exclusivamente en el problema que suscita la demanda sin explorar otros que pudieran estar presentes y menos aún aquellos que requieren acciones preventivas. A la falta de tiempo se agrega una defectuosa relación médico-paciente y una actitud de escaso o nulo compromiso de este profesional con la prevención.

A diferencia de lo anterior, las acciones de prevención, particularmente las comprendidas en el área de educación en salud, son realizadas en su mayoría por otros miembros del equipo: enfermeras, obstétricas (parteras), nutricionistas, auxiliares paramédicos. A la desintegración de las prestaciones se agrega entonces el problema de falta de coherencia, y aun de contradicciones, en los contenidos educativos u otras medidas de prevención.

2. En el sector salud

2.1 Subvaloración y desarticulación de la acción preventiva en el sistema formal

El componente preventivo de las acciones generales de salud no es suficientemente valorado por los distintos protagonistas. Los niveles de decisión política parecen más preocupados por dar respuestas inmediatas a grupos de presión que de invertir en decisiones políticas sobre medidas preventivas cuyo efectos solo se ven a largo plazo. Asimismo, no siempre están suficientemente informados o consustanciados con la relevancia y el alcance de las medidas preventivas.

Se hace difícil establecer un perfil uniforme de los formuladores de políticas de salud. Existen desde aquellos que tienen una muy buena capacitación y comprensión holística de los problemas de salud, hasta aquellos que llegaron a esa posición careciendo de los conocimientos mínimos necesarios al respecto. Aun los que tienen adecuada capacitación técnica pueden carecer de habilidad política para llegar a concretar sus planteamientos.

En cuanto a los trabajadores de la salud, se encuentra una variada gama de actitudes respecto a la real valoración de las acciones preventivas. Entre los médicos y odontólogos es acentuada la tendencia a la especialización con neto predominio de lo curativo. Esta tendencia se estimula en el pregrado y es reforzada luego por el mercado de trabajo. En cambio, otros trabajadores de la salud (enfermeras, trabajadores sociales, técnicos en saneamiento, etc.), valoran más el componente preventivo por razones de su formación y de su actividad laboral.

Tales consideraciones son importantes para propósitos de la formulación de objetivos y metas de las actividades preventivas, que deben realizarse en un contexto de integralidad con acciones de recuperación y fomento de la salud y de complementariedad entre intervención individual y "poblacional". También lo son para las decisiones sobre mecanismos, características y tiempo de monitoría y evaluación de tales actividades, en particular de aquellas orientadas a problemas de larga evolución.

Por otra parte, existen diferentes barreras que impiden el reconocimiento y la incorporación de modalidades propias de la comunidad para proteger su salud al bagaje del conocimiento formal o institucional del sector. Tales barreras perturban la mutua adaptación de las normas y acciones a las características culturales propias de instituciones y comunidades.

Esta separación entre realidad social y el sistema de salud limita y distorsiona el impacto de las acciones preventivas y su eficacia (porcentaje de cobertura, aceptabilidad) y mantiene niveles de costos superiores a los deseables. Asimismo impide la integralidad de la prestación al ubicar en el centro de la racionalidad la decisión y estructura institucional y no la realidad concreta del sujeto destinatario de la acción, sea este el individuo, la familia o la comunidad.

Aparecen como elementos fundamentales de esta dificultad la distancia existente entre las distintas realidades culturales, la concentración del poder en el ámbito institucional, su reticencia explícita o implícita para la transferencia del mismo a la comunidad (democratización) y su valoración negativa de las posibilidades y realidades de la cultura comunitaria.

En este contexto, el incremento de recursos y la sofisticación de las técnicas no aseguran una mayor eficacia en la acción preventiva, sino que aparece como "más de lo mismo" para una clientela cautiva y dependiente, autogenerada institucionalmente con niveles suficientes para su propia justificación que, en muchos casos, incluye en los porcentajes sin cobertura a la población de mayor necesidad y riesgo.

Expresión concreta de esta situación es la baja participación de la población en el diseño y decisión sobre acciones y programas preventivos, y la escasez de tecnologías y normas disponibles para hacerla efectiva, así como las dificultades administrativas, legales y burocráticas para la transferencia de recursos reales para uso y administración de la propia comunidad.

2.2 Concepción distorsionada del ambiente e implementación deficiente de las acciones de salud ambiental

La propia concepción de ambiente que maneja el sector salud puede ser considerada como un área crítica. No es raro que este sea entendido como el medio físico-químico-biológico que circunda al individuo, ignorando a la vez que en este "medio" operan todos los procesos sociales (cooperación, competencia, conflicto, control que llevan a la democracia, participación, etc.), que afectan fundamentalmente al ambiente como un todo y al comportamiento del ser humano en situación de salud en particular. Por otra parte, la dimensión humana-social está disociada del concepto de ambiente en el contexto del sector salud. Esto dificulta los abordajes preventivos tanto individuales como ecológicos y poblacionales.

Es evidente que la promoción y protección de la salud del ambiente no ocupa una posición destacada en los planes y programas oficiales. Las unidades responsables de tal objetivo dentro del sector son generalmente débiles y carecen de la importancia necesaria para asumir el liderazgo que les corresponde en la estrategia global de prevención.

Dentro de esta área se presentan dos deficiencias particularmente críticas en lo que atañe a la prevención.

En primer lugar, en varios países de América Latina aún no se ha definido con claridad una política orientada a regular la utilización de los recursos hídricos existentes, proteger su calidad y asegurar su suministro. Las leyes y reglamentos sobre esta materia generalmente presentan grandes deficiencias y en ocasiones han llegado a la obsolescencia.

Esta situación ha dado lugar a frecuentes desacuerdos entre las

instituciones que administran el recurso, debido a la competencia que se establece por su utilización para diferentes fines (agrícola, energético, de recreación, etc.)

A esto se suma el problema de que por lo general, las aguas residuales de procesos industriales y de los alcantarillados municipales son descargadas sin ningún tratamiento produciendo un alto grado de contaminación en el cuerpo receptor, degradando su calidad y tornándolo peligroso para la salud de las poblaciones.

Los altos costos actuales de tratamiento y la ausencia de tecnologías apropiadas han obstaculizado la solución de este problema, por lo que se requiere buscar opciones y tecnologías alternativas.

En segundo lugar, a pesar de los esfuerzos realizados por los países de la Región para dotar a las poblaciones urbanas y rurales con sistemas de agua potable y disposición de excretas, estos han resultado insuficientes para alcanzar una cobertura satisfactoria, y existen aún grandes núcleos de población, principalmente de las áreas rural y periurbana, que no disponen de estos servicios tan fundamentales en la protección de la salud.

2.3 Insuficiente utilización de conocimientos y técnicas preventivas

Muchas veces no es por falta de conocimiento teórico que las prestaciones no se brindan en forma adecuada, sino porque las personas encargadas de las mismas no recibieron correctamente la información necesaria para la aplicación de la prestación de referencia y si la recibieron no supieron utilizarla.

Otras veces no se utiliza el conocimiento existente sobre medidas eficaces para la prevención. Tal es el caso de las diarreas o caries dentales, en que los recursos se destinan preferentemente al tratamiento y no se valora el beneficio mayor que se obtendría al tratar adecuadamente el agua y utilizar flúor en sus diversas formas de aplicación. Por otra parte, cuando se propone atacar el problema de fondo, con frecuencia no se tiene acceso a los niveles decisorios por la desintegración existente entre el servicio y los organismos del sector salud y entre este último y otros sectores implicados.

2.4 Empleo deficiente de la tecnología de comunicación

De las formas de comunicación existentes, una de las más eficientes en función de la rapidez con que se transmiten los mensajes, su comprensión y su credibilidad, es la comunicación conocida como informal. En muchas comunidades pequeñas, especialmente en las zonas rurales, la comunicación informal es abundante y a veces la única existente.

Esta forma de comunicación, que podría ser utilizada complementariamente a la formal u "oficial" ha sido poco empleada por las au-

toridades del sector salud, a pesar de su uso común por parte de los líderes religiosos, políticos y de la medicina popular.

En lo que se refiere a la tecnología de la comunicación masiva, aunque esta se encuentra bastante desarrollada, su aplicación en el sector salud es aún débil, especialmente en los servicios de salud pública, y la que se utiliza en la mayoría de los países es en cierto modo primitiva e inapropiada para la población a la que se destina. Por otra parte, los contenidos son inadecuados y los mensajes no siempre se ubican en el marco de referencia de la comunidad. Lo anterior determina que la comunicación no sea eficiente y que se produzca un vacío importante en el sector salud ya que los medios de comunicación de masas poseen un fuerte poder de influencia sobre los comportamientos de la población, crucial para la prevención.

Sin embargo, la observación del contenido de los mensajes que circulan del sistema hacia la sociedad ponen en evidencia que prácticamente no existe preocupación por la prevención. Comienzan a aparecer informaciones específicas relacionadas con determinados daños (tabaco, alimentos con alto contenido de colesterol) especialmente en los grandes centros urbanos. Pero por lo general puede afirmarse que la población tiene acceso precario al conocimiento sobre prevención en el campo de la salud, no solo porque no se trasmite por los medios masivos de comunicación, sino por que tampoco está presente en otras instancias informativas, como conferencias, anuncios, contactos con los profesionales de salud, etc. Son raros los mensajes preventivos transmitidos al público de una manera planificada por parte de los órganos o instituciones gubernamentales del sector salud.

2.5 Insuficiente evaluación de la eficacia, eficiencia y efectividad de actividades preventivas

Uno de los mayores problemas que se identifica es la cuestión de la efectividad que se logra alcanzar a través del nivel operativo. Acciones que tienen eficacia comprobada como los exámenes periódicos de salud en personas supuestamente sanas para la detección precoz de procesos mórbidos pueden no presentar los resultados esperados debido a la falta de calidad en su ejecución.

Otro problema lo constituye el riesgo de la divulgación y aplicación de medidas preventivas que no han sido adecuadamente evaluadas en cuanto a su eficacia y eficiencia, lo cual puede llevar a la pérdida de credibilidad frente a nuevos descubrimientos. Esto es particularmente importante en esta década donde los medios masivos de comunicación y en algunas oportunidades, intereses espúreos, han sancionado y promovido una serie de prácticas sobre lo que se supone constituye una "vida sana".

En las estructuras de los sistemas de salud, las unidades opera-

tivas no son evaluadas de acuerdo con los resultados que logren alcanzar (en términos de mejoría del nivel de salud de la población), sino por la cantidad de prestaciones brindadas. De esta manera no se considera el contenido cualitativo de las prestaciones ni tampoco se valoran aquellas actividades no tradicionales (integración con la comunidad, relación con instituciones del sector o de otros sectores u otras iniciativas innovadoras).

Por otra parte, la utilización de estudios de evaluación del impacto de ciertas modificaciones del medio ambiente sobre la salud de la población —los cuales han demostrado ser una valiosa herramienta para la toma de decisiones en la selección de alternativas de proyectos de desarrollo y en la prevención de la contaminación ambiental— ha sido bastante limitada.

2.6 El componente preventivo aparece casi exclusivamente en el ámbito del ministerio de salud en el subsector público y este carece de liderazgo

Los cambios observados en la situación de salud, los avances del conocimiento sobre causalidad y prevención de la mayoría de las enfermedades o daños, la mayor comprensión del rol de la sociedad y del ambiente en la determinación de la salud y de sus prácticas, la reorientación de los sistemas nacionales de salud a partir del desarrollo de los sistemas locales y la creciente participación social, plantean la necesidad de un componente formal del sector salud con capacidades de liderazgo y con nuevos roles y funciones. Esta perspectiva contrasta con la pasividad observada por dicho componente, el cual, además de sus deficiencias en recursos de toda índole, no ha innovado sus estrategias lo suficiente ni ha modificado su organización y funciones en coherencia con los cambios históricos de la situación social, incluyendo la de salud.

En el sector estatal, una característica particular del componente preventivo es su casi exclusiva restricción al ministerio de salud. En la mayoría de los países son incipientes y tardías las experiencias y acciones por parte de la seguridad social. En el campo privado, la labor preventiva aparece orientada hacia patologías específicas, mientras que en las instituciones no gubernamentales sin fines de lucro están orientadas a la comunidad, siendo de orientación más individual y normativa en los sistemas de seguro médico.

Es de destacar que allí donde el recurso humano o el evitar el daño es económicamente rentable aparecen claros y vigorosos desarrollos de acciones de prevención personal y ambiental, tal como ocurre en algunos casos en el área de seguridad e higiene laboral.

En conjunto, sin embargo, una prevención sistemática, organizada, amplia y equitativa dista mucho de ser alcanzada, y las pocas opciones del sector privado quedan prácticamente a la disponibilidad exclusiva de una minoría de personas de un nivel educativo y económico alto.

2.7 Organización del modelo y coordinación entre los diferentes niveles de complejidad

A diferencia de la actividad recuperativa, que es más bien episódica, la actividad preventiva requiere persistencia en el tiempo, implica repeticiones, varias estrategias simultáneas para el mismo objetivo, seguimiento y evaluación cíclica. La falta de continuidad por un mismo profesional en los diversos contactos que la población tiene con el sistema, atenta contra la efectividad de la acción preventiva.

Igualmente, la ausencia de coordinación entre los diferentes niveles de complejidad atenta contra el seguimiento y el necesario refuerzo cuando un paciente es referido. Otro elemento negativo es la mala calidad general de las fichas clínicas que tienen registros muy incompletos de lo que se realiza con el paciente en atención recuperativa y que en la práctica no contempla registro de las actividades de prevención, con excepción de vacunas. La falta de coordinación incluye el que las fichas médicas no acompañan al paciente referido de un nivel de complejidad a otro.

2.8 La aplicación actual de la planificación no responde a las nuevas exigencias de la prevención

A fines de la década del sesenta y en los años setenta, la planificación "matemática" (OPS-CENDES) tuvo gran auge en los países de la Región. En los ochenta la orientación ha sido hacia la planificación estratégica. Sin embargo, la realidad de los países ha determinado que la aplicación de la planificación haya sido mínima, en parte por los cambios sufridos por el sector salud y por las crisis económicas que se han vivido. En la práctica, con base en el llamado "presupuesto histórico" se programan las actividades factibles de ser realizadas, dando prioridad a las acciones curativas sobre la población o el ambiente enfermo según la urgencia de la demanda. Sin embargo, estas actividades no están insertas en un proceso de planificación con objetivos de prevención a mediano y largo plazo.

En lo que se refiere a la salud ambiental, los procesos de planificación y programación en algunos países se encuentran en un estado inicial de desarrollo, lo cual limita la capacidad operativa de las instituciones responsables de prevenir y mejorar las condiciones prevalecientes en el habitat humano.

En cuanto a las personas que deben tomar decisiones, estas no siempre están en condiciones de aplicar eficazmente su conocimiento científico para fortalecer las actividades de prevención a través de un razonamiento lógico. Esto, que puede deberse a múltiples factores, lleva a que en la práctica las decisiones no hayan sido muchas veces precedidas del nivel de racionalidad necesario para hacer coincidir en un mismo plano el conocimiento científico con la decisión política correspondiente.

Cualquier desfase en esta relación hará que la decisión circule por un andarivel diferente al que el pensamiento lógico —producto del

conocimiento epidemiológico del problema— indicaría ante cualquier hecho preventivo concreto. En ciertos niveles jerárquicos las presiones de distinta índole y el escaso tiempo con que cuentan los que deciden para la reflexión, los llevan a tomar medidas que provocan la disociación mencionada.

2.9 La cultura organizacional de los servicios de salud no responde a las necesidades preventivas

Aquí se detectan cuatro problemas fundamentales. En primer lugar, la separación tradicional entre los componentes estructurales y funcionales del sistema de salud persiste hasta la actualidad sin que los diferentes intentos de reorganización hayan podido superar esta limitante en el sistema de servicios. Ello afecta obviamente la armonía y la coherencia de la prestación de servicios de salud a la población y al ambiente, incluyendo la de prevención. Los desarrollos en la infraestructura de salud no abandonan el plano genérico y por lo tanto no alcanzan la idoneidad y especificidad de las prestaciones en los diferentes contextos sociales, económicos y políticos. A su vez, las acciones o programas no utilizan a plenitud la infraestructura disponible, favorecen la duplicación de funciones y recursos, acrecientan la ineficiencia y generan excepciones a las normas y funciones del sistema global, determinando comportamientos contradictorios en los trabajadores de salud y respuestas disímiles a las demandas o necesidades de la población.

En segundo lugar, es común detectar la falta de integralidad de las acciones desde una perspectiva intrasectorial (dicotomía entre recuperación y prevención, entre atención a las personas y al ambiente, competencia entre efectores, etc.). Generalmente la coordinación entre los profesionales de diferentes disciplinas y entre las unidades del sector público responsables de brindar servicios de salud a la población y al ambiente es limitada o inexistente y va debilitándose en la medida que se extiende a otras instituciones del sector.

Esta situación da lugar a que las acciones de salud se lleven frecuentemente a cabo de manera vertical y aislada con bajo rendimiento de esfuerzos y recursos. Por tanto, existe resistencia a la evaluación y cuando esta se hace es tenue, especialmente en las instituciones públicas.

En tercer lugar, los intereses, hábitos y costumbres de las organizaciones prevalecen sobre las necesidades y exigencias vinculadas al cumplimiento de los objetivos para las que fueron creadas. Asimismo, las características propias de la burocracia se manifiestan generando conductas que condicionan la voluntad e idoneidad del personal y desgastan su compromiso con el sujeto de las prestaciones. Esto a su vez genera una distancia entre los recursos organizacionales y su oportuna y efectiva acción en la comunidad.

Por último, el sector salud ha sido prolífico en la producción de legislación, la cual ha venido creciendo acumulativamente sin el debido análisis y compatibilización en una estructura legal coherente que le permita al sector y a sus instituciones funcionar integradamente. Es notoria la ausencia del componente de prevención en dichos cuerpos normativos.

En ocasiones las leyes promulgadas no son suficientes ni han sido integralmente reglamentadas. Es así como se encuentran vigentes una serie de reglamentos que se han tornado obsoletos. Además, es importante destacar que su aplicación en muchos países ha sido bastante limitada. En otras ocasiones los reglamentos simplemente no se han elaborado. Esta situación es similar a la existente en entidades de otros sectores que actúan dentro del campo de la salud y especialmente en el de la salud ambiental.

2.10 Sistemas de información débiles

No existen indicadores ni mecanismos de información disponibles que en forma sistemática reflejen la acción preventiva en sí, su oportunidad o su integralidad. Los sistemas de información han estado dirigidos principalmente a registrar parcialmente:

- Número de actividades realizadas, priorizando las de tipo curativo. En el área de prevención, el registro del número de vacunaciones realizadas constituye una excepción.
- Fenómenos epidemiológicos relacionados con la presencia de enfermedades en las personas.

Los sistemas de información no apuntan a registrar aspectos cualitativos, ni siquiera en las acciones curativas.

Tampoco es posible obtener aproximaciones sobre lo que no se ha realizado. En general, no se han incorporado tecnologías modernas y la información que se recolecta se procesa lentamente y no oportunamente, de modo que se pueda utilizar en el proceso de toma de decisiones. Esto determina que los sistemas de vigilancia epidemiológica sean inoperantes.

Las unidades de salud ambiental cuentan solo excepcionalmente con sistemas de información debidamente establecidos, no obstante que representan un valioso instrumento para la formulación, desarrollo y evaluación de políticas, planes y programas para prevención de problemas de salud originados en el medio ambiente. En algunas unidades se han llevado a cabo acciones orientadas al registro de datos con carácter meramente estadístico y no como parte de un sistema de información gerencial.

Por otro lado, no se han utilizado suficientemente los estudios ecológicos, los cuales pueden contribuir a planear y evaluar las intervenciones poblacionales. Asimismo, las piezas aisladas de información disponible no son analizadas y utilizadas adecuadamente para construir apro-

ximaciones a la situación de salud en ausencia de estudios específicos de alcance nacional, regional o local.

2.11 Falta de personal capacitado en áreas específicas

A pesar de los esfuerzos realizados en el campo de la capacitación y el desarrollo de los recursos humanos, en muchas entidades del sector salud no se cuenta con personal profesional y técnico con conocimientos suficientes en áreas como la de la salud ambiental. Además, un creciente número de funcionarios de salud ambiental dispone de conocimientos limitados sobre la salud de las personas y estos están enfocados a los aspectos biológicos. Por otra parte, todo el personal adolece de insuficiencia en conocimientos y habilidades en el área psicosocial, imprescindibles para describir, explicar e intentar influir favorablemente la salud de la población y del ambiente. Adolece también de falta de conocimiento de las ventajas y desventajas de la intervención sobre individuos, poblaciones y ambiente.

Debido tal vez a la propia historia de la aplicación de las ciencias sociales al desarrollo de la teoría y práctica de salud, la capacidad de análisis crítico desde la citada perspectiva es limitada. Apenas en los últimos años y en algunas escuelas ella es valorizada y desarrollada satisfactoriamente. Esto es especialmente correcto en lo que se refiere a conceptos operativos de fácil utilización y validez comprobada.

Vale la pena destacar que esta deficiencia es notoria no solo en la práctica de la salud pública sino también en los trabajos de investigación que usan precariamente variables de naturaleza social. En los currículos, los contenidos que relacionan ciencias sociales y administración son igualmente precarios en relación con importantes aspectos de la sociología de la administración (decisión, conflicto, liderazgo).

Esta situación dificulta las acciones de coordinación e impide proporcionar un apoyo efectivo a la prevención, mediante una acción integrada, de los problemas que afectan a la salud de las poblaciones.

2.12 Insuficiencia de recursos asignados a la prevención

Las frecuentes crisis económicas y de financiamiento del Estado han hecho más evidente la escasez de recursos en el sector salud, especialmente de aquellos destinados a acciones preventivas. Esto resulta en un nivel insatisfactorio de la cobertura de servicios de salud a la población y al ambiente y en la priorización de las acciones curativas para enfrentar los procesos de enfermedad como forma de dar respuestas inmediatas a las demandas de la población. Los programas preventivos, incluso algunos que alcanzaron un razonable desarrollo, como el control de vectores, perdieron recursos y el apoyo de los formuladores de políticas, de manera que se ha retrocedido en muchas áreas importantes de la prevención. No se utiliza, por otra parte, el potencial comunitario para colaborar en la superación del problema.

3. En la sociedad

3.1 Los aspectos preventivos no son valorados por la población, ni existe una compatibilización entre el saber popular y el saber científico que resulte en participación social en las tareas de prevención

Las condiciones de subdesarrollo económico y social en que vive gran parte de nuestras poblaciones contribuye a que sus aspiraciones primarias en los aspectos de salud estén centradas en la resolución inmediata de problemas urgentes que implican amenazas a la sobrevivencia. Esto hace que las medidas preventivas, con excepción de las vacunaciones, estén en el plano de las aspiraciones y necesidades menos sentidas.

La población valora más las situaciones donde ocurrió una curación dramática con gran repercusión emocional, que aquellas con orientaciones preventivas que parecen ser de un contenido más simple y cuyos resultados no son vistos en forma inmediata.

La valoración de la acción preventiva está íntimamente asociada al quién la realiza y dónde ocurre. El prestigio de que goza el médico hace que sus actividades sean más reconocidas por la población que las de otros miembros del equipo de salud. La importancia que la población le otorga al gran centro de salud ambulatorio y al hospital frente a su apreciación de los pequeños centros o unidades sanitarias es variable en las diferentes comunidades, lo que hace que las actividades realizadas en ellos tengan impactos y valores diferentes para los beneficiarios. Lo anterior contribuye a que las personas no utilicen adecuadamente los recursos disponibles para prevención que, además de escasos, no alcanzan el rendimiento esperado.

En la prevención relacionada con problemas ambientales, la situación es más crítica aún pues el ambiente como sujeto de acción no tiene obviamente igual capacidad y modalidad de expresión que las personas.

Cuando finalmente la población valora la importancia del ambiente saludable (lo que no siempre sucede), se desconocen las consecuencias que las diferentes formas de contaminación ambiental pueden tener a largo plazo. En la mayoría de los países no se cuenta con infraestructura de vigilancia sistemática de factores de riesgo que pudieran determinar situaciones catastróficas futuras.

En el terreno valorativo, la contaminación ambiental subyacente al crecimiento económico suele aceptarse en los países de la Región como el precio que deben pagar para salir del subdesarrollo. También influye el escaso o nulo valor que las personas le asignan a su contribución individual a la salud del ambiente por considerar que no tiene impacto frente a la magnitud total del problema. Esto se manifiesta en el uso continuado de productos no degradables, aerosoles, encendido de chimeneas, disposición inadecuada de desechos sólidos, etc.

Es obvio que si no se comprende la importancia de la acción preventiva en el campo de la salud, la participación social en el diseño, desarrollo y evaluación de la estrategia de prevención será precaria. Esto se debe parcialmente a la carencia de grupos sociales organizados que participen en negociaciones conducentes a la aceptación de sus puntos de vista, aspiraciones, conocimientos y opiniones, así como a la existencia de barreras económicas, socioculturales y políticas. Consecuentemente, no existe en la práctica un compromiso social entre las instituciones formales oficiales y la comunidad.

Cuando es activa, la participación social comprende conductas de presión grupal, búsqueda de recursos, etc., que usualmente no han tenido espacio en nuestra sociedad en gran parte debido a su tradición paternalista. Por lo tanto, no siempre existe una adecuada actitud crítica frente a las normas y las prestaciones que se ofrecen. La comunidad no ha desarrollado eficazmente formas de defensa y reacción frente a ofertas indiscriminadas de servicios, las cuales están más vinculadas a intereses particulares que a necesidades prioritarias para la salud personal y ambiental.

En el propio sector salud también existen obstáculos que dificultan su vinculación con la comunidad. En lo fundamental se detecta una barrera, de distinta magnitud y solidez, constituida por una trama de prejuicios, rutinas, fallas de formación, carencia de recursos, intereses, etc. que perturba la transferencia de tecnologías y procedimientos preventivos hacia el conocimiento popular y comunitario y su utilización.

3.2 Escasa valoración del rol de la familia

La familia, centro de numerosos programas y acciones, no ha sido suficientemente estudiada y valorada en sus diversas manifestaciones y organización, para así poder fortalecer su capacidad socializadora y como ámbito principal de aplicación de actividades formativas y de prevención. Existe una distancia considerable entre la expresión formal de sus posibilidades y responsabilidades en actividades y programas y el desarrollo concreto de tecnologías y políticas aptas para hacerlas realidad.

3.3 Desarticulación entre el sector salud y otros sectores

La deficiente articulación del sector salud con instituciones, actores y protagonistas extrasectoriales que comparten su escenario de acción —y cuyas posibilidades no son tomadas en cuenta ni utilizadas y aun compiten por la población a cubrir y por el espacio social a ocupar— aparece como un área de preocupación crítica, cuya solución supone resultados a corto y mediano plazo.

Las instituciones definen su propio campo de responsabilidad y acción creando una relación parcial con la realidad concreta (personas, comunidad, ambiente). Esto tiende a que aun en la programación y eva-

luación de sus actividades se desconozca la presencia de otros actores con sus propias racionalidades, intereses y acciones. Esta situación plantea, en la relación con los sujetos de la acción, una superposición y competencia de acciones y recursos que hace que no se utilicen disponibilidades potenciales para objetivos comunes en el campo de la prevención.

Por ejemplo, una madre menor de edad puede ser sujeto de acción por parte de instancias proteccionistas del Estado, ya sean judiciales o asistenciales, en áreas de salud materna, planificación y protección familiar, prevención del uso indebido de drogas, educación, asistencia laboral, etc., que no siempre concuerdan en sus prescripciones o recomendaciones y que generan gastos no siempre eficaces, los cuales no se compadecen con la constante de escasez de recursos prevalente en nuestros países.

La desarticulación familiar y social de acciones y programas de prevención centrados geográficamente y por población también aparece como un área de conflicto a definir y superar.

3.4 Insuficiente integración docente-asistencial

Se puede afirmar que la falta de integración docente-asistencial es crónica en los países de la Región. Esto se manifiesta en el plano valorativo y agrava el desfase entre el conocimiento preventivo y su aplicación. A continuación se mencionan algunas de sus causas:

- Ausencia de motivación.
- Comunicación deficiente entre los profesionales de las instituciones de ambos sectores.
- Limitación de tiempo para la planificación y ejecución integrada de tareas.
- Características institucionales que dificultan la aproximación de la institución académica a los servicios y viceversa.

B. Implicaciones

De la identificación de áreas críticas surgió un listado de problemas en relación con el componente preventivo. Estas áreas críticas son aún generales y se presentan como universales para los países de la Región. Por lo tanto, no se consideran ni las distintas situaciones epidemiológicas ni el desarrollo organizativo del sector salud en los respectivos contextos nacionales.

Un paso posterior consistiría en concretar estas áreas de modo más específico y reagruparlas por categorías que permitan ver qué líneas de corrección requiere el MPSS para que la acción preventiva tenga impacto en la salud de la población y el ambiente. Esto se podría hacer de manera integral (“ecológica”) o según los grupos programáticos poblacionales (ma-

ternoinfantil, adolescente-joven, adulto, senescente y del ambiente) para ver las deficiencias de la acción preventiva que tienen que ver con el sistema prestador (servicio), la formación del recurso humano (docencia) y la investigación.

Es en este marco y siguiendo las categorías propuestas para la detección de áreas críticas y su ordenamiento que aparecen las siguientes sugerencias de líneas de acción o herramientas para superarla.

1. Para el servicio

1.1 Corregir vacíos que determinan necesidades no atendidas y pérdida de oportunidades preventivas

Para corregir los vacíos que conducen al desaprovechamiento de oportunidades y capacidades preventivas, se requiere que cualquiera sea el tipo de demanda que motiva el contacto, el nivel de complejidad efector y el personal que realiza la prestación incluya la entrega de contenidos educativos y la referencia para la realización de procedimientos preventivos pertinentes.

Para que ello se cumpla es indispensable que el personal de salud internalice conocimientos, conductas y actitudes preventivas, la población valore la actividad de prevención y el MPSS tanto en su estructura como en su funcionamiento sea facilitador de tales tareas.

La incorporación de los conceptos de descentralización y participación comunitaria expresada en la propuesta de SILOS puede contribuir a lo anterior.

1.2 Promover el desarrollo de la prevención secundaria y terciaria

Se necesita sistematizar las acciones de rehabilitación para la población, así como de detección precoz y tratamiento oportuno de los daños prevalentes en cada contexto particular. Esto es de importancia vital en la Región de las Américas dada la heterogeneidad y magnitud de los problemas de salud que pueden ser objeto de intervención en tales niveles. Dado que en la mayoría de los casos coexisten frecuencias significativas de desnutrición con enfermedades transmisibles y no transmisibles, las nuevas formulaciones programáticas deben seguir un estricto orden de prioridades.

En lo que se refiere a prevención secundaria es importante que los diferentes recursos se organicen de modo tal que se favorezca la detección, sea alta la referencia, adecuado el tratamiento, y alto el nivel de cumplimiento por parte de los pacientes.

1.3 Prestar mayor atención a la contaminación y otros problemas ambientales

Es impostergable que los países impulsen aceleradamente las acciones dirigidas a la prevención y control de la contaminación ambiental de origen químico y biológico con objeto de proteger la salud de la población y del ambiente de efectos adversos.

En el área ambiental, la administración eficiente de recursos vitales como el agua también exigen la elaboración y actualización de políticas, estrategias, leyes y reglamentos que regulen adecuadamente su distribución y calidad, así como su uso individual o múltiple en diversas actividades agrícolas, hidroeléctricas, pesca, etc., priorizando el consumo humano.

Es necesario que los ministerios de salud revisen su política de asignación de recursos y determinen estrategias a seguir para equilibrar progresivamente sus presupuestos de manera que la salud ambiental pueda cumplir la responsabilidad que le corresponde dentro de los programas de salud. Para este fin es necesario realizar algunas de las acciones siguientes:

- Revisar las prioridades de salud para la población y el ambiente a mediano y corto plazo.
- Tratar de compatibilizar estas prioridades con los recursos disponibles.
- Racionalizar los gastos para liberar recursos financieros.
- Buscar nuevas fuentes de financiamiento nacionales e internacionales, preferentemente no tradicionales.

En cuanto a los servicios de saneamiento básico se requiere redoblar los esfuerzos orientados a mejorar su cobertura, para lo cual se deben realizar las siguientes acciones:

1. Continuar fortaleciendo la infraestructura del subsector y de las instituciones que lo conforman.
2. Fortalecer el desarrollo de los procesos de planificación, programación y elaboración de proyectos.
3. Explorar nuevas fuentes de financiamiento nacionales e internacionales, principalmente de carácter no tradicional.
4. Lograr una participación social más efectiva en todas las etapas de los proyectos y un mejor aporte de recursos locales.
5. Determinar y aplicar mecanismos de coordinación inter e intra-sectoriales en los diferentes niveles operativos para unir esfuerzos y recursos.
6. Impulsar la investigación de tecnologías apropiadas y de bajo costo para las diferentes áreas de actividad.
7. Reforzar la capacitación del personal del sector en los diferentes aspectos de salud de las personas y del ambiente para que asuma progresivamente una posición de liderazgo en el campo ambiental.

8. Fomentar el mantenimiento preventivo y de reparación de daños de los sistemas existentes para asegurar su buen funcionamiento.

9. Integrar las actividades del saneamiento básico a los sistemas locales de salud.

1.4 Facilitar la utilización de conocimientos y técnicas preventivos

En la práctica, esto significa que el conocimiento relativo a una técnica de prevención debe cumplir adecuada y correctamente todas las etapas hasta su aplicación, para que su eficacia, efectividad y eficiencia se den en la magnitud esperada. Un ejemplo concreto lo constituyen las inmunizaciones, donde el éxito del programa depende del cumplimiento concreto de todo el proceso desde la producción de vacunas hasta su aplicación.

1.5 Integrar la prevención a las otras estrategias de acción

Debe rescatarse la creciente presencia del componente preventivo en aquellas especialidades que tienden a brindar prestaciones más integrales como pueden ser la pediatría, la ginecología y obstetricia, y la cardiología. Generalizando, se podría enfatizar una vez más que todas las intervenciones de carácter curativo deben aprovecharse como instancias de prevención de enfermedades y riesgos y promoción de salud.

1.6 Procurar la articulación entre infraestructura y programas de salud

Es de importancia vital rescatar y jerarquizar las modalidades de articulación que se elaboran y concretan en el nivel local entre los recursos y actividades programáticas administradas y ejecutadas por los distintos operadores sectoriales junto con la comunidad, creando condiciones que las favorezcan y consoliden.

La perspectiva de una programación integrada en los sistemas locales de salud con la participación activa de la comunidad puede facilitar el cierre de la brecha entre infraestructura y programas verticales que aún persiste, a pesar de los esfuerzos que al respecto se han hecho desde hace varias décadas.

1.7 Mejorar la cultura organizacional de las instituciones del sector de manera que estas tengan un rol mucho más activo en el campo de la prevención

Es necesario cambiar los rasgos culturales considerados inadecuados que caracterizan a las organizaciones del sector. Esto supone rescatar espacios que aseguren la vocación de los trabajadores de salud y su compromiso con los objetivos institucionales y los sujetos de las prestaciones. Para ello se requiere una adecuación de la estructura burocrática y sus normas de modo que facilite la relación institución-comunidad. Se sugiere empezar por la concientización de los responsables por la toma de decisiones

en tanto la corrección del problema exige tener los conocimientos apropiados y efectuar cambios de conducta.

Tal transformación hará posible que los servicios de salud adopten un rol más activo en las actividades de prevención. Para que estas se desarrollen plenamente, también se hace recomendable que el componente formal del MSPS diseñe e implemente grandes mecanismos de penetración comunitaria, tanto para reconocer las enfermedades, daños o factores de riesgo a ser intervenidos, como para detectar los recursos y capacidades de la sociedad en general con el fin de aumentar la factibilidad de las propuestas preventivas. Se debe tener en cuenta que la prevención primaria de tipo poblacional y la prevención primordial de los problemas prevalentes de salud exigen estrategias de acción mucho más holísticas que las requeridas para las intervenciones individuales.

El sector salud debe fortalecer sus capacidades de denuncia, racionalización, adaptación, articulación, movilización e innovación en una dimensión multisectorial y en el contexto del desarrollo económico y social.

La efectividad de la acción preventiva por parte del sector formal también se puede incrementar mediante la revisión y adecuación de la legislación en el sector, para apoyar legalmente las actividades que se realicen. En este proceso se requiere:

- Recopilar las leyes, reglamentos, normas y otros instrumentos legales existentes.
- Analizar dicho material para definir cuáles instrumentos requieren ser derogados o complementados.
- Determinar los vacíos legales existentes.
- Programar la elaboración de normas y reglamentos que complementen la legislación.

1.8 Promover y apoyar la participación social y valorar los conocimientos y las conductas populares así como el rol de la familia en las actividades preventivas

La participación social, entendida como el proceso mediante el cual los individuos, grupos o comunidades intervienen activamente en la solución de sus problemas de salud y de otra índole, necesita ser facilitada por los gobiernos con el fin de que ella misma se constituya en un aporte a la propia "salud" de la comunidad. Los ciudadanos en conjunto deberán participar expresando sus problemas, necesidades e ideales de salud y también interviniendo en la mayor medida posible en la toma de decisiones sobre actividades de salud a todos los niveles.

Uno de los canales más propicios para garantizar la participación ciudadana en la acción preventiva lo constituyen los grupos primarios, los cuales se caracterizan por una fuerte interacción de la que resulta una

socialización eficiente, como control social intenso para el mantenimiento de sus trazos culturales. La familia es el grupo social primario típico y su participación activa en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud debe promoverse, no solo como canal de expresión, sino también como base de transmisión de conocimientos y acciones.

El apoyo a la participación social supone una decisión institucional de aceptar y promover la transferencia de poder desde el sistema y sus integrantes y crear un espacio operativo de negociaciones y concertación entre racionalidades distintas.

Esta voluntad se expresaría en hechos administrativos y de organización concretos respecto al manejo de recursos y asignación de prioridades que permitan la participación efectiva de la población en el diseño, operación y evaluación del MPSS.

Para que esto sea posible el liderazgo sectorial debe reconocer el soporte político y la fortaleza que la adhesión comunitaria supone en términos de sustento e impacto. La promoción de la participación popular debe iniciarse en la etapa formativa de los programas y consolidarse durante su ejecución y evaluación.

1.9 Reorientar los procesos de planificación

Es necesario redoblar los esfuerzos para lograr el desarrollo y fortalecimiento de procesos de planificación de la salud que contribuyan a la elaboración de planes y programas preventivos en diferentes áreas, con un alto grado de viabilidad política y de factibilidad técnica y económica.

A la incorporación de un enfoque estratégico y una visión a largo plazo en la cultura organizacional se debe sumar el conocimiento epidemiológico que permita no solo una priorización apropiada sino la selección acertada de intervenciones que produzcan un impacto significativo en la población. La educación permanente tiene un espacio destacado en este particular.

1.10 Reforzar y crear sistemas de información

Es necesario establecer o fortalecer los sistemas de información de las diferentes entidades del sector salud vinculándolos debidamente con los sistemas de otros sectores que comparten esta responsabilidad y teniendo en cuenta que es necesario realizar las siguientes acciones. Respecto a las comunidades profesionales de salud se requeriría un organismo que acredite el valor científico de las técnicas de prevención. Se requiere también democratizar al máximo la información para que el público esté informado de todas las opiniones respecto a las diversas medidas preventivas. Se requiere también:

- Revisar los sistemas existentes.
- Definir los requerimientos de información para la elaboración, desarrollo y evaluación de los programas.

- Complementar el sistema de acuerdo con las necesidades detectadas.
- Desarrollar mecanismos apropiados para vincular el sistema del sector salud con los de otros sectores que también realizan acciones de salud.

1.11 Procurar la integración multidisciplinaria e intrasectorial

Se deben continuar los esfuerzos que favorezcan la integración de acciones de salud a la población y al ambiente, utilizando, entre otras, algunas de las tácticas establecidas en los sistemas locales de salud, a saber:

1. Determinar nuevos procesos de comunicación, integración y colaboración entre el personal de los programas.
2. Realizar estudios y desarrollar procedimientos que conduzcan a la utilización más racional del personal existente.
3. Fortalecer la articulación de los programas de salud a la población y al ambiente.
4. Establecer mecanismos de coordinación inter e intrasectorial.

También se requiere integrar políticas y estrategias y determinar áreas de acción con centro y eje en poblaciones y áreas geográficas determinadas, creando marcos normativos y organizacionales que faciliten la interacción.

La población deberá tomar parte en este proceso con base en la revalorización de sus propios ideales de salud y su percepción de necesidades y soluciones.

1.12 Redefinir los criterios de asignación de recursos

Considerando la carencia de recursos, es necesario redefinir normas y procedimientos que faciliten la incorporación del componente preventivo a la asignación presupuestal en el MPSS, ya sea por una reorganización de prioridades o por la integración de la acción preventiva a prestaciones y programas de recuperación y promoción de la salud de la población y del ambiente.

2. Para la docencia

2.1 Reformular los contenidos de prevención en los programas de las facultades de ciencias de la salud

Las modificaciones necesarias deben alcanzar no solo los contenidos programáticos, sino también la forma de enseñanza. La secuencia de los asuntos temáticos con el fin de que se evite su anticipación y dispersión; la carga horaria respectiva; la integración didáctica como control

de la duplicación u omisión de los asuntos de interés, son aspectos específicos que requieren atención en relación con los contenidos de prevención.

Es recomendable que temas que presenten afinidad sean brindados de forma agregada, de manera que los contenidos se manejen como un todo integrado.

2.2 Revalorizar la estrategia de prevención en la formación misma del personal de salud y de los formuladores de políticas

La revalorización de la estrategia preventiva supone un conjunto de acciones:

- En la formación del recurso humano, se requiere la exposición en el pregrado a experiencias de integración de las acciones preventivas y curativas con participación de docentes con prestigio académico y personal. Los contenidos preventivos no deben ser exclusivos de una cátedra específica y deben incluir el desarrollo de habilidades relacionadas con la prevención.
- En cuanto a los niveles de decisión política, es necesario desarrollar y difundir los resultados de la evaluación de las técnicas de prevención en términos de su costo-beneficio. Esto puede constituirse en un camino idóneo para influir en ellos.

2.3 Formar personal en salud ambiental de acuerdo con un concepto ampliado del ambiente

Debe actualizarse el concepto utilizado hasta el presente de que el ambiente se circunscribe al medio físico, químico y biológico en que vive el hombre, incorporando la dimensión social y humana.

Para lograr lo anterior se considera conveniente que este concepto se incluya dentro de los eventos de capacitación, de tal manera que sea conocido por el personal de salud profesional y técnico de todos los niveles de atención.

Con el fin de que se logre la solución adecuada de los diversos problemas de salud de la población y del ambiente con una visión integradora a través de grupos multidisciplinarios de salud, la capacitación de personal profesional y técnico de los diferentes niveles operativos de las entidades del sector debe incluir los siguientes aspectos:

- Compatibilizar los perfiles educativo y ocupacional del personal.
- Ajustar mejor los contenidos relacionados con la salud de las personas y el ambiente en los programas de capacitación.
- Introducir en dichos programas el concepto ampliado del ambiente, incluyendo su dimensión social y humana, para facilitar la adopción de un enfoque ecológico integral con miras al desarrollo de intervenciones de tipo "poblacional".

- Insistir en la integración de las acciones educativas sobre salud ambiental dentro de los sistemas locales de salud.

2.4 Promover la integralidad de las acciones de prevención primaria en la formación del personal de salud

El desarrollo de acciones de prevención para el ámbito psicosocial y ambiental y su integración a las acciones y programas preventivos habituales supone un esfuerzo de capacitación del recurso humano y una evaluación permanente de la integralidad de normas y acciones. Para ello es necesario fortalecer la formación básica y difundir técnicas que faciliten la integralidad deseada en los niveles operativos.

La formación de los recursos humanos en salud es crítica si se pretende evitar la iatrogenia, determinante de gran parte de las discapacidades, y favorecer la recuperación funcional aunque sea parcial de los daños residuales que generan discapacidad.

Se debe promover asimismo la divulgación y/o el desarrollo de un mayor número de estudios de costo-beneficio de las medidas preventivas que demuestren las ventajas e inconvenientes de su aplicación.

Esta perspectiva define espacios formativos para el personal de salud y promueve cambios organizacionales y normativos que van desde la propia acción de salud hasta el ejercicio mismo del poder.

2.5 Difundir las características del enfoque de intervención sobre individuos, poblaciones y ambiente para su aplicación

Se requiere incorporar el conocimiento disponible sobre estos aspectos en los esquemas de capacitación en servicio, así como en el desarrollo de las áreas temáticas a ser eventualmente ofrecidas en la formación regular y avanzada en salud pública. Esto beneficiará la respuesta del sistema de salud frente a los problemas emergentes en la mayoría de países de la Región, cuya modificación requiere de técnicas y mecanismos de operación diferentes a los utilizados en el pasado. Por la misma razón es aconsejable que el inicio de las nuevas actividades o programas preventivos esté apoyado por estudios de validación de los conceptos, métodos y elementos operativos de las varias intervenciones posibles.

Igualmente, y con el fin de superar la desintegración histórica entre la teoría y práctica de la salud y las ciencias sociales, es necesario incluir contenidos sobre las metodologías de análisis de estas últimas en los programas académicos regulares y en las instancias de capacitación y actualización, para que se integren al enfoque arriba referido.

2.6 Incluir el adiestramiento sobre técnicas modernas de comunicación de masas y conocimientos sobre un mejor uso de la comunicación informal en los programas docentes

Además de promover y reforzar el entrenamiento de educadores de salud que trabajan en el terreno con técnicas de comunicación interpersonal, los programas de prevención deben establecer una mayor apro-

ximación con los profesionales del campo de la comunicación para imprimir mayor efectividad a la incorporación de conocimientos preventivos y cambios de actitudes y comportamientos por parte de la población.

Además, quienes se preparan para desempeñarse en el sector salud deben estar alertados sobre la importancia de la comunicación informal en el seno de las comunidades y sobre la posibilidad de aprovechar el potencial de este tipo de transmisión de conocimientos para una prevención efectiva.

Todo ello debe ser parte de una política que favorezca el prestigio de las acciones preventivas y de los profesionales que actúan en los primeros niveles de atención.

2.7 Fortalecer y desarrollar modalidades formativas, organizativas y de acción que faciliten el acceso de la población al conocimiento preventivo

La superación de las barreras existentes supone un esfuerzo tendente a modificar aptitudes y actitudes del equipo de salud en el sentido de reconocer y respetar los aspectos culturales y la realidad socio-política de la población para determinar lo que dificulta el acceso (aspectos financieros, organizativos, políticos, etc.). Este esfuerzo se debe orientar especialmente hacia la capacitación y formación del recurso humano y al análisis desde la perspectiva de la población, de normas, tecnologías, etc. Resulta para ello de valor la utilización de las ciencias sociales y de conducta, así como el aporte de la epidemiología para el análisis y diseño organizacional, que abarque desde el nivel local hasta las instancias generadoras de políticas y normas.

Las acciones y programas de educación básica y la capacitación del personal del sector son vías de abordaje apropiadas para que la población reconozca el valor de la prevención. A ello debe agregarse una acción eficiente en materia de difusión y fundamentalmente una adaptación de normas y procedimientos preventivos a las necesidades, costumbres y hábitos de la población.

2.8 Procurar integración docente-asistencial

Para el aprovechamiento del conocimiento y experiencia de los alumnos, es recomendable el diseño de programas de estudio que incluyan esta estrategia, la cual consistiría de cierta forma una aproximación de la docencia a los servicios. El proceso de formación en salud pública o colectiva debe presentar varios niveles de acercamiento entre la academia y la práctica desde pre hasta la posgraduación.

3. Para la investigación

3.1 Realizar nuevos estudios de situación e intervención y recuperar los que existen

Es indispensable el desarrollo de investigaciones aplicadas u operativas orientadas a los problemas de la comunidad, para buscar soluciones adecuadas a los mismos a partir de prácticas alternativas. También es importante fortalecer y emprender nuevas investigaciones de tipo multidisciplinario utilizando el marco que ofrecen las ciencias sociales.

La variada expresión organizativa de la familia, los roles cambiantes de sus miembros y las relaciones intra y extra familiares plantean un terreno de investigación y acción todavía explorado solo parcialmente.

Por otra parte, la intervención, sobre todo “poblacional”, requiere de información unitaria, global e integral sobre la realidad para su planificación y monitoría. A este fin contribuyen los llamados estudios “ecológicos”, los cuales no se han utilizado suficientemente en el campo de la salud ya sea con propósitos educativos o de servicio.

Se requiere un mayor uso de técnicas cuantitativas y cualitativas para sistematizar y sintetizar los estudios de que se dispone —el meta análisis es uno de los instrumentos apropiados para recuperar y utilizar la información fragmentaria que existe en ausencia de estudios específicos de alcance nacional, regional o local.

Sin que pierdan sus características científicas, las investigaciones deberán ser simples, de bajo costo y de fácil manejo por parte de todo el personal.

3.2 Desarrollar investigaciones para tratamiento de aguas y contaminación ambiental

Es necesario formular y desarrollar protocolos de investigación para encontrar nuevas tecnologías económicas y apropiadas para el tratamiento de las aguas usadas en procesos industriales y en los alcantarillados municipales con el propósito de reducir y controlar los riesgos de la contaminación.

En relación con la contaminación ambiental es necesario llevar a cabo, entre otras, las siguientes actividades:

- Realizar estudios de evaluación de la contaminación existente. En particular, promover la realización de estudios de evaluación de impacto ambiental y salud para los proyectos de desarrollo de alta significación con el fin de seleccionar la alternativa con mayor factibilidad técnica y económica y menor impacto ambiental.
- Impulsar la investigación de tecnologías apropiadas para resolver los diferentes problemas.

3.3 Realizar estudios para medir y evaluar los beneficios y la efectividad de programas preventivos

Se observa la necesidad de realizar y divulgar un número mayor de estudios sobre costo/beneficio, costo/efectividad y costos de alternativas diferentes para la acción preventiva, con el fin de demostrarles a los formuladores de políticas y también a los propios profesionales del nivel operativo, las ventajas de la aplicación adecuada de prestaciones de buena calidad.

La evaluación de las actividades preventivas con los fines mencionados requiere buscar y emplear indicadores que permitan medir el resultado del conjunto de acciones preventivas, evitando evaluar a los servicios exclusivamente por la cantidad de prestaciones que estos brindan. Aproximaciones obtenidas de las porciones de los sujetos de las acciones más accesibles a los servicios, pueden ser suficientes en un gran número de casos.

3.4 Facilitar la compatibilización entre el saber popular y el saber científico

El conocimiento que la población tiene sobre lo que constituyen sus necesidades de salud (necesidades "sentidas"), así como sobre lo que es bueno y deseable para promover o proteger sus condiciones de bienestar debe ser cuidadosamente tenido en cuenta en la formulación de acciones dirigidas a ella.

A este fin contribuye también el estudio de las concepciones y de los ideales de salud que tiene la comunidad, más aun si se desea valorar sus derechos y responsabilidades en una perspectiva de ejercicio pleno de su ciudadanía.

Se deben promover igualmente estudios sistemáticos sobre la eficiencia y la eficacia de las prácticas no formales en el campo de la salud, a fin de que su racionalidad intrínseca y, en algunos casos, su validez científica, puedan ser conciliadas con la lógica de la fuente u origen de las prestaciones formales.

3.5 Analizar los aportes extrasectoriales como base para la articulación

El reconocimiento de que otros sectores hacen aportes en términos de políticas, acciones y recursos en relación con el componente preventivo supone analizar, aún en el plano académico y de investigación, las influencias intersectoriales, por acciones u omisiones, y sus modos y mecanismos de influencia. Estas investigaciones pueden servir para tratar de definir formas concretas de interacción tanto en la formulación e implementación de políticas como en los servicios locales.

En un plano más general, la articulación entre los diversos sectores se abre hacia los problemas del desarrollo y hacia la misma concepción de sociedad con consecuencias directas sobre la **definición** del modelo prestador, en especial en sus componentes preventivo y de promoción.

VII. PROMOCION DE LA SALUD

A. Areas críticas

1. *En el MPSS*

1.1 Escaso desarrollo del componente promocional

Desde la perspectiva de la promoción de la salud lo más crítico es su presencia mínima en el MPSS, especialmente en su componente formal. Sin embargo, el aspecto cuantitativo no es el más relevante pues las dificultades de la acción promocional son mucho más complejas.

En efecto, con respecto a las acciones de prevención y particularmente de recuperación, las áreas críticas están determinadas por la escasa cantidad de acciones cuya naturaleza y tipo se conoce y cuyo fundamento está en la patología misma y en la historia natural de las enfermedades que están destinadas a prevenir o curar. El progreso de la medicina, en cuanto a ciencia y tecnología, ha ido aportando los conocimientos y las destrezas para realizar estas acciones a nivel individual, mientras que la salud pública ha proporcionado los elementos para que el sistema de servicios se canalice hacia las prácticas formales de grupos y comunidades con eficacia, eficiencia y efectividad. En otras palabras, el qué, el cómo, el dónde y el contexto micro e intermedio son relativamente conocidos, aceptados y, aunque con defectos, puestos en práctica.

Para las acciones de promoción de la salud la dificultad se inicia con la definición misma de salud, mucho menos acotada que la de enfermedad, y con el desconocimiento, en su ejecución, de lo que podríamos llamar “historia natural de la salud”.

En consecuencia, lo anterior hace muy difícil establecer la naturaleza y el tipo de las acciones de promoción de una “salud” poco definida. Es más, si se considera, como hemos planteado, que la salud no tiene un valor absoluto sino que depende de los ideales que al respecto definan las personas y comunidades, y que estos varían en diferentes circunstancias a lo largo del ciclo vital, la promoción de la salud no puede ser un paquete único u homogéneo de medidas. En consecuencia, se requiere darle especificidad acorde con los ideales de salud estableciendo la naturaleza de las acciones, es decir definiendo el “qué”. Con respecto al “cómo”, es decir, a las formas en que estas acciones se realizan no existe tampoco suficiente claridad.

Como la salud es consustancial a la calidad de vida y esta a su vez está compuesta por numerosos elementos (libertades humanas, vivienda, educación, alimentación, nutrición, recreación y condiciones de

empleo y trabajo, etc.), parece claro que promoción de la salud debe ser una responsabilidad intersectorial compartida y que su alcance y determinantes, así como las estrategias para intervenir, deben considerar la macroestructura social.

Estas consideraciones generales ponen de manifiesto los elementos que están detrás de las áreas críticas y plantean el gran desafío de identificarlas y proponer estrategias de corrección.

Dado que las actividades de promoción de la salud tienen que ver con el desarrollo humano y la calidad de vida, no se puede afirmar que ellas están totalmente ausentes. Cada sector de las políticas públicas realiza acciones orientadas a cumplir sus propios objetivos y prioridades. Lo que sí hay que señalar como deficiencia es el que tales acciones no se realicen con la intensidad debida y con el estímulo y apoyo de un programa armónico, coordinado e integrado intra e intersectorialmente.

1.2 El paradigma dominante en salud está centrado en la enfermedad

Durante siglos las acciones supuestamente destinadas a mejorar la salud se han orientado a curar al enfermo y/o a aliviar el dolor u otros síntomas y signos que acompañan a la enfermedad.

El modelo de atención médica centrado en la patología (patocéntrico) ha ejercido su hegemonía y se ha perpetuado por el liderazgo y prestigio del médico en relación con el resto del equipo de salud y frente a la población misma. El individuo enfermo es entonces el objetivo del quehacer del médico.

Por otra parte, la urgencia por resolver los problemas de enfermedad inherentes a la condición misma ha determinado que las acciones de recuperación tengan la mayor importancia, en detrimento de la prioridad que se le debe asignar a las actividades de prevención y promoción. Ello determina que la distribución de los recursos siga la misma tendencia y, en consecuencia, que las acciones del MPSS estén en su mayoría orientadas hacia la curación.

1.3 Período de latencia en el impacto de acciones promocionales

Las acciones de promoción de la salud a nivel individual y, especialmente, a nivel poblacional, demoran por lo general un tiempo relativamente prolongado en hacerse evidentes.

Ello hace que la población subvalore estas acciones en relación con aquellas cuyo efecto es visto de inmediato o en un plazo corto. Lo mismo les sucede a los profesionales de la salud, especialmente al médico, quien ha de dar prioridad a las acciones que le permiten ver el fruto de su trabajo en lapso reducido.

Esto también influye en el desarrollo y la planificación de las políticas públicas, en tanto las autoridades responsables aspiran a capitalizar

el resultado de sus esfuerzos, inversiones, programas, etc., durante su gestión.

Lo anterior hace que las demandas de presupuesto para acciones de promoción sean postergadas frente a otras de mayor visibilidad política del sector salud mismo, o de los otros sectores, ya que los recursos de los países de la Región son habitualmente insuficientes para sus necesidades. Esto es particularmente notorio en el componente formal del MPSS, pero también afecta al componente informal.

Esta circunstancia es crítica para las acciones de promoción de la salud de las personas, pero lo es más para la promoción de la salud ambiental ya que las formas de expresión de las necesidades de esta no están aún claramente definidas.

2. En el sector salud

2.1 Incorporación insuficiente en los servicios de los conocimientos y las tecnologías para la promoción

Las decisiones sobre los programas y su implementación no obedecen a una utilización del conocimiento técnico disponible, especialmente el que proviene de ciencias y profesionales que no son parte tradicional del componente formal del sector salud.

Se observa la falta de la contribución de las ciencias básicas, como la antropología y la sociología y, en especial, las aplicaciones a la investigación y/o conocimiento de las características específicas de patrones culturales y formas de organización y funcionamiento social de la población que inciden directamente en la salud.

Lo mismo ocurre con la psicología, y en especial con la psicología social aplicada al cambio conductual de individuos y grupos, y al uso de los medios de comunicación social para educar e influir en la población con el fin de que asuma su papel conductor del proceso de mejorar su salud, tanto en el cambio personal como en el de las formas de organización para exigir la satisfacción de sus necesidades por parte del componente formal del sector salud y de otros sectores.

Igualmente falta la contribución de las ciencias políticas a la comprensión de los intereses en juego y su repercusión en materias de poder e influencia de los distintos actores que inciden sobre la salud de la población y del medio ambiente.

2.2 Ausencia de liderazgo sectorial en la promoción y en su integración con la prevención y la recuperación

El sector salud ha retrocedido en su capacidad de ejercer influencia en las decisiones sociales (de organismos internacionales, países y

grupos sociales) en relación con la formulación y aplicación de políticas y con la adopción de comportamientos personales y comunitarios saludables.

El sector aparece habitualmente en una doble situación. Por una parte proclama normativamente el "deber ser" para lograr una sociedad saludable y, por otra, atiende sin la cobertura ni eficacia deseadas las consecuencias de políticas y acciones de otros sectores y grupos de presión (tabaquismo, contaminación y deterioro ambiental, desnutrición, violencia, etc.).

Aun en el ámbito intrasectorial la asignación real de recursos sociales no corresponde a las recomendaciones del sector salud ni sigue una lógica interna en relación con los conocimientos disponibles en materia de costo-beneficio.

2.3 Insuficiente práctica del concepto de salud

La definición de salud de la OMS que gira alrededor del "completo bienestar" representa una declaración de intenciones que contiene metas a alcanzar, las cuales no están claramente establecidas y cuyos indicadores son apenas parciales.

En la práctica, y aun cuando se afirma que la salud no es solamente la ausencia de enfermedad, sus indicadores se refieren a su disminución o ausencia (morbilidad y mortalidad). Estos además se expresan por lo general en el número de episodios atendidos y registrados en algún establecimiento de salud del subsistema formal, lo cual solo representa una fracción del total de los episodios de enfermedad registrados.

Asimismo, los indicadores tradicionales de morbilidad y mortalidad representan la aproximación con que los trabajadores del componente formal del sistema de servicios miden los problemas de salud y los traducen en necesidades de la población. Sin embargo, estos no siempre reflejan ni los ideales de salud ni las necesidades realmente sentidas por las personas, familias y comunidades.

Si se consideran los ideales de salud de la población se puede apreciar que la salud no tiene un valor absoluto, sino que depende de múltiples factores que varían de una persona a otra y entre diferentes comunidades. El ideal de salud de un anciano podrá consistir en mantener su autonomía y funcionalidad aun en presencia de una patología crónica, lo cual poco o nada tiene que ver con el ideal de un adolescente. Asimismo, es diferente el ideal de un adolescente que no presenta patología alguna con el de aquel afectado por una enfermedad crónica controlable por terapia permanente, aunque el desempeño diario no se diferencie entre estos últimos.

Por otra parte, los indicadores de morbimortalidad son cuestionados en la actualidad en tanto solo apuntan a resaltar los aspectos negativos de la situación de salud, y porque en poblaciones de reducido tamaño de

baja mortalidad los indicadores no tienen gran sensibilidad para discriminarla. En este contexto se requieren indicadores que se aproximen positivamente a la salud y reflejen las condiciones de calidad de vida. Estas condiciones o requisitos previos para definir la salud —paz, educación, vivienda, ecosistema estable, equidad etc.— son igualmente difíciles de poner en marcha.

Lo anterior determina dificultades para establecer metas de salud, diseñar programas y evaluarlos. Si ello es difícil con respecto al concepto de salud de las personas, lo es aún más para el funcionamiento del concepto de salud del ambiente.

Si se considera al ambiente como “sujeto” de las acciones de salud *per se* surge la dificultad de definir qué es “salud del ambiente” y con qué indicadores se mide el grado que esta pueda alcanzar. Los especialistas en la materia han establecido estándares de calidad ambiental en su componente natural, los cuales se establecen según la cantidad de agentes químicos, bacteriológicos, parasitológicos, etc., máximos permitidos para que el ambiente no sea peligroso para la salud del hombre. Sin embargo, aún no se han establecido estándares que se refieran al ambiente en sí mismo. En ello se aprecia con claridad la ausencia del componente social (humano) del ambiente, que tal como el componente natural puede constituir un peligro para la salud.

2.4. Desarrollo operativo deficiente del concepto de promoción de la salud

De la recomendación hecha en la Carta de Ottawa de proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar y ejercer un mayor control sobre su salud, surge con claridad la dificultad de hacer efectiva esa recomendación.

En cuanto a las acciones que se han de realizar, los objetivos positivos de la promoción de la salud se orientan a crear condiciones favorables para el desarrollo de individuos, familias y comunidades, o para preservar y mejorar el medio ambiente mediante una tarea que necesariamente debe ser multidisciplinaria e intersectorial.

Para que el sector salud ejerza liderazgo en el proceso de promoción de la salud se requerirán definiciones e indicadores concretos traducibles en ámbitos y acciones de responsabilidad de los diferentes sectores y actores involucrados.

2.5 Desarrollo deficiente de las investigaciones orientadas a la promoción

En los países de la Región (con excepción del Canadá y los Estados Unidos) no se han desarrollado suficientemente las líneas de investigación que permitan poner en marcha las estrategias de promoción de la salud.

La mayoría de las investigaciones difundidas en la literatura científica internacional corresponden a países cuyas estructuras socio-políticas y características étnicas y antropológicas son diferentes a las de América Latina.

Teniendo en cuenta que el contexto cultural es un componente básico, las metodologías, los instrumentos y las estrategias podrían adaptarse a sus necesidades; sin embargo, ello tampoco se ha hecho de forma sistemática y en una escala suficiente en los países de la Región como para obtener resultados válidos utilizables en la orientación de estrategias.

Tampoco se han desarrollado líneas de investigación propias de los países en la cantidad y con la calidad deseables que exploren cuáles son los ideales de salud específicos a nivel de la población general o de subgrupos (regionales, étnicos o etáreos), entre otros.

La definición de estos ideales específicos —reconociendo que no existe un valor absoluto de salud sino aproximaciones relativas que dependen de condiciones biológicas, psicológicas y sociales— debería ser la base para las acciones también específicas de investigación, docencia y servicio en el ámbito de la promoción de la salud.

Se han realizado estudios parciales sobre estilos de vida en algunos países, los cuales han estado orientados en su mayoría a determinar factores de riesgo y a intentar modificarlos en programas que hasta ahora solo han tenido una base individual. Falta desarrollar investigaciones de base poblacional; explorar técnicas de detección de valores, actitudes y comportamientos en salud, y estudiar estrategias de intervención e indicadores de impacto de tipo general y específico de acuerdo con los ideales y necesidades de salud de la población.

Asimismo, falta desarrollar investigaciones multidisciplinarias e intersectoriales que permitan delimitar ámbitos comunes y propios de acción, así como las responsabilidades de los diferentes sectores que contribuyen al desarrollo humano y a la calidad de vida.

3. En la sociedad

3.1 Insuficiente desarrollo teórico y operacional de la articulación y coordinación intersectorial en la promoción

Pese a las afirmaciones relativas a la conveniencia y oportunidad de la intersectorialidad y la acción multidisciplinaria en el planteamiento y desarrollo de la promoción de la salud, su aplicación es insuficiente. En ello influyen los siguientes factores:

a) La escasa incorporación en la formación de recursos humanos en salud y en la organización de los servicios, de los conocimientos existentes

en materia de promoción de salud (enfoque poblacional, generación de conductas y comportamientos saludables, etc.) para su posterior aplicación.

b) La falta de investigación sistemática que genere nuevos conocimientos aplicables desde el propio sector o desde otros y establezca relaciones causales o de consecuencia entre factores.

c) La fragmentación de las prestaciones, donde la acción reparadora o de prevención específica no considera ni incorpora las acciones de promoción, y donde los aspectos biológicos no se integran a los psicológicos y de conducta.

d) La falta de conocimientos relativos a los aportes concretos que las realidades extrasectoriales pueden brindar al desarrollo de la salud y su preservación.

e) La deficiente capacidad administrativa y organizativa para promover la integración de acciones en los otros sectores sociales y económicos.

f) La actitud de autosuficiencia de un sector salud limitado a sus posibilidades y estructuras, y su relación normativa unidireccional con la población y con otros sectores.

g) La falta de especificidad en la detección de influencias negativas extrasectoriales y en su repercusión en los distintos componentes del estado de la salud.

h) El insuficiente reconocimiento y explicitación de núcleos de intereses intra y extrasectoriales que influyen negativamente en las posibilidades de promover la salud.

i) La falta de estrategias explícitas para establecer alianzas y oposiciones con el fin de promover la salud individual y colectiva.

j) La falta de comunicación sistemática de los avances sectoriales aplicables al campo de la salud y en especial a su promoción.

k) La percepción sectorial tardía de la influencia sobre la salud de la población y el ambiente de las macrotendencias (urbanización, envejecimiento, descentralización, industrialización, privatización, democratización, etc.) y de las realidades locales.

3.2 Subvaloración del saber y poder popular

En el contexto del paradigma patocéntrico que denomina el MPSS se tiende a desvalorizar el saber y el poder que reside en la población en la forma de cultura, valores, y modelos de organización social solidaria y ayuda mutua.

Esta falta de reconocimiento se expresa, entre otras, en las siguientes prácticas y tensiones al interior del MPSS:

a) La imposición de modelos consumistas en la organización de los recursos, los cuales giran en torno a intereses individuales que compiten con los de la salud de la población.

b) La existencia de intereses económicos fundamentados en el lucro, los cuales incentivan conductas, prácticas y valores que atentan contra la salud de la población o el ambiente. A la vez, se distraen recursos en acciones cosméticas o irrelevantes que no obedecen a necesidades de salud de los individuos, la población o el ambiente.

c) La manipulación de metas y valores por intereses creados con fines de lucro, lo cual crea necesidades y demandas superfluas o por lo menos distantes de las necesidades básicas y más urgentes de la población.

d) La falta de conocimiento y reconocimiento de los ideales de salud de la población, cuya definición proviene del componente formal del sector a partir de su conocimiento limitado del individuo enfermo.

e) La imposición de respuestas técnicas provenientes de la racionalidad institucional existente que a menudo resultan de alto costo y poca eficiencia.

f) La estimulación de comportamientos y hábitos personales y sociales que producen placer o bajan la tensión a corto plazo, pero que tienen consecuencias negativas para la salud a mediano y largo plazo.

3.3 Conflicto entre comportamientos recomendados y patrones de conducta de la población

Este conflicto se expresa en el rechazo por parte de los individuos de las prescripciones que caracterizan la práctica corriente de las acciones de prevención y de promoción de la salud del componente formal del MPSS.

Existe un retraso significativo en la divulgación y aceptación por parte de la población de conclusiones derivadas de la investigación científica que ha identificado prácticas de gran arraigo en la vida social y las costumbres como factores que contribuyen a la patología.

Las tendencias poblacionales en los patrones de morbimortalidad no son evidentes para la mayoría de los individuos, cuyo ámbito de experiencia se reduce a unas pocas personas en un plazo temporal limitado. Por lo tanto, hay un factor de incredulidad frente a afirmaciones científicas, especialmente cuando no existe una relación lineal, o transparencia de relación causa/efecto en un plazo de tiempo limitado.

Las enfermedades degenerativas que están aumentando en los países de la Región son condiciones silenciosas, a menudo asintomáticas, y por lo tanto de difícil comprensión para la población. El razonamiento por excepción y el carácter probabilístico de la causalidad favorecen actitudes fatalistas y sentimientos de falta de control sobre el destino personal. Asimismo, la baja censura social a comportamientos tradicionales como la violencia intra-familiar, el machismo, el abuso verbal y físico, etc. consolidan situaciones de deterioro de la salud mental. Los excesos en la competencia laboral, el autoritarismo, y otras prácticas prevalentes son formas que agre-

den la salud mental y condicionan los comportamientos sociales no deseables de la población.

Las prácticas sociales habituales (bronceado al sol, uso del tabaco, consumo del alcohol y de ciertos alimentos) han adquirido a lo largo del tiempo en la socialización de los individuos un alto significado simbólico de bienestar social y material asociado al merecido descanso y esparcimiento, a pesar de que son dañinas para la salud.

En lo que se refiere a la salud, los medios de comunicación social distan mucho de ser responsables. La televisión, la radio y las publicaciones impresas en general obedecen a las fuerzas económicas del mercado. Para obtener utilidades deben vender más, y para ello es imperativo que atraigan la atención de los consumidores. El interés por divulgar contenidos correctos requiere de periodistas especializados y acceso a recursos técnicos que a menudo no existen o son considerados como un lujo inaccesible.

3.4 Insuficiente conceptualización y ejercitación del concepto de ciudadanía en relación con la salud y su promoción

La determinación de responsabilidades por parte de la población es confusa en términos de asumir deberes y ejercitar derechos. Por eso es equívoca la simple extrapolación de realidades vigentes en los países de mayor nivel de ingreso (donde el reclamo de servicios y prestaciones tiene su correlato habitual en el pago de los mismos en forma directa, por vía impositiva o de seguros y en donde la transgresión de la solidaridad es sancionada objetiva y sistemáticamente en relación con responsabilidades definidas), con aquella de los países en desarrollo, con niveles de subsistencia precarios, donde la población enfrenta dificultades crecientes.

Aparece aquí con más claridad la necesidad de afirmar derechos básicos de acceso a bienes y servicios cuya ausencia supone una agresión, no solo a la salud, sino a la misma dignidad personal y social.

La responsabilidad personal se vincula así al ejercicio del individuo de su derecho ciudadano a asociarse y peticionar con el fin de poder tener acceso a los niveles de realización personal y de reconocimiento social y asegurarse contextos favorables para este tránsito.

Las conductas transgresoras suelen ser calificadas como tales desde realidades culturales distintas y las formas de solidaridad pueden asimismo ser mecanismos elementales de defensa ante situaciones de extrema carencia o injusticia.

No aparecen claramente definidos los dos componentes del concepto de ciudadanía (derechos y deberes) ni sus estadios intermedios, lo cual le resta al sector posibilidades de promover conductas que generen espacios para el crecimiento personal y comunitario como expresión concreta de promoción de la salud.

Las respuestas y propuestas extremas simplifican las alternativas

forzando modalidades de solidaridad y de ejercicio del derecho y del deber vinculadas con el modelo de países desarrollados, o circunscribiéndolo a acciones reivindicativas.

No se establece con claridad la relación existente entre ambas instancias y las conductas personales e institucionales.

3.5 Contenidos inadecuados sobre promoción en la formación de recursos humanos en el sector salud y otros sectores

La formación de pregrado de los profesionales de la salud está orientada hacia la atención individual de personas enfermas y se desarrolla casi exclusivamente en establecimientos de alta complejidad. En la docencia se dedica la mayor cantidad de horas curriculares a los aspectos biológicos de la enfermedad, generalmente basados en órganos y sistemas que constituyen especialidades y subespecialidades. Así el estudiante, especialmente de medicina, aprende fragmentariamente la patología del ser humano, lo que se refleja posteriormente en su ejercicio profesional y orienta sus preferencias hacia las especialidades más que hacia la medicina general. Por el liderazgo que el médico ejerce en el resto del equipo de salud este enfoque patocéntrico también se observa en el trabajo de los otros profesionales.

La educación avanzada en salud pública, por otra parte, ha estado mayoritariamente destinada a profesionales del equipo de salud "tradicional" (biológico) con relativa, poca y reciente incorporación de profesionales de las ciencias sociales. Esto ha determinado un predominio de programas categóricos por grupo etéreo o por daños, y entre estos, de aquellos de etiología biológica, química, tóxica, etc., más que psicosocial.

Los profesionales que realizan las actividades de otros sectores que impactan la salud también han sido formados bajo el paradigma patocéntrico dominante. De esta manera aceptan la responsabilidad de no causar enfermedad pero están limitados para considerar acciones que promuevan la salud.

No existe habitualmente un espacio jerarquizado y reconocido en la formación de estos recursos que incluya contenidos referidos a la promoción de la salud y su relación intersectorial, ni se promueven asociaciones de conocimientos que permitan comunicar técnicas y procedimientos que tiendan a ese objetivo.

Finalmente, en la última década, la necesidad de optimizar la eficiencia de los servicios motivó la introducción o el refuerzo de la administración en los programas de salud pública. Ello significó un importante avance en los procesos de gestión de los servicios en todos los niveles; sin embargo, de alguna manera produjo un estancamiento en los programas de promoción al centrar los esfuerzos en mejorar lo que se realizaba al interior de las instituciones docentes y de servicios, transformando la administración en un objetivo en sí mismo. A lo anterior también contribuyó

la tendencia a la privatización de los servicios en algunos países de la Región, que se justificó por la necesidad de aumentar la eficiencia y asumió que el subsector privado era siempre más eficiente que el subsector estatal.

3.6 El paradigma económico dominante dificulta el rol de la sociedad y del Estado en la promoción

La distancia creciente entre países y grupos de población ricos y pobres constituye una barrera efectiva para el acceso de mayorías cada vez más numerosas a los beneficios de la salud. Se perturba así la disponibilidad oportuna de atención curativa y se crean condiciones negativas en lo que a prevención y especialmente a promoción de salud se refiere.

El paradigma económico dominante colabora a ello en la medida que:

- a) Cuestiona el papel del Estado y estimula un incremento no suficientemente discriminado de respuestas privadas lucrativas.
- b) Promueve políticas de ajuste fiscal, con directa repercusión en la disponibilidad de recursos presupuestarios destinados a los sectores sociales, especialmente salud.
- c) Mantiene barreras proteccionistas para los productos de los países en desarrollo, dificultando su comercialización.
- d) No da solución efectiva al aumento incesante de obligaciones financieras en relación con la deuda externa por parte de los países deudores.
- e) Mantiene niveles crecientes de desocupación y subocupación.
- f) Vincula la disponibilidad y accesibilidad a los servicios a la posibilidad y obligatoriedad de pago directo y desalienta su justificación en relación con derechos básicos (derecho a la salud, derecho a la vida, a la alimentación, etc.) consagrados en numerosos documentos producidos por la comunidad internacional.
- g) Orienta esfuerzos personales y comunitarios hacia acciones tendientes a lo urgente e inmediato, impidiendo o postergando respuestas más elaboradas de prevención y promoción de la salud.

3.7 La organización socio-política cambiante plantea nuevos desafíos y ajustes que pueden dificultar la promoción de la salud

Los países de la Región de las Américas están viviendo desde hace unos pocos años importantes cambios en su organización socio-política, caracterizados especialmente por un proceso de democratización y de retorno a la participación popular.

Sin duda alguna, ello representa un hecho histórico positivo y trascendente. La democratización y la participación constituyen en sí mismos elementos de promoción de la salud al crear contextos favorables; al potenciar los recursos sociales incorporando aquellos provenientes de

las organizaciones comunitarias, y al reconocer el protagonismo de la población.

Simultáneamente, los procesos de cambio representan un gran desafío para la definición de prioridades, especialmente en el período inicial, pues estas tienden a estar fundamentalmente orientadas hacia las acciones recuperativas. Esto se debe, por una parte, a que la población desea ver cumplidas sus expectativas relacionadas con necesidades no satisfechas frente a la enfermedad y, por otra, a que las autoridades se proponen contribuir al pago de la deuda social que muchas veces incluye el acceso a la atención médica curativa.

Para que la promoción de la salud tenga impacto real se requiere de una decisión política que, frente a otras prioridades de gobierno, corre el riesgo de ser postergada. También exige continuidad en el tiempo, lo cual no siempre es posible de mantener cuando se producen cambios sustantivos en la organización socio-política de los países.

B. Implicaciones

En términos generales, las implicaciones para la estrategia de acción de promoción de la salud tienen que partir por la lógica del qué y del cómo. Es decir, lo primero es establecer cuáles son las acciones de promoción que se requieren para contribuir a la salud de la población y del ambiente, de acuerdo con los ideales de las personas y colectividades y su concepción y percepción sobre necesidades sociales y calidad de vida, determinadas a su vez por realidades propias.

El desarrollo de un marco referencial en los términos planteados debe proporcionar los fundamentos para proponer acciones de promoción específicas y apropiadas para los diferentes contextos, orientar su enfoque individual y poblacional, así como su aplicación en la promoción de salud del ambiente.

Esto deberá conducir a acciones concretas que lleguen a la gente. Estas acciones, referidas en último término a comportamientos individuales que surgen de una conciencia social, tienen una complejidad y dificultad de ejecución que amerita la búsqueda y ensayo de estrategias nuevas, lo cual supera sin duda a la tradicional educación para la salud. Este propósito requiere trascender el enfoque que consideró sinónimos educación para la salud y promoción; ya que la primera tradicionalmente se realiza en forma unidireccional desde el componente formal del sistema de servicios, está centrada en la enfermedad, y se dirige a los pacientes y eventualmente a sus familiares.

Parece indudable la necesidad de hacer funcional el concepto de promoción de la salud y los indicadores respectivos, hecho que pasa por

desarrollar operativamente primero, aunque sea en un esquema teórico, una "historia natural" de la salud.

Con las dificultades señaladas y a partir del análisis de las áreas críticas surgen las implicaciones que se mencionan a continuación.

1. Para el servicio

1.1 Incorporar conocimientos y tecnologías extrasectoriales en la promoción

Es necesario que los actores del componente formal del MSPS incorporen en sus decisiones de promoción de la salud las contribuciones de disciplinas y profesionales que no son tradicionalmente parte de aquel, especialmente a profesionales de las ciencias sociales y de la conducta, quienes pueden aportar perspectivas propias sobre la sociedad, la cultura y el comportamiento social.

Hay que fundamentar las acciones de promoción de la salud en conocimientos específicos sobre la población. De esta manera las acciones podrán apoyarse en valores y prácticas sociales existentes que promueven la salud, a tiempo que ayudan a identificar otras fuerzas sociales, agencias y agentes cuya acción o inacción incide en el logro de la salud de la población y del medio ambiente.

Se precisa incorporar las contribuciones de la psicología, y en particular de la psicología social, al diseño de las acciones de salud para la población que requieren cambios de patrones de conductas complejas, como lo son las que surgen de lo que se ha dado en llamar "estilos de vida". El componente formal del sistema de salud puede contribuir a identificar y validar los fundamentos científicos de estas recomendaciones. La psicología social aporta valiosas herramientas conceptuales y metodológicas para la comprensión e intervención tanto en los factores de predisposición individual, como en los elementos del medio ambiente social que apoyan o impiden los cambios. La psicología contribuye a la comprensión e instrumentalización del uso de los medios de comunicación social como herramienta de alcance poblacional.

Las ciencias políticas proporcionan conceptos y métodos que permiten una comprensión de las organizaciones y fuerzas sociales, y de los mecanismos de acción social y organización disponibles para que la población tome control de su salud. También contribuyen al desarrollo de formas de influencia sobre otros actores sociales del sector y extrasectoriales cuyas acciones inciden en la salud de la población y del ambiente.

1.2 Recrear y fortalecer el liderazgo sectorial en relación con la promoción

La aparición y fortalecimiento de un liderazgo sectorial que fa-

vorezca la promoción de salud supone el desarrollo de una gama de acciones y propuestas que tiendan a superar los vacíos de conocimiento que el MPSS manifiesta en relación con los modos y modalidades de promover salud, desde el propio sector y desde el campo extrasectorial. A continuación se mencionan algunas:

- Reconocer y definir áreas de articulación e integración.
- Determinar factores, grupos e intereses que real o potencialmente facilitan o perturban la promoción de salud y sus modos de operación.
- Rescatar y potenciar las respuestas comunitarias para promover la salud. Por ello se entiende el logro de contextos favorables que hagan posible la realización personal y social de los sectores populares y la superación de condiciones de carencia, reconociendo sus ideales de salud y asociándose a formas de saber y poder popular.
- Desarrollar una capacidad de negociación con los factores de poder vigentes en el sector o que influyen sobre la salud de la población y el ambiente. Esto con el fin de preservar valores y comportamientos y para facilitar el diseño e implementación de políticas que tengan un impacto favorable sobre la salud individual, ambiental y comunitaria.
- Generar ideas-fuerza que permitan galvanizar opiniones e intereses en apoyo de la salud.

El logro de este liderazgo supone la promoción de investigaciones específicas así como la inclusión de nuevas metodologías y contenidos educativos en el sector para darle mayor idoneidad en el diálogo intersectorial. También requiere la integración de acciones para la organización de servicios y la promoción de contenidos de salud en las áreas formativas extrasectoriales y en la población.

1.3 Reevaluar el saber y el poder popular en relación con la promoción

La concepción del MPSS como el conjunto de acciones que la sociedad realiza para atender su salud y satisfacer sus necesidades desplaza la hegemonía del componente formal del sector, para jerarquizar e incorporar protagónicamente los ideales de salud de la población en el diseño y desarrollo de las acciones de promoción de la salud.

El cuestionamiento y la superación del paradigma médico de la salud podrá hacerse efectivo en la medida que el recurso formal refuerce su identidad específica, desarrolle sus actividades con idoneidad y dignidad, se capacite para un diálogo con las realidades locales y desarrolle una actitud de valoración crítica de las mismas.

Por cuanto entendemos la promoción de la salud como un derecho de la población, es necesario fomentar en la práctica actual de los actores del componente formal del MPSS la comprensión de los fundamentos del concepto de promoción de la salud, a saber: 1) que las acciones promocionales están dirigidas al individuo sano, o por lo menos a proteger y reforzar aquellas funciones o aspiraciones no comprometidas por la patología que motiva la prestación; 2) que las acciones de promoción de la salud privilegian el enfoque poblacional; 3) que existe un espacio de responsabilidad sectorial, la cual debe ser entendida como la satisfacción de un derecho de la población y no como un bien de consumo disponible, y 5) que las acciones de promoción de salud del componente formal del MSPS requieren de la participación de la población organizada en todas sus fases, desde fijar las metas, prioridades y asignación de los recursos disponibles, hasta implementarlas y evaluarlas.

Es necesario que el componente formal del sector salud, que posee el conocimiento técnico sobre las ventajas y desventajas de modas y prácticas que son ofrecidas para el consumo de la población, asuma el liderazgo del bien común y tome la iniciativa para dar la voz de alarma y combatir activamente la penetración de estos valores, productos y prácticas nocivas para la salud de la población y el ambiente.

El liderazgo del componente formal del MSPS tiene que estar fundamentado en un conocimiento y reconocimiento de los ideales de salud de la población sana; en la valoración e instrumentalización de prácticas sociales de ayuda mutua en el seno de la familia, las organizaciones sociales, comunitarias y religiosas; y en otras formas de acción que son parte del componente informal del MSPS. Por definición, el componente informal no está bajo el control de los actores del componente formal, y por ello la importancia de su contribución a la salud de la población y del ambiente no es valorada.

Las respuestas técnicas a problemas abordables con acciones de promoción de salud son generadas y condicionadas por factores estructurales y funcionales del componente formal del MPSS, cuyos actores están limitados en su horizonte por su vinculación tradicional a las acciones curativas para los individuos. Es necesario incorporar al quehacer de la promoción de la salud otras perspectivas profesionales que identifiquen los recursos y escollos específicos para cada acción ubicada en el momento del desarrollo social de cada sociedad o grupo social específico. Las estrategias son genéricas pero su aplicación debe fundamentarse en las características específicas del sujeto y su realidad.

Debe valorarse la relación médico-paciente como espacio de diálogo bipersonal que permite captar las realidades biopsicosociales del paciente y de su entorno con el fin de dar integralidad a la prestación.

El conocimiento científico acumulado sobre etiología y factores protectores y de riesgo de distintas enfermedades, sobre todo de aquellas con un fuerte componente conductual (o del llamado "estilo de vida"), debe ser puesto a disposición de la población para que esta tome control sobre su propia salud. Sin embargo, bien sabemos que la conducta está condicionada no solo por factores de predisposición personal en la forma de conocimientos, valores, creencias y actitudes, sino también por las características del medio ambiente físico y social. El conocimiento de los efectos negativos o positivos de determinados hábitos y costumbres no es suficiente para que los individuos abandonen aquellos que son nocivos e incorporen aquellos que protegen su salud. Es necesario facilitar tanto la adopción de nuevas conductas como el abandono de conductas aprendidas utilizando principios validados de aprendizaje social. Esta es la mayor contribución que pueden hacer las ciencias de la conducta a la promoción de la salud. La descomposición de conductas complejas en sus elementos, el uso de refuerzos positivos y negativos, de incentivos, y el control sobre elementos del medio ambiente social, son algunas de las técnicas disponibles. Finalmente, el uso apropiado de los medios de comunicación social para estos fines, utilizando las técnicas probadas y con la concurrencia de profesionales de la comunicación, es otra de las herramientas importantes que permiten llegar a la población sana con actividades de promoción.

1.4 Compatibilizar comportamientos recomendados con conductas valoradas por la población

El componente formal del MSPS tiene la responsabilidad de hacer uso eficiente de los medios de comunicación y del prestigio y credibilidad social de que generalmente gozan los médicos y el equipo de salud, para traducir los avances científicos a un lenguaje comprensible para la población. Se deben hacer esfuerzos especiales por convencer a las comunidades, a las familias y a los pacientes de los fundamentos científicos de sus recomendaciones.

La información existente sobre las experiencias en promoción de la salud en cada país y región debe ser traducida a términos que sean comprensibles por la población. La toma de conciencia de las tendencias poblacionales proporcionará el contexto que dará validez al liderazgo del componente formal del sistema de salud para llevar a cabo acciones de promoción de la salud para la población y el ambiente.

El componente formal tiene la responsabilidad de educar a la población sobre las características especiales de las enfermedades crónico-degenerativas y de salud mental, así como de vincular y promover la organización de la población para la modificación de realidades locales y estructurales que atentan contra la salud personal, ambiental y comunitaria. Los valores culturales y los comportamientos prestigiados de la población

deberían ser tomados en cuenta para estructurar los mensajes y consolidar la relación con el componente formal. Una estrategia probada es la utilización de comunicadores que gozan de credibilidad social como modelos positivos de hábitos personales saludables. Es importante incluir individuos de distintos ámbitos de la vida cultural, artística, deportiva, política, etc., así como gente común que muestre que los cambios necesarios para una vida saludable pueden ser accesibles a la mayor parte de la población.

El sistema de servicios de salud debe iniciar un programa de capacitación e información dirigido a periodistas, comunicadores sociales y responsables de los medios masivos que normalmente tratan sobre temas de salud. Es necesario que el personal idóneo del componente formal especializado en la información al público fortalezca sus relaciones con la prensa. Además se deben explorar otras posibilidades de comunicación a través de canales sectoriales, publicaciones especializadas por grupos étnicos, grupos de interés centrados en actividades como el deporte, etc. El sistema de servicios de salud también debe participar en la promoción de normas sociales y valores como la solidaridad, la defensa de la vida, el respeto por los derechos humanos, la democratización, además de proporcionar apoyo a estrategias que apunten a la disminución de conductas nocivas fomentando regulaciones de carácter económico, legal, etc.

1.5 Asegurar el ejercicio efectivo de deberes y derechos personales y comunitarios en relación con la promoción

Aparece como necesario profundizar en el análisis y esclarecimiento de los deberes y derechos de las personas y la población en relación con la promoción de la salud. Este análisis supone reconocer un creciente protagonismo del individuo para adoptar y desarrollar comportamientos saludables, en especial para las áreas de promoción de salud vinculadas a la prevención primordial y aquellas que afectan el desarrollo personal y social: vida familiar, laboral, disponibilidad y utilización del tiempo libre, etc. Esta posibilidad está condicionada por realidades internas y externas a la persona misma que contribuyen a su formación personal y a definir los contextos sociales, económicos y culturales en donde se desarrolla.

La valoración de la relación responsabilidad-libertad es central para definir la viabilidad de los distintos grados de protagonismo personal y poblacional en la promoción de salud. No se trata de una simple transferencia de responsabilidades o de reconocer formalmente unos derechos si no existen las posibilidades concretas de ejercerlos.

Esta afirmación supone que el componente formal estatal del sector proceda a crear las condiciones necesarias para que tanto los individuos como las poblaciones puedan tener acceso a los beneficios de la salud y asumir el protagonismo adecuado en su promoción.

La expresión de ese protagonismo deberá reconocer diferencia-

les que surgen de condiciones concretas a nivel de ingreso, cultura, relaciones sociales, grado de democratización, vigencia de derechos humanos, etc. Estos diferenciales van desde la generación de conductas específicas vinculadas al financiamiento de servicios o modalidades de consumo, hasta el nivel de desarrollo de las organizaciones comunitarias. Con ello se pretende alcanzar niveles crecientes de reivindicación y satisfacción, así como el acceso a bienes y servicios que aseguren por lo menos un nivel mínimo de subsistencia compatible con las posibilidades de desarrollo personal y social de los diversos grupos. Esta necesidad deberá tenerse en cuenta tanto en la formación de personal del sector como en la organización de servicios y programas.

1.6 Producir definiciones operacionales de promoción que se traduzcan en programas apoyados por la sociedad

Para conseguir el compromiso con la promoción de la salud, tanto de los gobiernos como de la población —además de los profesionales de la salud y otros— se debe estimular la aceptación de la promoción de la salud como el “conjunto de acciones que vincula las condiciones de salud con los factores que favorecen el crecimiento y desarrollo normales, la calidad de vida y el bienestar de individuos y comunidades”.

Se deben definir la naturaleza, tipo y cantidad de las acciones de promoción de la salud a lo largo del ciclo vital, desde la etapa prenatal hasta la senescencia, de acuerdo con los ideales de salud de cada subgrupo etéreo, al igual que la naturaleza, tipo y cantidad de las acciones de promoción de la salud del ambiente.

Se debe definir la naturaleza intrínsecamente intersectorial de las actividades de promoción y el ámbito de responsabilidades y de acción común y propio de cada sector del desarrollo y su adecuada articulación de acuerdo con el contexto local, regional y nacional. Ello debe incluir el desarrollo de actitudes y comportamientos responsables en salud asumidos por la propia población a nivel individual, familiar y comunitario, así como las responsabilidades y modalidades de acción del componente formal, y específicamente el estatal.

Se deben diseñar normas e indicadores de impacto para desarrollar programas y hacerles seguimiento.

Para que lo anterior pueda llevarse a cabo, las herramientas que aporta la planificación estratégica y la programación en los sistemas locales de salud pueden ser elementos de gran utilidad.

1.7 Procurar la visibilidad de los progresos

En tanto el impacto de las acciones de promoción son usualmente visibles a mediano y largo plazo, al diseñar las estrategias deben considerarse indicadores de progreso a corto plazo, sean estos de resultados parciales, de logros en la implementación de intervenciones de capacitación de re-

cursos humanos, de sensibilización de la opinión pública, de incorporación de los medios de comunicación, etc.

1.8 Reorientar el paradigma de la salud

A fin de ubicar la salud como centro o eje, debe cuestionarse y luego reformularse el paradigma "patocéntrico". Para esto se requiere revalorizar el concepto positivo de salud así como los ideales de salud de las distintas poblaciones, ampliar el "sujeto" de las acciones más allá del enfermo y acercar a los trabajadores de la salud a la comunidad.

Ello implica propiciar experiencias docente-asistenciales durante el pregrado en grupos multidisciplinarios de estudiantes. También supone reorientar las actividades e instancias de enseñanza-aprendizaje trasladando parte de ellas, desde los centros docentes ubicados en los niveles de gran complejidad, hacia el primer nivel de atención y hacia la comunidad. Supone igualmente la incorporación de contenidos de las ciencias sociales y psicológicas como complemento de los contenidos biológicos.

Desde la perspectiva de las personas la promoción de la salud está basada en los elementos afectivos más que en los cognoscitivos. Igualmente, para los profesionales el compromiso con la promoción también tiene un componente afectivo fundamental. Por eso es necesario que en la capacitación de pre y posgrado se incorporen técnicas docentes que faciliten el cambio o influencia sobre dichos aspectos. La relación médico-paciente adecuada supone no solo un enfoque integral, bio-psico-social y recuperativo-preventivo-promocional, sino una comunicación bidireccional efectiva.

La reorientación del paradigma centrado en la enfermedad también implica reforzar y renovar los conceptos de trabajo en equipo y de participación y responsabilidad de la población por su propia salud. Esto con el fin de equilibrar el predominio médico-céntrico vigente (o hegemonía médica) y contrarrestar las influencias negativas de intereses particulares y de eventuales modalidades de atención que atentan contra la dignidad de los protagonistas.

1.9 Producir definiciones operacionales de consenso en torno al concepto de salud

Con el fin de hacer efectivo el concepto de salud —base para definir mejor estrategias para su promoción— debería producirse una instancia de discusión y acuerdo.

Las definiciones operacionales deberían tener las siguientes características:

- a) Estar expresadas en términos positivos.
- b) Contemplar el ámbito tridimensional bio-psico-social.
- c) Considerar la especificidad de los ideales de salud para subgrupos étnicos y otros, y aceptar la relatividad del concepto a lo largo del ciclo vital.

d) Aceptar la reciprocidad de los conceptos de salud y calidad de vida, y la vinculación de los conceptos de salud de las personas y del ambiente.

e) Proponer indicadores que permitan medir la salud individual, poblacional y del ambiente, compuestos tanto por elementos clásicos de salud, como por los otros factores que determinan la calidad de vida, a saber: utilización del tiempo libre, desarrollo organizacional, respeto a los derechos humanos, trabajo, empleo, vivienda, comunicaciones, etc.

1.10 Asegurar la continuidad de los programas de promoción

Se requiere delinear programas de promoción de la salud en que la población, las autoridades de salud y de otros sectores del desarrollo, y los gobiernos mismos se comprometan y apoyen.

Al respecto, es de fundamental importancia que el sector salud asuma el liderazgo que la sociedad espera de este a través de acciones de denuncia, articulación intersectorial, movilización de opinión y recursos, y racionalización en el uso de los recursos comunitarios. El sector también debe ejercer un rol catalizador y de resonancia de las iniciativas que se generen en la propia comunidad. Para ello es importante alcanzar y mantener condiciones de idoneidad y eficiencia en las actividades que le son propias e indelegables, especialmente en aquellas que le competen al subsector estatal.

Es imprescindible que el sector oriente técnicamente las acciones de promoción. Para esto se requiere desarrollar investigaciones multidisciplinarias que validen estrategias, instrumentos e indicadores de impacto, evaluación y monitoría.

La aplicación de las técnicas y metodologías de la sociología y la psicología, entre otras ciencias del comportamiento, es crucial pues se trata de desarrollar o reforzar una conciencia social que valore o revalore la promoción de la salud y sustente conductas individuales concordantes.

Se puede esperar que los comportamientos que la población valore y que los gobiernos apoyen, den origen a programas de promoción de la salud integrados a las otras estrategias de acción en todos los niveles de complejidad del sistema de servicios, buscando no disociar la acción de los componentes formal e informal del MSPS.

Los programas de esta índole deberían tener estabilidad y continuidad en el tiempo. Estos elementos son indispensables para acciones que, como la promoción, muestran resultados a mediano y largo plazo. La presión social sobre acciones que la población valora y las autoridades respaldan debería darles permanencia a pesar de los cambios y transformaciones que presente la organización socio-política.

1.11 Promover la modificación del paradigma económico dominante

Es necesario analizar la repercusión de la aplicación indiscri-

minada de políticas y modelos económicos en la salud ambiental, personal y comunitaria, con el objetivo de promover la estructuración de respuestas alternativas que tengan en cuenta la vigencia del derecho a la salud, a la alimentación, a la vida; las posibilidades y limitaciones de las respuestas locales personales y comunitarias; el papel del Estado como garante y promotor del bien común, y la presencia del control social para viabilizar políticas y reconocer y armonizar los intereses en juego.

2. Para la docencia

2.1 Incorporar contenidos de promoción en programas curriculares de salud y otras áreas vinculadas al desarrollo social

Para el desarrollo de acciones y programas de promoción de la salud se requiere contar con recursos humanos técnicamente capacitados y afectivamente comprometidos con esta.

Para ello se deben proveer oportunidades de enseñanza-aprendizaje que aporten conocimientos, habilidades y actitudes positivas hacia la promoción durante los estudios de pregrado de las carreras de la salud. Lo mismo aplica para los estudios de profesionales vinculados al desarrollo humano individual y social. Las experiencias de aprendizaje teórico-prácticas desarrolladas predominantemente en el terreno y la participación de grupos multidisciplinarios permiten explorar las respuestas de la población y las contribuciones que cada sector (educación, vivienda, ingeniería ambiental, protección legal, recreación, etc.) puede aportar en forma específica, complementaria y de enriquecimiento mutuo. En el pregrado, las experiencias docentes con base en problemas concretos pueden ser útiles y estimular el trabajo en equipo, así como el enfoque integral.

La incorporación de contenidos de las ciencias del comportamiento (psicología, sociología, antropología) al acervo de los profesionales del equipo de salud tradicional, es indispensable para darle efectividad a sus acciones de promoción de la salud de los individuos, las familias, la comunidad y el ambiente.

La formación de posgrado y la educación permanente y avanzada en salud pública deben contemplar los elementos señalados en mayor profundidad y con las metodologías más complejas que aporta la epidemiología moderna, el meta-análisis y otros, además de las ciencias políticas que proporcionan herramientas para desarrollar liderazgo extrasectorial.

3. Para la investigación

3.1 Definir y desarrollar los fundamentos teóricos y las respuestas operacionales inter e intrasectoriales para la promoción

Es necesario promover investigaciones que desarrollen modali-

dades de relación y coordinación inter e intrasectoriales y que a su vez permitan definir acciones e indicadores referidos al comportamiento de los distintos componentes de la promoción de la salud.

Para ello se hace necesario conocer el aporte específico de cada sector y de la población en relación con la salud personal y ambiental, así como discutir y acordar responsabilidades sobre acciones e información.

Estos acuerdos deben incluir una amplia gama de posibilidades concretas referidas tanto a las relaciones en el nivel local —lo cual abarca comportamientos y acciones personales e institucionales— como a las decisiones y orientaciones de política que se dan en el marco del desarrollo y el crecimiento global.

La respuesta sectorial supone una capacitación profesional y una integración multidisciplinaria en las organizaciones. Esto debe dar lugar a conductas y formas de presencia y presión que planteen alternativas y propuestas orientadas a la promoción de la salud tanto al nivel local como en el marco general del desarrollo.

3.2 Estimular investigaciones en la promoción de la salud

Se requiere estimular la realización de investigaciones sobre la promoción de la salud que contribuyan al desarrollo de un marco conceptual que se traduzca en líneas operativas de acción. Al respecto es imprescindible considerar, entre otras líneas de investigación, las siguientes:

- Exploración de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la promoción de la salud en la población y en los trabajadores del sector y extrasectoriales, incluyendo elementos valorativos al respecto.
- Exploración de los ideales de salud de la población y sus segmentos (subgrupos étnicos, étnicos, otros) y las necesidades de promoción específicas para cada uno de ellos.
- Diseño y validación de indicadores de evaluación y monitoría.
- Estudios de costo-beneficio de acciones de promoción versus las acciones de prevención, recuperación y rehabilitación.
- Estudios de metodologías docentes innovadoras para la promoción de la salud en las carreras biológicas, la ingeniería sanitaria, las ciencias sociales y otras.

VIII. ESTRATEGIAS Y LINEAS DE ACCION

El análisis del MPSS en el marco del MSPS y desde la perspectiva de la población, ha permitido identificar áreas críticas e implicaciones. Para su abordaje se proponen estrategias y líneas de acción que vinculen las formulaciones políticas con la realidad, buscando lograr y fortalecer un

liderazgo sectorial que, en lo particular: a) Asegure la vigencia del derecho a la salud en condiciones de justicia y equidad; b) posibilite la asunción de responsabilidades por parte **de la población** en el ejercicio de sus deberes y derechos para la preservación y promoción de la salud personal, comunitaria y ambiental.

En este contexto se reconocen tres grandes áreas para la formulación de estrategias de acción: a) Fortalecer la idoneidad e identidad del MPSS; b) desarrollar la articulación intersectorial para la acción en salud, y c) estimular y fortalecer el protagonismo de la población.

A. Fortalecer la idoneidad e identidad del MPSS

1. Reajuste de la práctica cotidiana del sistema de servicios de salud

La falta de desarrollo de la promoción de la salud y, en menor grado, de la prevención de las enfermedades en el MPSS vigente responde no tanto a la insuficiencia de recursos, como a la ausencia de tales componentes, además de la curación, en la lista de objetivos finales de la prestación de servicios. Nos referimos a una prestación que maneje una concepción integral del ser humano con sus aspectos positivos de salud, su patología y sus expectativas de curación y rehabilitación insertas en su situación familiar, su red social y su comunidad.

Por cuanto la mayor parte de los recursos humanos y técnicos del sistema de servicios de salud se destina tradicionalmente al área curativa bajo la dirección del médico y en un centro al cual el usuario concurre, esta es la mejor oportunidad para incorporar la promoción de la salud y la prevención a la práctica cotidiana de las acciones del sistema.

Esta estrategia valora como central la utilización de la capacidad instalada disponible, la inversión social realizada por los pueblos y los gobiernos, y la jerarquía y valoración que en la comunidad tiene toda la acción producida por el sistema de servicios para la recuperación de su salud. Por ello, la búsqueda de la integralidad de la prestación en términos de estructuras administrativas, técnicas y formativas que la favorezcan, constituye un campo de acción fundamental y una estrategia privilegiada disponible para la promoción y protección de la salud.

El personal de salud que se dedica a la medicina curativa necesita re-enfocar su trabajo y agregar a sus acciones la atención a hábitos y prácticas del individuo (estilo de vida) que aunque no tengan relación directa con la patología que motiva la prestación del servicio, influyen en el estado general de salud presente y tienen más importancia aún para su bienestar futuro.

Un requisito previo para este reajuste en el carácter y contenido

del MPSS vigente es que los profesionales que prestan los servicios fortalezcan y valoren aquellos comportamientos integrales que incorporan una concepción amplia de promoción y protección de la salud como el ideal social expresado precisamente por esas prácticas y comportamientos concretos.

Este cambio de actitud puede lograrse en la medida en que el recurso humano en ejercicio sea cultivado mediante cursos y talleres de capacitación, y en que se incorporen modelos y prácticas de promoción y protección integrales de la salud a la formación de nuevos profesionales en las escuelas que ofrecen programas de salud.

Es conveniente explorar la repercusión que las nuevas formas de organización y financiamiento de la atención médica tienen en la incorporación y expansión de la acción en el campo de la salud. Nos referimos al médico de familia, otras modalidades que favorecen la calidad y oportunidad de la relación médico-paciente, o la implementación de los Sistemas Locales de Salud (SILOS).

2. Intervención "poblacional" para los problemas de la salud

Esta intervención está basada en un enfoque epidemiológico que toma como sujeto de estudio y acción a la población en su conjunto. Uno de sus objetivos es alterar prácticas y costumbres (estilos de vida) que están popularizados entre la gente e inciden negativamente en su salud. El carácter masivo de estas prácticas hace de la comunicación social una herramienta fundamental para cambiarlas. Considerando que hay elementos del medio ambiente social que facilitan estos hábitos, ciertos cambios normativos y legales pueden también ser efectivos al proporcionar refuerzos negativos para algunas costumbres no saludables. Se han de implantar medidas regulatorias y cambios ambientales para contrarrestar el efecto de otras condiciones de riesgo presentes en el ambiente. Al mismo tiempo, el enfoque poblacional se preocupa de promover hábitos alternativos poniendo al alcance de la población la infraestructura física, el apoyo social y el adiestramiento necesario.

La aplicación de esta estrategia requiere la adecuación de la oferta de servicios y de la formación del personal del sector, así como la incorporación de profesionales y técnicos que puedan operar eficazmente en un campo que es intrínsecamente interdisciplinario e intersectorial.

3. Exploración y desarrollo de formas de acción en salud específicas para grupos y segmentos de la población

Al señalar que la salud es inherente a la vida, su promoción y protección puede y debe desarrollarse en personas con distintos grados de

bienestar o de discapacidad. Se plantea entonces la necesidad de investigar formas concretas de acción en salud para grupos y segmentos de la población que por razones de edad, sexo, costumbres o patología, requieran prácticas especiales (atención domiciliaria del anciano, por ejemplo). Estas deberán favorecer la integralidad de la prestación y la adaptación a las condiciones particulares de las personas, así como los cambios en los ámbitos de acción (familia, escuela, comunidad), según su naturaleza y complejidad.

B. Desarrollar la concertación y articulación intersectorial

La salud está influida por acciones y decisiones generadas e implementadas en diversos sectores de la sociedad. Estas inciden sobre la salud de las personas, la población y el ambiente, más allá de la voluntad y posibilidades propias del componente formal del sector y aun de la población misma.

Estas decisiones se vinculan con intereses particulares que no siempre ni necesariamente promueven o respetan la salud, sino que en muchos casos la deterioran. Se reconoce así un área de conflictos de variada gravedad y de naturaleza ideológica, económica o de poder cuya comprensión y manejo son necesarios para actuar y producir las alianzas convenientes que ayuden a mantener y promover la salud. Se delimita un campo concreto de responsabilidad sectorial y un espacio específico de acción, orientado a detectar consecuencias positivas y negativas de influencias extrasectoriales y producir las acciones necesarias para estimular unas y desalentar o controlar otras. Se proponen tres niveles principales de acción:

1. Concertación y articulación internacionales

La influencia de macrotendencias de expresión universal (envejecimiento de la población, urbanización, industrialización, etc.); las decisiones y orientaciones de agencias y organismos internacionales (Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, la ONU, organismos regionales, etc.), encargados de imponer políticas de ajuste económico o modelos de desarrollo, o de proponer objetivos o metas tales como "Salud para todos en el año 2000"; los intereses particulares de empresas y grupos de poder que pueden estimular el tabaquismo, la producción, distribución y consumo de drogas, o el uso exagerado de sustancias que contaminan y degradan el ambiente, definen un campo específico de acción para el sector a nivel internacional.

Las acciones concretas tienen que ver con la presencia sectorial

en la detección de hechos y tendencias, el diseño de instrumentos de acción e indicadores, la capacitación de personal, la promoción de proyectos de investigación-acción; la asesoría a los gobiernos y regiones; la convocatoria y promoción de foros de discusión; la promoción y generación de marcos legales, alianzas, compromisos y acuerdos así como de políticas y acciones; la definición de líneas de crédito y apoyo financiero; la promoción de experiencias concretas de protección a los migrantes; el cuidado, ubicación y destino de los refugiados; la protección de la población civil en zonas de guerra; el establecimiento de normas mínimas para evitar la participación de niños en los conflictos o controlar su venta, tráfico o explotación, y la preservación de su identidad vigilando y normatizando las adopciones internacionales y privilegiando las locales que aseguran la continuidad e integridad del marco cultural y étnico.

En resumen, la relación con el desarrollo económico y social, con la consolidación y promoción de la paz, con la vigencia de los derechos humanos, la democratización y la justicia a nivel internacional, son campos especiales para la intervención sectorial y cuyo éxito incide directa y positivamente en los niveles de salud.

2. Concertación y articulación en el plano nacional

El escenario nacional plantea desafíos y posibilidades similares a las expresadas para el plano internacional en lo que hace a influencias extrasectoriales en la salud.

Las realidades nacionales son el contexto cambiante en que el sector debe desarrollar su acción. En este nivel se plantea un primer espacio de articulación entre el componente formal e informal. Los aspectos culturales, más acotados en las realidades nacionales y con mayor peso y posibilidad de conocimiento que en el nivel internacional, tienen aquí un protagonismo especial. En el contexto político y económico se definirán posibilidades de implementar y aun de producir recomendaciones y actividades. Se deberían repetir aquí —en términos generales— las líneas de acción planteadas para el plano internacional.

Aparece con mayor fuerza la planificación estratégica como herramienta de útil aplicación en el análisis, negociación y concertación intersectorial. La vinculación con agencias internacionales y gobiernos plantea la posibilidad de generar acuerdos. En este campo, la capacitación del recurso humano sectorial es central para la captación y utilización de la colaboración internacional, ya sea en la asistencia técnica o económica o en proyectos de colaboración horizontal entre países.

La integración de la perspectiva de salud en los grandes temas nacionales, su divulgación, la generación de debates y recomendaciones, la

defensa concreta de la población de mayor marginación y riesgo son líneas de acción prioritarias. El acceso a ámbitos institucionales específicos de concertación tales como Consejos Económico-Sociales o Consejos de Planeación es necesario para introducir o vigorizar la promoción y recuperación de la salud y la prevención de enfermedades en el plano nacional. La generación de legislación que permita y favorezca la relación intersectorial con la educación, el trabajo, la seguridad, la acción social, etc., es un aporte en este sentido. En el sector educativo, por ejemplo, se debe apuntar a definir acuerdos y programas para introducir contenidos sobre salud en la educación formal; a discutir e interactuar con los educadores para fortalecer conductas y comportamientos generales como la autoestima, la defensa ante las influencias negativas del medio, la responsabilidad personal y social, o particulares, como el control del tabaquismo, o la promoción de la participación juvenil en la prevención del uso indebido de drogas. La colaboración en la selección y capacitación de maestros, reconocidos como agentes primarios e irremplazables en la protección, preservación o fomento de la salud, junto con los padres y otros líderes sociales, es un ámbito concreto para el aporte sectorial. El estímulo a la participación de la familia en la vida escolar, el facilitar las acciones sociales solidarias y de beneficio comunitario, son modos específicos de generar actitudes positivas que muchas veces se ven dificultadas por una normatividad sectorial tanto en la disponibilidad y uso de los recursos como en la evaluación de acciones y programas.

La articulación con el sector social que se ocupa de la atención de los menores y las familias define un campo particular y urgente de coordinación. Este sector poblacional, proveniente en su mayor parte de los grupos de atención de mayor marginación y riesgo mantiene habitualmente una relación institucional con áreas vinculadas a la justicia penal, a la asistencia directa, o a los organismos de seguridad. Hay espacios institucionales de este sector donde el componente de salud debe brindar normas de acción y evaluación. Tal es el caso de la salud mental y el control de las enfermedades venéreas y el SIDA para la población de menores alojados en institutos por indicación judicial o por acciones de amparo y protección juvenil. La introducción en otros sectores de tecnologías habituales en el sector salud, tales como el enfoque epidemiológico, la planificación estratégica, el desarrollo gerencial, serían aportes específicos y de valor en este campo. Las medidas de articulación intersectorial pasan aquí por definiciones de organización técnico-administrativa y por la elaboración de proyectos en áreas nacionales seleccionadas en donde el poder judicial, el sector de protección y amparo de la niñez y el sistema de salud puedan definir programas y acciones sobre poblaciones y áreas sociales concretas. La introducción de normas legales en lo que hace al trabajo, su ambiente,

la seguridad y retribución son otras líneas para la acción intersectorial en beneficio de la salud.

3. *Detección y desarrollo de experiencias locales de concertación y articulación*

El estímulo y desarrollo de experiencias locales abre un campo estratégico de aplicación de recomendaciones y creación de conocimientos y posibilidades de capacitación de personal. El ámbito local permite diseñar e implementar, en espacios definidos, proyectos de negociación, concertación y articulación intersectorial. Esta implementación supone la selección y promoción de experiencias e iniciativas centradas geográfica y poblacionalmente; el relevamiento de agencias e instituciones actuantes en esa misma área geográfica y poblacional; la caracterización de sus modos de acción, sus objetivos y resultados, y la definición del marco legal y administrativo, todo ello tendiente a formalizar acuerdos específicos de colaboración.

La selección y diseño de indicadores que permitan el seguimiento y la evaluación de los proyectos y el grado de cumplimiento de sus objetivos; la adecuación de normas administrativo-contables y gerenciales que plantea la integración de los recursos materiales; el desarrollo de un marco legal y normativo de la experiencia; el consentimiento y la participación de la comunidad para implementar modalidades innovadoras de planeamiento, acción y evaluación de la experiencia, son pasos sucesivos necesarios para el desarrollo de la articulación.

La incorporación de las escuelas o instituciones de educación en salud pública en estas experiencias y su participación en el diseño e implementación de las distintas etapas permitiría no solo colaborar en la tarea, sino consolidar una masa crítica de conocimientos a incorporar en la investigación y la docencia, como aporte a la consolidación de un liderazgo sectorial en salud.

C. *Promover el protagonismo de la población en la promoción y protección de la salud*

La asunción de responsabilidades por parte del individuo y de la población en la recuperación, prevención y promoción de la salud supone un ejercicio de deberes y derechos estimulados y protegidos por el sistema de servicios de salud. Para ello se sugieren las siguientes líneas de acción:

1. *La democratización del conocimiento*

La aplicación y el desarrollo de las estrategias de acción en salud requieren de una transferencia de conocimientos científicos, desde el com-

ponente formal del sector salud a la población, para que esta pueda tomar el control y participar en la promoción y protección de su salud y la del ambiente. Esto implica también la transferencia, desde la población a dicho sector formal, de sus propios ideales de salud, de sus valores y aspiraciones, y de las formas de relación social que la población quiera tener con aquel. La democratización implica valorar y potenciar aquellos elementos informales del modelo social que tradicionalmente juegan un papel menor en la curación pero que son mucho más importantes en la prevención de las enfermedades y en la promoción de la salud. El rescate de costumbres y prácticas sociales protectoras de la salud y de su promoción requiere que se las identifique y reconozca como elementos valiosos del componente informal. Supone también identificar las "aspiraciones o ideales de salud" de la sociedad y observar al sistema desde el MPSS y desde la perspectiva de la gente (MSPS).

Esta integración de conocimientos tiene en la educación formal e informal una herramienta prioritaria. La capacitación de líderes comunitarios para compartir conocimientos y su capacidad de liderazgo son vías conocidas de integración. La utilización de los medios masivos de comunicación para la propuesta de mensajes y difusión de conocimientos es un mecanismo a tener especialmente en cuenta para la democratización del conocimiento.

El desarrollo de investigaciones que faciliten el reconocimiento de formas de comportamiento saludable y de su protección por parte de la población y su incorporación al componente formal, son áreas específicas que contribuyen a la integración del MSPS. Es necesario reevaluar el uso que el componente formal del MSPS hace de los medios de comunicación social bajo el principio de democratización del conocimiento.

Es posible diseñar campañas específicas utilizando una mezcla óptima de canales, mensajes y oportunidades que garanticen la máxima llegada a la población partiendo del conocimiento de sus costumbres, valores, actitudes y creencias más arraigadas, de manera que la comunicación se apoye y sea compatible con valores compartidos. El conocimiento será así integrado al repertorio de prácticas que promocionan y protegen la salud de la población y del ambiente.

El papel de la población en el desarrollo de la salud no es solamente como audiencia pasiva de mensajes e informaciones o receptor pasivo de algunas acciones sino que también debe actuar como filtro que les dé validez. La población es tanto sujeto de las acciones y destinatario de contenidos como protagonista de la generación y difusión de mensajes.

La utilización del tiempo libre, no necesariamente vinculado con el descanso y la recreación sino también con la recesión y desocupación, es un campo prioritario y eficaz para la interacción entre el componente formal e informal del MSPS en especial para aquellas poblaciones de ado-

lescentes, ancianos, desocupados o mujeres que ya han culminado la etapa intensiva del cuidado y educación de los hijos.

2. *Reformulación de las políticas públicas en relación con la promoción y protección de la salud*

El protagonismo por parte de individuos y poblaciones en el mantenimiento y la promoción de la salud no puede significar una simple transferencia de problemas y responsabilidades, sin que se les brinde simultáneamente la posibilidad de que estas últimas se ejerzan. Son necesarios contextos mínimos para incorporar comportamientos saludables (dieta sana, deporte, descanso, utilización del tiempo libre, control de la violencia y la agresión, etc.) y de responsabilidad en la organización y el uso de servicios que supongan compromiso y participación en actividades comunitarias y de gestión institucional; se trata en definitiva de crear el contexto apropiado para el ejercicio del control social. El componente formal del sector, en especial el estatal, no puede eludir ni abdicar su responsabilidad de formular e implementar políticas públicas que aseguren la equidad y la posibilidad efectiva de participación. Entre ellas merecen señalarse:

- El estímulo a la formación y el reconocimiento de organizaciones populares que fortalezcan las relaciones de solidaridad, tales como grupos de ayuda mutua; comisiones de fomento y cooperación; cooperativas de consumo, trabajo y comercialización, etc.; grupos con programas reivindicativos orientados a superar la marginación, a mejorar niveles de ingreso, o a defender sus derechos; entidades de promoción destinadas a acceder a niveles superiores de educación, vivienda, alimentación, o a grupos de autoayuda.
- El asegurar el alcance de niveles básicos de satisfacción a través del estímulo de políticas públicas del empleo, vivienda, seguridad, etc., y definir contextos propicios en materia de igualdad ante la ley, vigencia de los derechos humanos (incluido el derecho a la salud), y democratización.
- El alentar formas político-administrativas de participación de la población en el diseño, implementación y evaluación del componente formal estatal, tales como participación vecinal en el consejo directivo de instituciones, en los consejos de salud, etc.
- La detección de comportamientos sociales o institucionales que atenten contra la salud y la organización de acciones para su defensa en dos niveles: apoyando a las familias y organizaciones sociales para ejercer su responsabilidad en torno a la salud premiando y facilitando los comportamientos saludables, las inicia-

tivas en torno al uso del tiempo libre, la colaboración intergeneracional y las tareas solidarias; o controlando y desalentando actitudes y comportamientos negativos que favorezcan la violencia, los hábitos facilistas o los prejuicios.

Este apoyo puede ser genérico a través de la legislación o mediante la inducción y propuesta de conductas y comportamientos sociales ejemplares, o específico para grupos particulares ya sea por edad, sexo, nivel socioeconómico o situación cultural y social.

3. Fortalecimiento del ejercicio de la ciudadanía y el control social

El ejercicio de derechos y deberes por parte de la población y los individuos es central para el éxito y la consolidación de la prestación de servicios de la salud.

Esto incluye asumir y desarrollar comportamientos saludables (dieta, hábitos de consumo, ejercicio, etc.); consolidar conductas sustentadas en valores de solidaridad, justicia, equidad, y desarrollar modalidades de control social desde la población organizada para que esta intervenga en la toma de decisiones sobre el uso y la asignación de los recursos gubernamentales.

D. Ilustraciones aplicativas

A manera de ejemplo y en el marco de las estrategias y líneas de acción propuestas para dotar de idoneidad el componente formal del modelo, desarrollar la articulación y promover el protagonismo de la población, es posible determinar un conjunto de acciones y medidas concretas referidas a la promoción de salud del adolescente, del anciano y de la familia. Se ha escogido la estrategia de promoción de la salud por ser el componente menos desarrollado del MPSS y sobre el cual se tiene menos experiencia.

Dicha promoción surgirá de un concepto de salud referido a crear “contextos favorables para el desarrollo personal y comunitario” que, teniendo en cuenta las características propias de los individuos, grupos y comunidades, pueda orientar las medidas hacia aspectos positivos y saludables de cada realidad personal.

La promoción se encuadrará según el sujeto y características de la acción.

Con una visión matricial dividiremos las acciones, por un lado, según el sujeto (individual, poblacional o ambiental) y por otro lado, se

incluirán acciones a realizar en diferentes ámbitos: hogar; escuela; servicios de salud; comunidad, y otros.

A su vez se deberá considerar la naturaleza de las acciones: de desarrollo personal; educativas; legales o regulatorias, y otras (Figura 6).

1. Promoción de la salud de los adolescentes

Considerando que la adolescencia es una etapa del ciclo vital y que como expresión de los procesos de crecimiento y desarrollo representa una síntesis de las etapas previas y un pronóstico de las futuras, la promoción de la salud en este período es esencial, al igual que la forma de aplicación o ejecución: concentración, temporalidad, vía, y medios.

En primer lugar, a nivel del hogar se debe proveer un ambiente de afecto y de comunicación efectiva. Es deseable la estabilidad de la pareja y tener a los padres como modelo. Implica posibilidades de desarrollar la autonomía del adolescente con los debidos límites que los padres determinen y cumplan.

En la escuela se realiza el proceso de desarrollo cognitivo-intelectual y la socialización con pares. Este proceso debe ser estimulante y respetar los diversos ritmos de aprendizaje, identificando a su vez habilidades e inclinaciones naturales para desarrollarlas.

FIGURA 6. Sujeto y características de la acción en salud.

SUJETO DE ACCION	ACCION		
	Ambito (Servicio/ Escuela/ Trabajo/Hogar/ Comunidad)	Naturaleza (Legal/Regulatoria/ Cambio ambiental/ Educativa/ Asistencial)	Forma, Intensidad y Periodicidad de ejecución
Individuo			
Población			
Ambiente			

En la comunidad se produce gran parte de la socialización con pares. Se deben proveer sitios de recreación, deportes, arte, etc., que contribuyan al desarrollo personal y proporcionen objetivos para el uso del tiempo libre.

Los servicios de salud deben contribuir a las distintas instancias educativas que se produzcan en la comunidad orientando los contenidos para promocionar la salud y el autocuidado. El sector salud también debe proveer los fundamentos técnicos para el diseño de reglamentos y leyes.

De crucial importancia es que el sistema de salud disponga de servicios para la atención preventiva y de recuperación en el momento oportuno y en calidad y cantidad necesarias. Esto implica una relación médico-paciente adecuada, una óptima comunicación bidireccional y una confidencialidad garantizada. Teniendo en cuenta que la mayoría de los contactos con el sistema de servicios se producen por morbilidad aguda y por traumatismos, se debe aprovechar toda instancia (sea primer, segundo o tercer nivel de complejidad) para promover o proteger la salud incorporando otras prácticas de espíritu preventivo, entregando contenidos, concientizando sobre conductas de riesgo y estimulando estilos de vida saludables.

Con respecto a la naturaleza de las acciones: en primer lugar se proponen acciones que implican desarrollo personal. Estas se deben centrar en reforzar la auto-imagen y la auto-estima y en desarrollar la confianza en sí mismo. Ello le otorga al adolescente herramientas para enfrentar las presiones sociales (pareja, grupos) de acuerdo con los principios que adopte y mantenga.

A este desarrollo personal deben contribuir padres, maestros, líderes sociales y pares. Implica la posibilidad de ejercitarse en el seno de la familia, del hogar, de los grupos de amigos.

Luego tenemos las actividades educativas orientadas a valorar la salud como un bien circunstancial a la vida y a adoptar comportamientos saludables que redundarán en la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

La promulgación de leyes debe contemplar el control de las condiciones de riesgo ambiental (centros deportivos, carreteras, etc.) y aspectos que limiten el ejercicio de conductas de riesgo a menores (edad para conducir vehículos motorizados, adquirir bebidas alcohólicas, tabaco, etc.)

En cuanto al ambiente, es indispensable proporcionar elementos saludables referidos al medio natural (paisaje, flora, fauna) y al medio social, para que se eviten la violencia y la transgresión de los derechos básicos del ser humano.

Así como es deseable proporcionarle a los adolescentes un ambiente sano, el debe estimular en ellos la responsabilidad frente a aquel y

enfaticar el papel que deben cumplir en protegerlo para asegurar que las generaciones futuras también lo disfruten.

Todo lo anterior debe desarrollarse en un marco de participación de modo que la incorporación de los adolescentes, a través de grupos autogenerados, sea la estrategia básica. Esto permitirá conocer sus ideales de salud y diseñar en conjunto actividades de promoción que sientan propias y en las que se comprometan.

2. Promoción de la salud del anciano

Tomando como sujeto al anciano, es posible definir medidas en ámbitos de acción distintos (familia, barrio, clubes, trabajo, hospital), con modalidades diferentes (normativas, legales, de educación, de asistencia, etc.) y con forma y oportunidad de aplicación particulares.

Aquí podrían incluirse cursos preparatorios para el retiro y la jubilación; recomendaciones y enseñanzas sobre dieta y hábitos de vida; fácil acceso a la asistencia médica y sanitaria; promoción de grupos de autocuidado; creación de grupos voluntarios intergeneracionales; apoyo para el desarrollo de funciones sociales como cuidar niños en el barrio o en la plaza. Programas y acciones de organizaciones voluntarias o sociales (parroquias, organizaciones no gubernamentales, iglesias, sindicatos, etc.) orientados a atender a ancianos marginados, "ambulantes", "sin casa" facilitándoles servicios que incluyan desde duchas o baño, hasta lugar de descanso. Por último, a los ancianos se les puede integrar también al planeamiento, desarrollo y evaluación de proyectos y actividades específicas para sus pares, según sus habilidades y experiencia.

En esta línea aparecen acciones vinculadas con la salud biológica del anciano, con su autoestima, su sociabilidad, su participación e integración, todas ellas tendientes a utilizar y estimular los recursos y valores positivos y promover un mayor bienestar.

En el plano poblacional, las medidas se orientan a generar valoraciones y conductas sociales que favorezcan la calidad de vida de este grupo etáreo, a tiempo que se sugieren líneas de trabajo orientadas a modificar y fortalecer comportamientos y conductas sociales tales como la responsabilidad familiar en relación con las personas de más edad; generar medidas impositivas o salariales que premien la convivencia o el "tener a cargo" a los familiares ancianos; valorar la experiencia y promover actitudes de respeto; promover la información y asistencia referida al abuso y maltrato de los ancianos, y desalentar las conductas consumistas y en extremo competitivas, etc.

Aquí son también aplicables las categorías de análisis propuestas al hacer el enfoque individual. Se proponen medidas legislativas referidas

a retiro y jubilación, facilidades de transporte, nivel y oportunidad de pagos de servicios, posibilidad de insertarse en la educación formal en condiciones especiales.

Desde un enfoque ambiental surge la necesidad de promover acciones urbanísticas referidas al equipamiento social de barrios y proyectos con lugares de esparcimiento y deporte; paseos y plazas; lugares de descanso y comunicación (bancos, teléfonos) entre distancias máximas; normas para las señales de tránsito (tiempo de variación, tamaño, color, etc.) que tengan en cuenta las limitaciones de las personas de más edad; integridad y mantenimiento de las aceras; medidas de seguridad ciudadana (policía de tránsito, serenitas, iluminación), etc. Se incluyen en este plano medidas generales de protección ambiental, en especial las que tienen que ver con los contaminantes del aire por gases y partículas.

3. Promoción de la salud familiar

La familia, núcleo primario de la sociedad y ámbito natural y privilegiado para el crecimiento, educación y socialización de las personas, se reconoce como espacio prioritario para el desarrollo de acciones de promoción de salud.

Las acciones promocionales en el ámbito familiar podrían relacionarse con las **funciones de la familia**, en distintos momentos de su evolución o con las crisis vitales principales de sus miembros o del conjunto. Así, se podrían hacer intervenciones vinculadas con la procreación, la formación educativa, la socialización, la promoción del crecimiento y el desarrollo de los integrantes del núcleo familiar, etc.

Con respecto a la evolución familiar se puedan enunciar acciones relacionadas con la selección y formación de la pareja, con el nacimiento y crecimiento de los hijos, con su entrada a la adolescencia, con la muerte de los abuelos o de otros familiares, con el nacimiento de hermanos, con el matrimonio o partida de los hijos, con la separación o disolución de la pareja, con problemas laborales o de aprendizaje, etc.

Se define así un panorama amplio y rico en posibilidades de acción para el sector salud que permite visualizar el papel del componente formal (preparación y formación de recursos humanos capacitados, adecuación institucional con consultorios y clínicas de atención familiar, programas de salud mental, promoción del médico de familia, investigación aplicada a la realidad familiar, etc.), y valorizar el componente informal (sus conductas y creencias, sus funciones e instituciones conocidas y respetadas dentro de la sociedad y generadas desde ámbitos tales como la escuela, la parroquia, la comunidad vecinal, el sindicato, el municipio, etc). Entre los proyectos de promoción de salud posibles en el ámbito familiar

están: creación de grupos de padres en el ámbito escolar o parroquial; preparación para el matrimonio y/o el parto; proyectos de vinculación y apoyo intergeneracional (abuelos cuidando nietos o apoyando guarderías); madres alfabetizadoras comunitarias; huertas familiares; utilización y preparación de alimentos; utilización del tiempo libre; proyectos de desarrollo comunitario e intervención intergeneracional; grupos de promoción e intercambio cultural; capacitación de mujeres mayores pasado el tiempo de crianza intensiva de los hijos; educación sexual, o medidas directas de ayuda a la familia numerosa para facilidades de turismo, descuento en servicios, etc.

Una perspectiva poblacional se referiría a propuestas educativas, legales, culturales, de comunicación que indujeran o fortalecieran comportamientos de la sociedad en relación con las familias y el adulto. Ejemplos de ello serían la valoración de la institución matrimonial y familiar; conductas procreativas y de educación de los hijos; democratización de las relaciones intergeneracionales respecto a la ancianidad; descalificación de la violencia familiar; promoción de la mujer, etc.

Las intervenciones que podrían calificarse de ambientales están referidas a la oferta de equipamiento urbano que facilite el fortalecimiento y desarrollo familiar: lugares accesibles de abastecimiento, provisión de servicios básicos de saneamiento; seguridad personal y comunitaria; apropiada ubicación de ámbitos fabriles potencialmente contaminantes; preservación o promoción de áreas públicas para deporte y recreación, y desarrollo de la comunicación y el transporte. Acceso a servicios de salud, educación, promoción en un contexto de convivencia democrática y pluralista, etc.

El respeto de la cultura particular de los pueblos y la valoración de comportamientos no consagrados por el componente formal pone en evidencia la necesidad de iniciar intervenciones de promoción de acuerdo con las prácticas del sector informal. Un ejemplo de ello sería apoyar modalidades comunitarias espontáneas y tradicionales de atender a los hijos menores de madres que trabajan (madres que cuidan hijos de otras madres, abuelas cuidadoras, etc.), donde la presencia del componente estatal de salud o de otra agencia gubernamental podría limitarse a la capacitación, el control, el apoyo financiero y técnico, etc. Algo similar puede ocurrir en relación con las familias de los menores que se han incorporado al mercado informal de trabajo. La respuesta institucional formal es habitualmente insuficiente y tardía y no impide ni la disolución familiar, ni la adhesión del menor a la cultura de la calle. Sin embargo, es posible desde respuestas comunitarias de base familiar, retener al menor en actividades prelaborales vinculadas a lo lúdico; incorporarlo luego a ambientes de preparación laboral relacionados con la escuela y la familia, e iniciarlo en la vida laboral

con la protección brindada no solo por parte del marco legal habitualmente existente pero no vigente, sino por parte de las familias y la comunidad. Esto con el fin de que el adolescente se organice, produzca recursos, y se incorpore al mercado de trabajo en armonía con exigencias psicológicas y éticas.

Todas estas actividades canalizadas desde la salud requieren intersectorialidad, participación comunitaria e idoneidad del componente formal. Su desarrollo supone acciones de capacitación, organización y fortalecimiento de la capacidad de liderazgo del sector para promover la salud.

IX. COMENTARIO FINAL

El análisis del Modelo de Prestación de Servicios de Salud desarrollado por la OPS en los años 1989–1990, representó una extensión de aquel desarrollado a partir de la segunda mitad de la década de los ochenta, en que se comenzó a promover y estimular el desarrollo del liderazgo sectorial en salud y a usar a la formación avanzada en salud pública como un punto de entrada educacional para dicho propósito. En el presente trabajo se consolidan los documentos de orientación de tal análisis, los que a su vez fueron influidos progresivamente por el proceso mismo. Los informes consolidados de los tres talleres de los que constó el proceso —uno por cada estrategia mayor de acción— serán motivo de una publicación separada.

Este esfuerzo tuvo cuatro características distintivas:

- Su objeto de observación. En los últimos años ha habido una preocupación cada vez mayor por la infraestructura y las funciones generales del sistema de salud, en desmedro de su fin esencial. En el presente caso, en cambio, el servicio a la población y al ambiente ha sido mirado de manera integral, teniendo en cuenta los nuevos desarrollos conceptuales y metodológicos sobre la acción en salud.
- Su perspectiva. El analizar los sistemas de salud desde las prestaciones, representó un intento de mirar el sistema desde abajo, desde su interfase con la población, es decir desde una perspectiva próxima a la de la gente.
- Su forma de mirar. La dinámica seguida está “orientada a problemas” de la prestación de servicios. En otras palabras, se ha intentado inductivamente llegar a la inferencia de implicaciones a partir de la identificación de vacíos y áreas de dificultad del modelo vigente.
- Sus gestores. La selección de los participantes intentó equilibrar

su procedencia tanto profesional (servicios vs. docencia-investigación), como geográfica — dada la situación de salud diferencial de los países (en desarrollo, en transición y relativamente más desarrollados).

A lo largo del proceso fueron apareciendo conceptos, afirmaciones, metodologías, propuestas, que enriquecidas por la dinámica grupal y a partir de los documentos básicos de análisis permitieron rescatar ciertos elementos innovadores para el desarrollo del liderazgo sectorial y la formación avanzada en salud pública que creemos pueden considerarse además como insumos de valor para el desarrollo global de la salud pública.

Es así que al definir como objeto de análisis al MPSS (entendiendo por tal el conjunto de acciones concretas, claramente definidas, que el sistema de servicios de salud brinda a las personas y al ambiente) y determinar como nivel de observación a la interfase entre el sistema de servicios y la población en busca de jerarquizar lo funcional del sistema y la prestación como un momento central en la aplicación del modelo, apareció una dimensión que excedía los límites del componente formal del sector salud. Se pone así en evidencia la existencia en la sociedad de un conjunto de prácticas, hábitos y conductas que tienen una influencia decisiva en la salud de la población y los individuos y que conformaban una nueva realidad más compleja y menos lineal en su concepción, que fue definida como el Modelo Social de Prácticas de Salud.

A partir de esta evidencia se plantea la necesidad de reformular y ampliar la perspectiva de observación hacia un enfoque más abarcador que dimos en llamar para reafirmar su sentido y ubicación como *desde la perspectiva de la gente*.

En el camino a tal perspectiva, en el proceso aquí referido comienzan a plantearse y perfilarse con una importancia y dimensión propia para la comprensión y operación de este Modelo elementos que creemos conveniente destacar y analizar. Una primera aproximación permite visualizar la desconexión entre el componente formal del modelo que determina las necesidades de salud y la percepción que la población tiene de las mismas. Aparecen así conflictos entre los comportamientos y normas recomendados por los expertos sectoriales y los patrones de conducta que la población ejerce y valora, con el consiguiente déficit en los resultados en relación con los recursos comprometidos por el sector.

Existen múltiples dificultades de vinculación del sector salud con la comunidad; es así que puede detectarse una barrera, de distinta magnitud y solidez, constituida por una trama de prejuicios, rutinas, fallas de formación, carencia de recursos, intereses, etc. que perturban la transferencia de tecnologías y procedimientos hacia el conocimiento popular y comunitario y su posible utilización.

Las aspiraciones, conocimientos y opiniones comunitarias no influyen significativamente en el MPSS. Ya sea por una deficiente capacidad organizativa, por una actitud pasiva ante sectores con mayor poder formal y mayores recursos o por falta de canalización política y organizacional, no logran superar las barreras existentes para hacer oír su opinión e intervenir en el diseño, desarrollo y evaluación de programas o prestaciones de salud. De esta forma, no se llega a conformar un espacio adecuado para la concertación entre los componentes formales e informales.

No siempre existe una adecuada actitud crítica para la aceptación de normas y prestaciones. La comunidad no ha desarrollado eficazmente formas de defensa y reacción frente a ofertas indiscriminadas de prestaciones, vinculadas más a intereses particulares que a necesidades prioritarias para la salud poblacional y ambiental.

Esta situación pone en evidencia la desvalorización del saber de la población, su cultura, sus modelos de organización social, sus formas de solidaridad y ayuda. Por otra parte aparece como confusa la determinación de responsabilidades por parte de la población en términos de asumir deberes y ejercitar derechos.

Se definen así dos conceptos que consideramos centrales y relevantes que son: *ideales de salud y ciudadanía*.

Entendemos por *ideales de salud* al conjunto de valores, aspiraciones, representaciones, creencias y actitudes de la sociedad que expresan su imagen deseable de la salud y de sus prácticas. Esta concepción de ideales de salud plantea la discusión y el reconocimiento de: la distancia existente entre el sistema formal e informal de salud, y la deficiencia de la formación en salud pública en cuanto a la escasa incorporación de herramientas de las ciencias sociales y políticas. Todo lo cual pone en evidencia cómo las distintas racionalidades (técnicas, administrativas, políticas, etc.) generan un conflicto en que el poder del aparato formal, impone su racionalidad desplazando otras formas legítimas de visualizar las situaciones-problema y sus soluciones por parte de la población.

Se definió así la necesidad de rescatar las costumbres y prácticas sociales para la protección de la salud y su promoción a partir de la identificación y el reconocimiento de elementos valiosos del componente informal. Supone identificar los "ideales de salud" y la ratificación de observar el MPSS genuinamente desde "la perspectiva de la gente".

Esta decisión requiere de una transferencia de conocimientos y poder desde el componente formal del MSPS a la población para que esta pueda participar activamente de la recuperación, protección y promoción de su salud y de la del ambiente. Esto implica también la transferencia en sentido inverso de los ideales de salud, valores, aspiraciones y de las formas de relación social que la población quiera tener con el componente formal.

A este valorar y potenciar de aquellos elementos informales del modelo formal y a la interacción en un plano de apertura entre los componentes formales e informales del mismo se denominó: **democratización del conocimiento**.

En lo que hace a los ideales de salud es equívoca la simple extrapolación de realidades vigentes en países de mayor nivel de ingreso, en donde el reclamo de servicios y prestaciones tiene su correlato habitual en el pago de los mismos en forma directa, por vía impositiva o de seguros y en donde la transgresión a la solidaridad es sancionada objetiva y sistemáticamente en relación con responsabilidades definidas. En países en desarrollo con niveles de subsistencia precarios y con creciente dificultad el aporte de la población se expresa en términos de enfermedad y muerte y en niveles de vida deficitarios.

Aparece allí con más evidencia la necesidad de afirmar derechos básicos de accesibilidad a bienes y servicios cuya ausencia supone una agresión, no solo a la salud, sino a la misma dignidad personal y social.

La responsabilidad personal se vincula así al ejercicio de su derecho a asociarse y a peticionar de manera de poder tener acceso a los niveles de realización personal y de reconocimiento social y asegurarse contextos favorables para este tránsito.

Las conductas transgresoras suelen ser calificadas como tales desde realidades culturales distintas y las formas de solidaridad pueden asimismo ser mecanismos elementales de defensa ante situaciones de extrema carencia o injusticia.

No parecen claramente definidas estas dos vertientes de conceptos de *ciudadanía* (ejercicio de derechos y deberes) ni sus estadios intermedios, restando al sector posibilidades de promover conductas que generen espacios para el crecimiento personal y comunitario como expresión concreta de promoción, protección o recuperación de la salud.

Las respuestas y propuestas extremas simplifican las alternativas forzando modalidades de solidaridad y de ejercicio del derecho y del deber vinculadas con el modelo de países desarrollados, o circunscribiéndolo a acciones reivindicativas.

No se establece con claridad la relación existente entre ambas instancias y las conductas personales e institucionales.

En síntesis, *ciudadanía* supone la participación activa de los ciudadanos en el control de los actos y programas de gobierno, sustentada en la contribución impositiva en los países desarrollados y en la búsqueda de justicia social, defensa de los derechos humanos y de niveles aceptables de calidad de vida en los países en desarrollo.

A lo largo del proceso, se fueron identificando puntualmente las áreas críticas y las necesarias intervenciones en el sistema de servicios,

en la docencia y en la investigación que permitiera alcanzar la idoneidad del Modelo.

La incorporación del *ambiente* como sujeto de análisis y con idéntica jerarquía que la población y los servicios, demandó un enfoque novedoso que insinúa un todavía largo camino de conceptualización y análisis que permita operar sobre el binomio población/ambiente desde la docencia y los servicios.

Debe actualizarse el concepto utilizado hasta el presente de que el ambiente se circunscribe al medio físico, químico y biológico en que vive el hombre, para que además incorpore la dimensión social y humana que no puede ser separada.

La búsqueda de funcionalidad del concepto de *salud* y el reconocimiento de su transformación a partir de las nuevas concepciones de prevención y promoción llevó a rescatar a la misma no como un algo absoluto e indivisible sino como algo relativo a espacio, población e historia, inherente a la vida y con posibilidades de promoción y protección de sus componentes hasta el momento de la muerte. Esto supone el reconocimiento de una *salud positiva* que desde los nuevos conceptos de promoción, prevención primordial y enfoque de riesgo, se oriente a crear contextos y condiciones favorables para el desarrollo de individuos, familias y comunidades o para la preservación y mejoría del ambiente en una tarea que necesariamente debe ser multidisciplinaria e intersectorial.

Elementos tales como el reconocimiento de los problemas de funcionalidad y daño residual de las patologías crónicas así como las nuevas modalidades de atención en donde adquieren un papel relevante los grupos de autoayuda y los recursos comunitarios vinculados a determinados problemas de salud, definen espacios de transformación para el ordenamiento de los recursos sectoriales.

Un elemento central emergente del análisis es la deficiente valoración y desarrollo de la articulación del sector salud con los demás sectores.

Aparece como un área de preocupación crítica, y cuya solución supone resultados a corto y mediano plazo, la deficiente articulación con instituciones, actores y protagonistas extrasectoriales que comparten el escenario de acción y cuyas posibilidades no son tomadas en cuenta ni utilizadas y aún compiten por la población a cubrir y por el espacio social a ocupar.

Las instituciones definen su propio campo de responsabilidad y acción creando una relación parcial con la realidad concreta (personas, comunidad, ambiente) que puede desconocer, aún en la programación y evaluación, la presencia de otros actores con sus propias racionalidades, intereses y acciones. Esta situación plantea, en la relación con los sujetos

de la acción, una superposición y competencia de acciones y recursos que hace que no se utilicen potenciales disponibilidades para objetivos comunes en el campo de la salud.

Aparece como un área de conflicto a definir y superar, la desarticulación familiar y social en el plano geográfico y poblacional de acciones y programas (geocentros y población centrados).

Allí surge una de las carencias más relevantes para el ejercicio del liderazgo sectorial, en la medida que no puede detectar ni influir eficazmente en decisiones extrasectoriales que afectan a la salud ni potenciar los aportes que desde allí pueden surgir para mejorar la situación de salud de la población/ambiente.

El sector salud ha retrocedido en su capacidad de ejercer influencia en las decisiones sociales (de organismos internacionales, países y grupos sociales) para la formulación y aplicación de políticas y para la generación de comportamientos personales y comunitarios saludables.

Habitualmente aparece en una doble situación. Por una parte proclama normativamente el "debe ser" para lograr una sociedad saludable y, por otra, atiende sin la cobertura ni eficacia deseadas las consecuencias de políticas y acciones de otros sectores y grupos de presión (tabaquismo, contaminación y deterioro ambiental, desnutrición, violencia, etc.)

Aún en el ámbito intrasectorial la asignación real de recursos sociales no se corresponde a las recomendaciones sectoriales ni siguen una lógica interna en relación con los conocimientos disponibles en materia de costo beneficio.

Para aumentar la proyección del sector hacia la sociedad se requiere desarrollar su capacidad de abogacía. Es decir, sobre la base de los esfuerzos de individuos y grupos organizados buscar la influencia de gobiernos, corporaciones y burocracias para que sean más reactivos a las necesidades de votantes, inversionistas, consumidores, así como a las de los grupos postergados social y económicamente. Las estrategias usadas por la abogacía se concentran sobre las insuficiencias burocráticas o institucionales y son inherentemente políticas. Tales estrategias incluyen acción social, abogacía de casos, abogacía legislativa y abogacía administrativa.

Se definieron operativamente objetivos y acciones que permitieran desarrollar aptitudes y actitudes para el desempeño en escenarios cambiantes e interrelacionados con intereses encontrados, que generan tensiones y decisiones no siempre acordes con los intereses de la salud y sus manifestaciones en la población/ambiente.

El análisis del sistema de servicios y de su transformación permitió valorar la eficacia de las intervenciones poblacionales sustentadas en la influencia que la epidemiología tiene en el diseño y aplicación de políticas

de salud. El desarrollo de los SILOS planteó un espacio de convergencia en donde aplicar con cierta urgencia la metodología de análisis propuesta, como instrumento hábil para ser allí utilizado y para generar contenidos docentes orientados a la formación del recurso humano y la participación comunitaria.

En suma, la problematización —desde un lugar próximo al de la perspectiva de la gente— del Modelo de Prestación de Servicios de Salud promovió una visualización innovadora que propuso al análisis numerosas cuestiones, entre las que no fueron menores: la concepción del modelo social de prácticas de salud; el reconocimiento de los ideales de salud de la población; el rescate del concepto de ciudadanía y control social; la propuesta de la democratización del conocimiento; la valorización intersectorial; la intervención poblacional en los problemas de salud; el cuestionamiento y la definición operativa del concepto de salud; la detección de las carencias instrumentales del sector, tales como lo referido a las ciencias sociales y a las ciencias de la comunicación y la revisión de la concepción misma de la salud pública.

En este último punto quedó explícita la superación de la misma como un conjunto de principios y métodos que permiten una profesionalización en el campo de la salud o su visualización como una actividad de gobierno para ser rescatada como el esfuerzo organizado de la sociedad hacia el logro de sus ideales de salud.

Si bien la gestación misma de este proceso y su desarrollo, dificultan su presentación como un elemento doctrinario plenamente acabado, ofrece un avance conceptual para el desarrollo de la teoría y práctica de la salud pública y un insumo novedoso para la formación de los recursos humanos, la investigación y los servicios.

Las estrategias y líneas de acción, definidas en este proceso, aparecen como un marco de referencia idóneo para señalar desde los campos de acción identificados y los objetivos propuestos el desarrollo de los contenidos teóricos, habilidades/destrezas y actitudes que deberán conformar —junto con otros elementos— el currículo para la formación avanzada en salud pública.

Esta propuesta permite complementar la decisión de “asociar liderazgo y conducción sectorial a la necesidad de formación avanzada en salud pública, no de orientación estrictamente académica sino que en estrecha vinculación con la situación concreta con que se enfrenta el sector salud”.

La aplicación de esta metodología a las realidades locales (de salud o municipales, por ejemplo) le permitirá manifestar todo su valor como herramienta de transformación, como aporte para el liderazgo sec-

torial y la formación avanzada en salud pública y proponer así cursos de acción contributorios para el desarrollo de la teoría y práctica de la salud pública.

X. BIBLIOGRAFIA

- 1 Organización Panamericana de la Salud. Salud para todos en el año 2000. Estrategias. Documento Oficial No. 173. Washington, D.C., 1980.
- 2 Organización Panamericana de la Salud. Salud para todos en el año 2000. Plan de acción. Documento Oficial No. 179. Washington, D.C., 1982.
- 3 Reuniones de Cooperación ALAESP/ ASPH/OPS. Primera reunión: Análisis de políticas públicas en el contexto de salud y desarrollo (México). *Educ Med Salud* 22(4): 383-402, 1988.
- 4 Reuniones de Cooperación ALAESP/ ASPH/OPS. Segunda reunión: Sistemas nacionales de información y desarrollo de la epidemiología (Venezuela). *Educ Med. Salud* 22(4): 428-439, 1988.
- 5 Reuniones de Cooperación ALAESP/ ASPH/OPS. Tercera reunión: Economía y financiamiento de la salud (Argentina). *Educ Med Salud* 22(4): 456-472, 1988.
- 6 Reuniones de Cooperación ALAESP/ ASPH/OPS. Cuarta reunión: Recursos humanos en salud (Brasil). *Educ Med Salud* 22(4): 488-498, 1988.
- 7 Reuniones de Cooperación ALAESP/ ASPH/OPS. Quinta reunión: El proceso de desarrollo tecnológico en salud (Colombia). *Educ Med Salud* 22(4): 499-503, 1988.
- 8 Reuniones de Cooperación ALAESP/ ASPH/OPS. Sexta reunión: Sistemas de servicios de salud (Puerto Rico). *Educ Med Salud* 22(4): 516-532, 1988.
- 9 Ferreira, J. R. El liderazgo en salud pública en América. *Educ Med Salud* 23(1): 5-13, 1989.
- 10 Organización Panamericana de la Salud. El desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. Tema 5.6 del Programa Provisional de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS. Washington, D.C., 1988.
- 11 Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Washington, D.C., 1989, pp. 1-28.
- 12 Pan American Health Organization. Primary health care and local health systems in the Caribbean. Washington, D.C., 1989, pp. 1-195.
- 13 Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Talleres Subregionales: Experiencias y conclusiones. Documento HSD/SILOS-1. Washington, D.C., 1989.
- 14 Organización Panamericana de la Salud. El modelo de prestación de servicios de salud. 1. La recuperación de la salud. Documento de Discusión. Washington, D.C., 5-15 de septiembre de 1989.
- 15 Organización Panamericana de la Salud. El modelo de prestación de servicios de salud. 2. Estrategia de prevención. Documento de Discusión. Washington, D.C., 29 enero-20 febrero de 1990.
- 16 Organización Panamericana de la Salud. El modelo de prestación de servicios de salud. 3. Promoción de la salud. Documento de Discusión. Washington, D.C., 2-13 de julio de 1990.
- 17 Organización Panamericana de la Salud. Taller de Análisis del Modelo de Prestación de Servicios de Salud. 1. Recuperación de la salud. Informe Final. Lima, 20-24 de noviembre de 1989.

- 18 Organización Panamericana de la Salud. Taller de Análisis del Modelo de Prestación de Servicios de Salud. 2. Prevención de daños. Informe Final. São Paulo, 30 abril-4 de mayo de 1990.
- 19 Organización Panamericana de la Salud. Taller de Análisis del Modelo de Prestación de Servicios de Salud. 2. Promoción de la salud. Informe Final. Santiago, 6-10 de agosto de 1990.
- 20 Sigerist, H. E. *The University at the Crossroads: Addresses and Essays*. New York, Henry Schuman, 1946, pág. 127.
- 21 Sigerist, H. E. *Medicine and Human Welfare*. New Haven, Yale University Press, 1941, pág. 100.
- 22 Morris, J. N. *Uses of Epidemiology*. Baltimore, The Williams and Wilkins Co., 1964.
- 23 Lalonde, M. A new perspective on the health of Canadians. Ministry of National Health and Welfare. Ottawa, Canada, 1974.
- 24 Estados Unidos de América. Departamento de Salud y Servicios Humanos. *Surgeon General's report on health promotion and disease prevention*. Publicación 79-55071. Washington, D.C., 1979.
- 25 Neghme, A. Propósitos y objetivos de la educación médica. *Rev Med Chile* 110: 479-486, 1982.
- 26 Doll, R. Prospects for prevention. *Br Med J* 286: 445-453, 1983.
- 27 Organización Panamericana de la Salud. Área de Desarrollo de Programas de Salud, Programa de salud ambiental (HPE), 1984-1989. Washington, D.C., 1984.
- 28 Goic, A., Florenzano, R. y Velasco, C. Análisis de la formación humanística y psicosocial en el pregrado de la carrera de Medicina. En: *Educación Médica en Chile*, Editor, Lavados, J. Santiago, Chile, Corporación de Promoción Universitaria, 1985, pp. 137-162.
- 29 Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984*. Publicación Científica No. 500, Washington, D.C., 1986.
- 30 Organización Panamericana de la Salud. Decenio Internacional del Abastecimiento de Agua Potable y del Saneamiento. Informe sobre la marcha de los trabajos en la Región. *Serie Ambiental No. 6*. Washington, D.C., 1987.
- 31 Organización Panamericana de la Salud. Programa regional de seguridad de sustancias químicas-PRSSQ. *Serie Ambiental No. 7*. Washington, D.C., 1987.
- 32 Organización Mundial de la Salud. *Vivienda y salud: Una agenda para la acción*. Ginebra, 1987.
- 33 Romero, M. I. Recursos humanos en salud en Chile: Análisis de una década. En: *Política y sistemas de salud. Análisis de la década 74-83*. Editor, Jiménez, J. Santiago, Chile, Corporación de Promoción Universitaria, 1987, pp. 65-94.
- 34 Litvak, J., Ruiz, L., Restrepo, H. E. y McAlister, A. El problema creciente de las enfermedades no transmisibles, un desafío para los países de las Américas. *Bol. Of Sanit Panam* 103(5), 433-499, 1987.
- 35 Pérez-Arias, E. B. y Feller, J. J. El Médico general integral: Una alternativa futura. *Conexión Salud* 39 pp. 33-37. Argentina.
- 36 Puska, P., Nissinen, A., Tuomilehto, J., Salonen, J. T., Koskela, K., McAlister, A., Kottke, T. E. y Maccoby, N. The community-based strategy to prevent coronary heart disease: Conclusions from the 10 years of the North Karelia Project. *Ann Rev Public Health* 6:147-193, 1985.
- 37 Rose, G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol* 14: 32-38, 1985.
- 38 Anzola-Pérez, E. Salud del adulto en América Latina. Situación actual y perspectivas. *Educ Med Salud* 23(1): 75-86, 1989.
- 39 Ruiz, L. Promoción y protección de la salud del adulto en América Latina y el Caribe. *Educ Med Salud* 23 (1): 87-99, 1989.
- 40 Cano-Gaviria, E. Salud y bienestar de adultos y envejecientes. Implicaciones para la docencia, la investigación y los

- servicios. *Educ Med Salud* 23(1): 101-107, 1989.
- 41 Romero, M. I. Medición de calidad de atención médica a través de enfermedades trazadoras. Documento de Trabajo 2/89. Santiago, Chile, Corporación de Promoción Universitaria, 1989. pp. 1-81.
 - 42 Abadí, I. y Finizola, B. Enfermedades crónicas del adulto: Situación actual y tendencias de los servicios de salud en Venezuela, en prensa.
 - 43 Restrepo, E. La promoción de la salud: Una perspectiva de trabajo en salud del adulto. Primer borrador, 1990.
 - 44 Kickbusch, J. Prospects for action on health promotion. Organización Mundial de la Salud. ICP/HSR640, noviembre de 1989.
 - 45 Organización Panamericana de la Salud. Informe de un Grupo de Trabajo. Programas de promoción de la salud de los ancianos para Latinoamérica y el Caribe, basados en la investigación. 30 de octubre-3 de noviembre de 1989. Washington, D.C.
 - 46 Brooks, N. Opportunities for Health Promotion: Including the Chronically ill and disabled. *Soc Sci Med* 19 (4): 405-409, 1984.
 - 47 Franklin, W. La epidemiología y el fomento de la salud: una perspectiva canadiense. *Bol Of Sanit Panam* 108 (1): 1-14, 1990.
 - 48 Ministry of National Health and Welfare of Canada. *Mental Health for Canadians: Striking a balance*, 1988.
 - 49 Epp, J. *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*. Ottawa. Health and Welfare, Canada. 1986.
 - 50 World Health Organization, Health and Welfare Canada, and the Canadian Public Health Association. Ottawa Charter for Health Promotion. International Conference on Health Promotion. Ottawa. Noviembre 17-21 de 1986.
 - 51 McAllister, A. L., Puska, P., Orlandi, M., Bye, L. L. y Zbylot, P. Behaviour Modification: Principles and Illustration. En: Holland, W. W., Detels, R. y Knox, E. *Oxford Textbook of Public Health*. Londres, Oxford Medical Publications, 1989.
 - 52 Casada, L. Medicina popular y comportamiento humano. *Medicina y Sociedad* 9 (5): octubre de 1986.
 - 53 What is Health Promotion. Editorial. *J Public Health Policy* 147-151, 1986.
 - 54 Comisión Nacional de Políticas Familiares y de Población, Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, República Argentina. *Cuestiones actuales de familia*. Buenos Aires, Editorial Fraternal, S. A., 1989.
 - 55 Motta, P. R. y Caravantes, G. R. Planejamento Organizacional. Dimensões Sistémico-Gerenciais. Fundação para o Desenvolvimento de Recursos Humanos. Porto Alegre, RS, 1979.

Anexo

Recuperación

Participantes

Edmundo Beteta Pacheco, Ministerio de Salud, Perú
Eduardo Cano Gaviria, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Colombia
Juan Carrasco Perrigo, Escuela Nacional de Salud Pública, Perú
Vicente Carrasco Reyes, Escuela Nacional de Salud Pública, Perú
Susana Castro de Céspedes, Escuela Nacional de Salud Pública, Perú
Darío Concha Andía, Escuela Nacional de Salud Pública, Perú
Francisco Correa Uribe, Facultad Nacional de Salud Pública, Colombia
Mario Wilfredo Chuy Chiu, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú
Hugo Mario de la Quintana González, Universidad Mayor de San Andrés, Bolivia
Francisco Javier De Urioste Fernández de Córdova, Universidad Mayor de San Andrés, Bolivia
Pedro Díaz Urtega, Escuela Nacional de Salud Pública, Perú
Julio Espinoza Jiménez, Ministerio de Salud, Perú
Jorge Jaime Feller, Universidad Nacional de La Plata, Argentina
Juan José Gagliardino, Universidad Nacional de La Plata, Argentina
Oscar Guzmán Coto, Ministerio de Salud, Costa Rica
Ana León de Zavadzkas, Escuela de Malariología y Saneamiento Ambiental, Venezuela

Gladys Marcia Malaspina Hernández, Unidad Departamental de Salud Lima Este, Arequipa, Perú
José Alejandro Ormachea Frisancho, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú
Rómulo Rafael Ortiz Ríos, Unidad Territorial de Salud Arequipa, Perú
René Julián Pinelo Molina, Ministerio de Salud, Perú
Manlio Roca Pereyra, Ministerio de Salud, Bolivia
Francisco Rodríguez Rodríguez, Unidad Departamental de Salud La Libertad, Perú
María Inés Romero Sepúlveda, Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina, Chile
Mario Rovere, Organización Panamericana de la Salud, Perú
Luis Ruiz Carrillo, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC
Amparo Salas Neyra, Escuela Nacional de Salud Pública, Perú
Joselita Macedo Souza, Universidad Federal de Bahia, Brasil
Aracy de Pinho Witt Spinola, Universidad de São Paulo, Brasil
Francisco Tancredi, Universidad de São Paulo, Brasil

Lima, Perú, noviembre de 1989.

Prevención

Participantes

Aloyzio Achutti, Universidad Nacional de Rio Grande do Sul, Brasil
Augusta Thereza de Alvarenga, (Coor-

dinadora), Universidad de São Paulo, Brasil
Antonio Carlos de Azevedo (Coordi-

- nador), Universidad de São Paulo, Brasil
- Oswaldo Monteiro de Barros, Secretaria de Saúde, Brasil
- Julio Bello (Relator), Secretaría de Salud Pública, Argentina
- Paulo Buss, Escuela Nacional de Salud Pública, Brasil
- Vicente Carrasco, Escuela Nacional de Salud Pública, Perú
- Moisés Goldbaum, Organización Panamericana de la Salud, Brasil
- David Gómez Cova, Universidad Central de Venezuela, Venezuela
- María Elena López, Ministerio de Salud, Costa Rica
- Juan Lugari, Ministerio de Salud, Costa Rica
- Joselita Macedo de Souza, Universidad Federal de Bahia, Brasil
- María Cristina Noceti (Relatora), Ministerio de Salud Pública, Uruguay
- Humberto de Moraes Novaes, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC
- Renate Plaut, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC
- Alfredo Remolina, Ministerio de Salud, Colombia
- Humberto Romero Alvarez, Ministerio de Salud, México
- María Inés Romero (Relatora), Universidad Católica de Chile, Chile
- Luis Ruiz, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC
- José Carlos Seixas, Universidad de São Paulo, Brasil
- José María Pacheco de Souza, Universidad de São Paulo, Brasil
- Aracy Witt de Pinho Spinola, Universidad de São Paulo, Brasil
- Francisco Bernardini Tancredi (Coordinador), Universidad de São Paulo, Brasil
- Javier Torres Goitia, Universidad de San Andrés, Bolivia
- Vitor V. Valla, Escuela Nacional de Salud Pública, Brasil

Promoción de la salud

Participantes

- Aloyzio Achutti, Universidad Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
- Carlos Celso Amaral, Universidad de São Paulo, Brasil
- Eduardo Cano (Relator), Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Colombia
- Mayra Cartin, Universidad de Costa Rica, Costa Rica
- José Ramón Delgado, Universidad Central de Venezuela, Venezuela
- John Elder, San Diego State University, EUA
- María Cristina Escobar, Ministerio de Salud, Chile
- Renato Espinoza, University of Texas, EUA
- Jorge Feller (Relator), Universidad Nacional de La Plata, Argentina
- Olaya Fernández, Ministerio de Salud, Chile
- América Fernández, Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), Guatemala
- Daniel Juricic, Ministerio de Salud, Chile
- Curt Lemesch, Ministerio de Salud de Chile
- Luis Lozano, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú
- Matilde Maddaleno, Hospital L. C. Mackenna, Chile
- María C. Noceti (Relatora), Ministerio de Salud Pública, Uruguay
- Andres Petrasovits, Department of National Health and Welfare, Ontario, Canada

Renate Plaut, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC

María Inés Romero, Ministerio de Salud, Chile

Luis Ruiz, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC

Clara Salinas Contesse, Servicio de Salud Araucanía, Chile

Aracy Witt de Pinho Spinola, Universidad de São Paulo, Brasil

Néstor Suárez, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC

Santiago, 6–10 agosto de 1990

RESEÑAS

ESTADO DE LA EDUCACION EN GERO-ODONTOLOGIA EN LA AMERICA LATINA: HALLAZGOS DE UNA ENCUESTA¹

E. Anzola Pérez, R. Mariño, G. Gillespie y R. González

INTRODUCCION

Los logros alcanzados en salud en América Latina se han traducido en un dramático aumento de la expectativa de vida y en un cambio sustancial en la estructura de la población y en el perfil epidemiológico. Así, por ejemplo, para 1980 la población de 60 años y más era de 23,3 millones (6,4%); para el año 2000 será de 40,9 millones (7,2%) y para el 2025 alcanzará los 93 millones (10,8%).

El crecimiento de este grupo social emergente obliga a replanteamientos en materia de salud y bienestar que permitan diferenciar adecuadamente los factores propios del proceso de envejecimiento normal y aquellos que provienen del medio ambiente.

La odontología, como disciplina de salud consciente de estos hechos epidemiológicos y de su rol como elemento importante en la nu-

¹ Nota del editor: Para mayor información o solicitud de copias de este estudio, favor dirigirse al Dr. Elías Anzola Pérez, Programa Regional Salud de los Ancianos, Organización Panamericana de la Salud, 525 23rd Street, N.W., Washington, D.C. 20037, USA.

trición de los ancianos, la eliminación del dolor, la capacidad funcional masticatoria, el bienestar y la calidad de vida del anciano, entre otros, debe velar porque los nuevos graduados hayan adquirido las destrezas apropiadas para enfrentar una población cada vez más envejecida. Como respuesta a esa nueva dimensión, los Programas Salud de los Ancianos y Salud Bucodental de la OPS realizaron una investigación sobre la enseñanza de la gero-odontología en 156 Escuelas y Facultades de Odontología de América Latina.

OBJETIVO GENERAL

El objetivo general del estudio fue conocer el grado de desarrollo de la enseñanza de la gero-odontología en la formación de los recursos humanos odontológicos en los centros de enseñanza a nivel de pregrado, posgrado y educación continua.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Los objetivos específicos fueron conocer las características de los cursos existentes en cuanto a: descripción, duración, número promedio de participantes, estructura del equipo docente, especialidades odontológicas participantes, disciplinas profesionales disponibles, material docente y de referencia, número de tesis de graduación realizadas sobre el tema, programas de los cursos, opiniones de las autoridades de los centros formadores en relación con la incorporación de las actividades de gero-odontología en los varios niveles, y conocer la prioridad adjudicada a las actividades de gero-odontología en los diferentes países.

MATERIAL Y METODOS

Para la recolección de la información se utilizó el Directorio de Escuelas y Facultades de Odontología de América Latina de la base de datos del Programa Regional de Salud Bucodental de la OPS, vigente en el mes de agosto de 1990. Las 156 Escuelas y Facultades de Odontología fueron encuestadas a través de un cuestionario *ad hoc* elaborado por los Programas Regionales de Salud de los Ancianos y Salud Bucodental de la OPS, que fue enviado por intermedio de las Representaciones OPS/OMS en los países de habla hispana y portuguesa. La recolección de la información se efectuó entre los meses de agosto de 1990 y mayo de 1991.

RESULTADOS

1. El número de respuestas recibidas durante el período establecido fue de 50, lo cual corresponde al 32% del total de las Escuelas y Facultades de Odontología.

2. La investigación reveló un bajo número de cursos dedicados exclusivamente a la gero-odontología, ya sea en pregrado, posgrado o educación continua. Más comúnmente, las Escuelas y Facultades de Odontología que respondieron a la encuesta contemplan contenidos de gero-odontología en el curriculum de pregrado en forma de actividades incluidas dentro de otras asignaturas, que en su mayoría se refieren a prótesis, periodoncia y cirugía, con una muy baja proporción de aspectos de medicina oral y psicosociales.

3. Muchas universidades no cuentan con material de apoyo docente y de referencia en el área. En general, las Escuelas/Facultades que cuentan con algún material, este es, en su mayoría, de producción extranjera. Asimismo, el número de tesis de graduación es, igualmente, muy bajo si se le compara con el número de graduados anuales. El estudio permitió también actualizar información de alta relevancia sobre las instituciones encuestadas y el conglomerado estudiantil en formación.

4. También se pudo conocer, mediante esta encuesta, la excelente disposición de un número significativo de Escuelas y Facultades de Odontología por crear los espacios necesarios para incorporar esta área de ejercicio profesional.

CONCLUSIONES

El 56% de las Escuelas y Facultades de Odontología que respondieron a la encuesta señalan poseer actividades relacionadas con la enseñanza de gero-odontología; sin embargo, estas se relacionan principalmente con contenidos gero-odontológicos en diferentes asignaturas, muy especialmente con prótesis (en especial prótesis total) y periodoncia.

Esta situación puede cambiarse de manera favorable en el futuro, ya que en muchas Escuelas y Facultades de Odontología se identifica el cambio en la estructura de las poblaciones, lo cual se manifiesta en el elevado porcentaje (57,8 a 63,2%) de respuestas que dan alta prioridad a la incorporación de elementos de gero-odontología en el curriculum, y el bajo porcentaje que la considera no prioritaria (6 a 22%), lo cual bien pudiera estar relacionado con la realidad demográfica que presentan las poblaciones de esos países.

Dichas respuestas indican un ambiente de aceptación por parte de las autoridades académicas a la incorporación de estos elementos, prin-

principalmente con un enfoque multidisciplinario y dentro de las actividades de pregrado y educación continua. Esto indica que no estaría dentro de los objetivos la creación de especialistas en gero-odontología, sino más bien, odontólogos generales que adapten sus conocimientos y habilidades para atender a los pacientes ancianos.

Sin embargo, se hace necesario modificar la concepción de que la prioridad de la enseñanza se debe dar únicamente hacia otros grupos de la población, en lugar de tratar de alcanzar un balance adecuado, incorporando elementos de gero-odontología a la enseñanza tradicional.

DIMENSÃO PEDAGÓGICA DO TEMA “MORTE”

*Magali Roseira Boemer,¹ Elizabeth Ranier Martins do Valle,²
Marisa Borges Brito de Souza³ e Suely Paccagnella Correa de Araújo⁴*

INTRODUÇÃO

Educar para a morte vem sendo recomendado por autores especializados. Isto adquire importância especial quando se considera a clientela representada pelos profissionais de saúde.

Ao procurar formar um corpo de conhecimento sobre situações que envolvem a morte e o morrer, a questão da educação impunha uma resposta à pergunta: É possível pensar-se em educar para a morte? (1-4). Surgiu daí a necessidade de preservar, nessa educação, o referencial sob o qual vimos angariando conhecimentos sobre o tema para poder propor uma ação educativa que fizesse sentido para as autoras, permitindo sua concretização. Isto levou a que pensássemos em educação a partir da obra de Heidegger (5).

Segundo Critelli (5), pensar em educação a partir daquele filósofo exige que se tenha uma preocupação com a educação em si e não com a construção de simples técnicas de ensino. Sua análise, ao tratar a educação segundo a ontologia haideggeriana, oferece-nos conteúdo de relevância pois fundamenta nossa idéia de educação para a morte. Critelli, em sua análise, diz que sob o referencial de Heidegger a educação é o homem-sendo-com-o-homem de uma maneira particular. Este sermos-uns-com-os-outros é o que se oferece como a oportunidade da educação que, neste sentido, não fica confinada à escola. Entretanto, contemporaneamente, a educação acha-se confinada a uma instituição ou a um setor da sociedade que dela se encarrega.

¹ Idealizadora e Coordenadora do Curso, Professora Livre-Docente, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil.

² Coordenadora do Curso, Professora Doutora, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

³ Coordenadora do Curso, Enfermeira Assistente, Divisão de Enfermagem, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

⁴ Coordenadora do Curso, Enfermeira da Comissão de Educação Continuada, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

A autora afirma, também, que o fenômeno da educação é caracterizado em relação aos adjetivos que lhe são atribuídos — educação religiosa, de massa ou social — e cada caso fica a cargo de uma instituição oficial — igreja, meios de comunicação de massa ou famílias. Desenvolvem-se, ainda, ciências que se consideram melhor orientar tais tipos de educação como, por exemplo: teologia, psicologia social e pedagogia com todos os seus desdobramentos. Alerta a autora que com essa compartimentação educacional, acaba-se perdendo de vista a própria educação pois, com a divisão, o que passa a ser prioritário é o que a adjetiva ou especializa, juntamente com os recursos disponíveis para seu empreendimento. Com isso, detivemo-nos no ôntico esquecendo o ontológico.

A educação tem sido tomada como tarefa a ser concretizada e, quando a representamos onticamente como tarefa, damos-lhe outro atributo — a instrução. Instrução e educação são fenômenos que nada têm a ver entre si. Instruir é treinar, condicionar, informar. Educar,⁵ por sua vez, vem do latim *ex-ducere* que quer dizer “conduzir” ou “arrancar para fora” subentendendo “de uma condição de existência para outra”.

No fenômeno instrução, o que se manifesta com seu constitutivo básico são os processos, conteúdos, instrumentos, objetos e objetivos da instrução. As relações homem-homem, neste âmbito, não são mais a “oportunidade” mas os “subsídios” da concretização de tal tarefa.

A aproximação à ontologia heideggeriana dessa questão é efetuada por Critelli (6) na tentativa de abrir caminho para a recuperação da educação mesma e enquanto tal. Essa proposta implica resgatar para o fenômeno educação o lugar onde se encontra a relação homem-homem, o lugar onde vemos os homens sendo-uns-com-os-outros enquanto oportunidade de educação. Desta forma, tendo como fundamento o ser-com-os-outros, a educação constrói-se na “circumundaneidade”, no existir cotidiano; é neste modo básico, fundamental de ser que a educação encontra sua oportunidade.

Vista por esse ângulo, a educação pode resgatar seu sentido original de autoridade (*angere-late*) enquanto “fazer crescer”, o que pode abrir possibilidades de um caminho para questões a ela referentes.

Pensar em educação no sentido da ontologia heideggeriana exige, também, uma recuperação do que denominamos de primeira evidência em relação ao fenômeno educação — o fato de ser aí onde, primordialmente, se encontra a relação homem-homem.

⁵ Domínio ou Cange; Glossarium Mediae et Infimae Satinitatus; Akademisdcte Druck — V. Verlagsanstalt, Austria, 1954, p. 231 (apud Dulve Mara Critelli — Educação e Dominação Cultural: tentativa de reflexão ontológica. São Paulo, Cortez Editora: Autores Associados, 1981).

Com base nesse pensar é que se buscou uma forma de conduzir enfermeiros num processo de educação para a morte, ainda que em condições circunscritas às estruturações inerentes à educação em sua forma pública, como é o caso do ensino em uma universidade. Esse referencial proporcionou certa tranqüilidade para essa ação educativa por revelar que as possibilidades de um ato educativo irão conviver de forma dialética diante da própria condição humana, essencialmente dialética, do educador e do educando.

Apesar de se sectariar, inevitavelmente, a educação de acordo com o tema, propondo formas alternativas de “educação para a morte e o morrer”, procurou-se preservar o que mostrou ser fundamental — habitar este espaço onde os homens estão sendo uns-com-os-outros a partir da compreensão do homem possuidor de um horizonte de possibilidades.

Conviver com outros homens compartilhando o estar pensando na morte, passou a fazer parte de um compromisso pessoal e, assim, empenhamo-nos na abertura desse espaço que possibilite um educar sob a perspectiva de conduzir o educando a outra dimensão existencial de como ver e entender a morte. Julgamos ser importante a descrição dessa nossa experiência em educar para a morte, educação que se dirigiu a enfermeiros assistenciais, por entender serem eles que, ao exercer suas funções em instituições de saúde, habitam o mundo do hospital, onde a morte se faz bastante presente levando-os a cotidianamente interagir com situações de morte e com o morrer.

TRAJETÓRIA DA EXPERIÊNCIA: DESCRIÇÃO E ANÁLISE

Nos anos de 1987 e 1988 criamos e coordenamos um curso de aperfeiçoamento sobre o tema da morte na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com vistas a uma proposta educacional direcionada a enfermeiros assistenciais, com a intenção de que o curso viesse a se constituir em um caminho para que situações envolvendo a morte pudessem ser discutidas enquanto objeto de reflexões. Conforme dito acima, procuramos seguir o pensar heideggeriano conduzindo os enfermeiros por um processo educacional que possibilitasse uma nova condição existencial em sua maneira de ver e entender a morte.

O curso foi planejado para uma carga horária de 90 horas, com as seguintes propostas:

- Situar o tema da morte nas diversas sociedades e, em particular, na sociedade brasileira;
- Discutir o conceito de morte em termos do desenvolvimento humano;

- Situar a morte como parte da existência segundo o referencial de Martin Heidegger;
- Discutir e refletir sobre o envolvimento do enfermeiro assistencial com a morte e o morrer dos pacientes e com os familiares destes;
- Possibilitar reflexões sobre a necessidade de compartilhar com pacientes a morte e o morrer destes.

A carga horária foi assim distribuída: trinta horas reservadas para as aulas necessárias à fundamentação teórica; trinta horas para leituras, elaboração, apresentação de seminários e discussões e trinta horas para vivência de situações do cotidiano de modo a favorecer o desenvolvimento de temas para estudo.

O fato das autoras terem participado anteriormente do seminário "A morte e os mortos na sociedade brasileira" (7) foi de extrema importância para a elaboração do conteúdo do programa por ter proporcionado melhor compreensão sobre o fenômeno morte em suas várias perspectivas, bem como o intercâmbio com pessoas de diferentes áreas do saber que puderam colaborar conosco expondo seu pensamento sobre a morte.

O conteúdo do curso programado abrangeu o seguinte:

- Análise da perspectiva da morte nas diversas sociedades;
- Análise e discussão do conceito de morte em termos do desenvolvimento humano;
- Análise da morte enquanto parte da existência — referencial de Martin Heidegger;
- Análise da morte sob o referencial da psicanálise;
- Análise e discussão de trabalhos que tratam do tema da morte e do morrer: metodologias desses estudos;
- Abordagem de situações práticas que envolvem a morte e o morrer;
- Discussão da assistência ao paciente terminal e à sua família;
- Assistência à equipe de enfermagem que cuida do paciente terminal e de sua família.

Em 1987 esse conteúdo foi ministrado de 24 de agosto a 14 de dezembro, com três horas semanais para as aulas formais. Para docentes, selecionaram-se pessoas que pudessem colaborar com seu saber específico para uma visão ampla do fenômeno da morte. A figura 1 apresenta o cronograma do curso.

Para entender a necessidade para o curso é mister tecer algumas considerações:

- Por entender que a dinâmica das discussões seria beneficiada com um número pequeno de participantes, estabeleceu-se oferecer 10 vagas

FIGURA 1. Cronograma do curso ministrado entre 24 de agosto e 14 de dezembro de 1987.

Data	Conteúdo	Responsável
24/08/87	A morte na história	Dra. Maria Luíza Marcílio, Depto. de História, USP
31/08/87	A morte enquanto parte da existência A morte sob o ponto de vista da religião	Dr. José Lino O. Bueno, Faculdade de Filosofia de Ribeirão Preto Prof. Francisco A. Correa, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
05/09/87	Formação de uma atitude diante da morte e da vida — um ponto de vista psicanalítico	Dr. David Azoubel, Psiquiatra, Ribeirão Preto
14/09/87	Abordagem da morte segundo a Sociologia	Dra. Neiri Costa P. Alessi, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
21/09/87	A Psicologia da morte	Dra. Júlia Kovacs, Faculdade de Filosofia, USP
28/09/87	A percepção da morte na criança	Profa. Ana Maria Pimenta Carvalho, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
05/10/87	Alterações no acesso ao corpo — Institucionalização da Medicina e da Enfermagem	Dra. Maria Cecília P. Almeida, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
12/10/87	Feriado	
19/10/87	Leitura e discussão dos autores Ziegler, Áries, Kastenbaun	Coordenadores do curso
26/10/87	Apresentação dos estudos de Kubler-Ross	Seminário realizado pelos alunos
02/11/87	Finados	
09/11/87	Estudos sobre a morte e o morrer	Enfa. Mariza B. B. de Souza, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
16/11/87	A morte, o morrer e o morrendo. Estudo de pacientes terminais	Dra. Magali Roseira Boemer, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
23/11/87	Vivências de morte	Dra. Maria Cecília Manzolli, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

FIGURA 1. (Continuación)

Data	Conteúdo	Responsável
30/11/87	O significado do cuidar da criança à morte	Dra. Elizabeth R. M. do Valle, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
07/12/87	Educação para a morte	Profa. Maria Antonia Paduam, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos
14/12/87	Projeção do filme "Morte e Vida Severina" e discussão	Dra. Magali Roseira Boemer, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
20/12/87	Avaliação final	Coordenadores e discentes

para enfermeiros assistenciais. Também não se antecipava que o curso atraísse muitos candidatos devido aos tabus, à negação e a todas as dificuldades que esse tema envolve.

Entretanto, no momento em que se abriram as inscrições, notou-se ser necessário alterar o plano inicial: havia 22 candidatos inscritos, incluindo também procura por parte de profissionais de outras áreas. Após as devidas ponderações resolveu-se aceitar todos os inscritos, dentre eles uma fisioterapeuta, uma psiquiatra e um arquiteto (este interessado no curso por pretender realizar estudo de mestrado relacionado com arquitetura de túmulos em cemitérios).

Havíamos também solicitado cotas de bolsas ao Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) pois o curso, por suas características, enquadrava-se na modalidade de "Bolsa Aperfeiçoamento - tipo A" daquele órgão. As 10 cotas solicitadas foram concedidas (Processo 850008-87.5-CL) o que representou para nós uma gratificação em relação à relevância do tema. Entretanto, por questões relacionadas com o requisito de que os bolsistas indicados pelo Coordenador do Curso não podem ter vínculo empregatício na mesma cidade ou região metropolitana onde o curso é ministrado, só foi possível utilizar uma das cotas que foi destinada a uma enfermeira do Hospital das Clínicas de Botucatu, cidade onde reside e que, portanto, satisfazia o critério estabelecido pelo CNPq.

Para o ano de 1988 o curso, aberto a profissionais da área de saúde que exercessem suas funções na forma assistencial, ofereceu 20 vagas. O conteúdo manteve-se basicamente o mesmo, com somente algumas alterações no cronograma em relação ao ano anterior quanto aos docentes convidados, quer por impossibilidade destes, dificuldades e/ou por se ter tomado conhecimento de outras pessoas a partir de nosso convívio acadêmico. Este curso realizou-se de 19 de agosto a 15 de dezembro de 1988.

As vinte vagas foram preenchidas por dezenove enfermeiras e uma assistente social e, dado o número de pessoas interessadas, abriu-se uma lista com o nome das catorze enfermeiras excedentes, caso houvesse uma eventual desistência. Posteriormente elevou-se para 25 o número de vagas.

Antes do início de cada curso procurou-se determinar a razão que levava cada um dos inscritos a procurá-lo. Obtiveram-se depoimentos individuais por escritos e sua análise permite algumas observações:

- Os alunos mencionaram que foi o próprio tema que despertou seu interesse, pois sua experiência já demonstrara ser o mesmo difícil de encarar, sobre o qual evitam falar e cuja abordagem se reveste de grandes dificuldades;
- Mencionaram o seu lidar diário com situações de morte como razão para buscar o curso. Esse cotidiano gera ansiedade e cria a sensação de “*não saber o que fazer*”;
- Citaram algumas áreas como sendo local muito habitado pela morte, tais como a clínica de queimados, a de pediatria e a de neurologia que, segundo eles, carregam mais dificuldades;
- Manifestaram a expectativa de que o curso lhes ofereça oportunidade de trabalhar em si mesmos para encontrar a maneira de encarar a morte na sua atuação cotidiana e ajudar os pacientes em seu morrendo;
- Falaram também da expectativa de ajudar os familiares do paciente terminal, o que lhes parece ser um aspecto difícil;
- Também presente nos depoimentos foi a preocupação em orientar os funcionários da equipe de enfermagem sob sua supervisão;
- E, apesar da questão ter-lhes sido apresentada de forma genérica: “O que o levou a procurar o curso?”, os alunos verbalizaram esperar preencher suas expectativas através de conhecimentos teóricos e trocas de experiências.

Eis como alguns alunos se manifestaram:

“Trabalho com pacientes que exigem muito, tanto na parte emocional, psico-social e espiritual.” (Enfermeira de unidade de queimados.)

“Preciso adquirir mais conhecimentos porque trabalho na Unidade de Queimados.” (Enfermeira de unidade de queimados.)

“Por ser enfermeira de pediatria — urgência —, deparo-me com mortes infantis ocorridas repentinamente e preciso me preparar para lidar com isso.” (Enfermeira de clínica pediátrica.)

“Trabalho no setor de pediatria e por isso preciso dos conhecimentos que esse curso pode me dar.” (Enfermeira de clínica pediátrica.)

“Onde trabalho é uma unidade muito ‘feia’, as pessoas sofrem muito, por isso gostaria de buscar algo que eu pudesse entender melhor;

há muito que procuro um curso como esse.” (Enfermeira de clínica neurológica).

“É um problema enfrentado por mim no meu trabalho diário e creio não saber lidar com isso apesar de trabalhar há oito anos em pediatria.” (Enfermeira de clínica pediátrica.)

“Trabalho com crianças e acho que a morte na infância é sempre mais difícil de se aceitar.” (Enfermeira de pediatria.)

Vê-se que há uma expectativa de aprimoramento, de aprender sobre o assunto, de compartilhar experiências, de melhor fundamentar a assistência ao paciente em situações de morte. Há ainda referências de pessoas que percebem ter sido esse um assunto esquecido no currículo do curso de graduação.

A análise dessas manifestações trouxe-nos muita tranquilidade em relação à condução do curso, já que não havia uma expectativa de “solução” para a questão da assistência ao paciente terminal enquanto receitas e fórmulas para se interagir com ele, e isso se mostrava coerente com o nosso pensar a morte enquanto proposta educacional.

Desenvolvimento do Processo de “Condução”

O conteúdo programado pôde ser desenvolvido segundo os cronogramas elaborados. Sobre o conteúdo cabe tecer algumas considerações. Inicialmente, a abordagem dada ao tema foi teórica com uma análise histórica da questão da morte, sobre as maneiras de como encará-la vêm se transformando ao longo dos séculos, particularmente pela sociedade ocidental. Isso possibilitou que os alunos tivessem uma visão do fenômeno morte na forma contextualizada como ela se apresenta hoje, o que está relacionado com seu dia-a-dia no trabalho.

Os determinantes que levaram ao atual entendimento da morte, enquanto tema abafado e negado, puderam ser discutidos sob o referencial da História de modo a poder-se compreender a maneira como se apresenta hoje como fenômeno a ser “enfrentado” pelos profissionais de saúde.

A esse conteúdo seguiu-se uma visão de morte como parte da existência humana, segundo a contribuição do referencial filosófico de Martin Heidegger, que pôde trazer à tona a condição existencial do homem enquanto ser-para-a-morte, implicando a compreensão de sua angústia diante da possibilidade de não mais-ser. A contribuição da ótica religiosa também foi importante, na medida em que a religiosidade emerge em situações de morte e os processos da fé e da crença são facetas presentes na maneira como as pessoas percebem e encaram a morte.

A abordagem da morte, segundo a sociologia, pôde retomar a questão histórica na medida em que o social se apresenta nas várias culturas

e nos vários modos de produção. Propiciou uma fundamentação para o entendimento de como a morte pode se apresentar de diferentes maneiras, nos diferentes segmentos da sociedade.

No conteúdo pertinente à Psicologia, foi possível trabalhar a questão dos medos, fantasias e ansiedades que o tema suscita e, de forma particular, como esses sentimentos permeiam o trabalho dos profissionais de saúde. Uma experiência de vivência pôde ser propiciada na qual foi ressaltada a simbologia ligada à morte, ao velar do corpo e ao luto com velas, cores e atitudes. Contemplou-se a questão dos instintos de vida e de morte assim como a visão psicanalítica através da abordagem da obra de Freud "Luto e Melancolia" (8). Os alunos haviam lido previamente um texto que analisa o luto e a dor mental entre os índios Carajás e depois discutiram-no com o docente responsável por sua elaboração.

Quando o curso tratou de questões ligadas à morte na infância, foi importante a experiência de dois membros do Grupo Multidisciplinar de Apoio à Criança com Câncer da Clínica Pediátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. O conceito de morte que as crianças têm nas diferentes fases de seu desenvolvimento, sua percepção da morte, o significado de sua terminalidade aos olhos dos enfermeiros e dos pais foram temas que puderam ser expostos e discutidos, assim como a importância das expressões da criança terminal sobre como percebe a sua situação, através de desenho, pintura, modelagem e da fala.

As alterações que vêm ocorrendo na prática médica e que permitiram um acesso ao corpo do doente, as possibilidades de invasão desse corpo, bem como a discussão dos processos de institucionalização da medicina e da enfermagem também foram parte do conteúdo ministrado. A análise do exercício profissional do enfermeiro possibilitou uma visão crítica desse exercício e dos seus determinantes e abriu o caminho para que se introduzisse a leitura de textos de outros autores que tratam da morte contextualizada nos hospitais e das dificuldades que profissionais de saúde têm em lidar com ela (9-11).

Outros trabalhos também mereceram atenção especial no curso (12, 13) e foram lidos pelos alunos para a elaboração de um seminário onde foram apresentados e discutidos. Com esse conteúdo o aluno foi sendo conduzindo para a questão do paciente terminal, quando se abordou um estudo realizado pelas autoras sobre a situacionalidade dos pacientes terminais hospitalizados que vivenciam o seu morrendo (1).

Nas últimas aulas apresentou-se um levantamento sobre o conhecimento que vem sendo produzido sobre a morte e o morrer no Brasil, ressaltando as metodologias utilizadas nesses estudos. A questão da educação para a morte nas escolas de saúde também mereceu atenção e ao colocá-la no final, pretendeu-se mostrar que todo o conteúdo do curso e

as discussões a ele inerentes, comprovam ser a questão educacional carente de maior investimento por parte das escolas e das instituições de saúde.

Encerrou-se o curso com uma abordagem da morte na arte mediante da projeção do filme “Vida e morte Severina”, baseado no poema de João Cabral de Mello Netto, seguida de sua discussão segundo a análise de Meyer (14) que trata dos encontros com a morte vividos pelo retirante Severino, personagem do filme. Esse conteúdo final permitiu um encerramento do curso segundo a idéia que o norteou — a visão da morte como parte da vida.

Conforme o exposto, o curso procurou dar uma visão interdisciplinar da morte e desvelar as várias facetas presentes nas situações que a envolvem. As discussões constituíram-se em momentos plenos de reflexão, às vezes permeadas por significativos períodos de silêncio.

O trabalhar essas observações com os alunos permitiu conduzi-los a pensar em sua assistência profissional de forma a recuperar o “*estar-com*” a pessoa que vivencia sua finitude. A visão do homem, segundo a análise existencial de Heidegger, possibilita uma nova idéia de que não se pode compreender esse homem aplicando fórmulas teóricas e mecanicistas.

A partir da experiência vivida pelos alunos, foi possível refletir juntos sobre o seu sendo-enfermeiro em situações que envolvem a morte; trocas dessas experiências foram possíveis estabelecendo-se a intersubjetividade e, com ela, um processo de recriação do seu pensar.

Avaliação Sob a Perspectiva de Compreensão

Ao terminar o curso, procurou-se ouvir a opinião dos alunos sobre o que o mesmo significara para cada um deles por parecer ser essa uma forma de avaliação adequada, dado o enfoque educacional proposto e o tema do curso. A intenção não foi mensurar os conhecimentos adquiridos, mas avaliar o curso enquanto proposta de condução, enquanto oportunidade para educar para a morte.

Seus depoimentos revelam que, para eles, a experiência foi uma oportunidade para:

- Adquirir novos conhecimentos;
- Aprofundar-se em um tema inquietante;
- Compartilhar experiências;
- Trabalhar em si mesmo o significado pessoal da morte;
- Elaborar planos de trabalho com a equipe de enfermagem (reuniões, palestras);
- Falar sobre o tema com mais naturalidade;
- Uma abertura para a compreensão e não tanto para um “preparo”;
- Novos horizontes para lidar com os familiares.

Comparando-se o que os alunos esperavam do curso com o que disseram dele ter obtido, constata-se que as expectativas foram atendidas.

A preocupação dos enfermeiros com os familiares dos pacientes e com outros membros da equipe de enfermagem ficou patente ao citarem os motivos que os levaram ao curso. Verificaram que sua profissão apresentava outras facetas e sentiram necessidade de se educar para lidar com a questão da morte em si mesmos, de modo a poder encará-la e ajudar pacientes, familiares e funcionários sob sua supervisão. Por outro lado, seus depoimentos não revelam expectativa de “solução” mas sim de uma possibilidade de ajuda para a compreensão, o que as autoras acreditam ter sido um componente fundamental para a realização da experiência a que se propuseram.

É importante assinalar que os enfermeiros percebem algumas áreas como oferecendo maior dificuldade no lidar com a morte, como se dá com a unidade de queimados, a de pediatria e a de neurologia, por abrigarem pessoas que, aos olhos dos enfermeiros, vivenciam sua terminalidade de uma forma particularmente dolorosa.

Dessa forma, vê-se que algumas unidades requerem que se dê maior atenção às pessoas que nela atuam, possibilitando formas alternativas de alívio para uma situação particularmente difícil. As escolas e os serviços de enfermagem precisam estar atentos para essas áreas que se apresentam como críticas no que concerne o ambiente de trabalho cujo “ao redor” leva a pensar na própria morte a partir da morte de outro. Os sentimentos de angústia que o pessoal de enfermagem sente “*diante de*” e de “*medo por*” merecem atenção especial.

As discussões mantidas durante a realização do curso mostraram outra questão que convém mencionar. Em vários momentos das discussões, ao lidar com situações de morte, era-se levado a pensar na pessoa que recebe a assistência de enfermagem e a forma como essa assistência é dada.

Fez parte do conteúdo das discussões a vinculação do tema do curso com a análise das modalidades como a assistência de enfermagem é dada. A forma como se exerce a assistência de enfermagem expressa a maneira como se vê a pessoa a quem o cuidado é prestado. Assim, se o referencial da assistência de enfermagem é a realização de tarefas, não irá contemplar a essência de quem recebe o cuidado. As normatizações expressas por rotinas e regulamentos rígidos também contribuem para a massificação e impessoalidade da assistência por afastar a idéia de cuidado como constitutivo de quem o recebe — não como algo exterior a ele, mas sim por ele co-determinado.

O referencial da fenomenologia pode contribuir na busca de caminhos para uma implementação da assistência de enfermagem a partir da compreensão do homem e do seu ser no mundo, da visão deste homem

como possuidor de um horizonte de possibilidades no decorrer de sua existência. O corpo, a inteligência e os sentimentos atuam de forma tão interligada que não é possível distingui-los (15).

Para resgatar a essência, a totalidade do homem, é necessário romper com a visão fragmentada que dele se tem, entendida como soma de partes e relações causais entre as manifestações da doença. É preciso recuperar a percepção do homem como um ser que tem seu mundo e suas facetas desse mundo e que, numa situação de doença, tem uma parte do seu corpo afetada; isso afeta o seu sendo-no-mundo e o seu vir-a-ser.

É preciso ver o homem não mais como doente, mas sendo-doente; não à morte, mas morrendo. Enfermeiro e paciente podem ser ambos sujeito e objeto do cuidado. Eles se completam e interagem pois a dicotomia sujeito e objeto não encontra respaldo no pensar fenomenológico, em sua proposta compreensiva. Sob essa ótica, o homem que recebe o cuidado de enfermagem será também o seu co-determinador.

Todas essas idéias permearam as discussões que nos remeteram às formas de assistência ao homem, possibilitando uma análise crítica do exercício profissional. Refletiu-se sobre os fatores intervenientes que têm determinado o afastamento do enfermeiro do homem a quem cuida, bem como sobre as potencialidades para chamar a si a co-determinação da administração da assistência segundo um pensar a enfermagem que contemple a essência do homem.

Essas discussões mostraram-se de fundamental importância para o planejamento de cursos futuros, onde será preciso abrir um espaço para a introdução do estudo das modalidades de assistência de enfermagem. Por outro lado, também deram lugar a uma nova inquietação e a um novo compromisso qual seja: a necessidade de encontrar, através de uma nova interrogante, formas de assistência de enfermagem que se coadunem com uma proposta compreensiva de assistência ao homem que vivencia sua finitude, o seu morrendo.

COMENTÁRIOS FINAIS

Ao finalizar a descrição e análise dessa experiência de estar-educando para a morte, cabe registrar algumas considerações sobre o critério de avaliação formal adotado para os cursos. Frente aos requisitos da Universidade, pensamos em uma avaliação que conduzisse o aluno a pensar o fenômeno da morte no seu trabalho diário a partir do referencial teórico-reflexivo propiciado pelo conteúdo planejado.

Assim, cada aluno foi solicitado a elaborar, por escrito, um plano de trabalho a ser desenvolvido em sua área de atuação abordando o tema do curso. Com essa postura, cada aluno teria que se interrogar quanto à

sua inquietação e o que, aos seus olhos, carece de resposta. Esse critério possibilitava que o curso se constituísse em um instrumento para a transformação da prática de enfermagem pois o enfermeiro assistencial, ao discutir e refletir sobre seu envolvimento com a morte e o morrer, poderia intervir em situações por ele evidenciadas.

Por outro lado, esse critério parecia resguardar a intenção proposta de educação com vistas a conduzir os enfermeiros para outra dimensão existencial de ver e entender a morte. Segundo os depoimentos dos alunos, o critério foi relevante por propiciar a elaboração de planos de trabalho que possam contribuir para o seu exercício profissional.

Nos planos apresentados pôde-se perceber suas inquietações com algumas facetas do tema ligadas ao seu cotidiano, Preocupação com o preparo dos elementos da equipe de enfermagem para interagir em situações de morte e a preocupação com o compartilhar com o paciente o seu morrendo numa relação de ajuda. Observaram-se, também, propostas dirigidas à assistência aos familiares do paciente terminal e aos pacientes acometidos por moléstia grave.

O arquiteto elaborou um plano dirigido à identificação e à análise da simbologia da morte presente na arquitetura de túmulos em cemitérios. Uma preocupação com a temática do suicídio emerge nos planos de trabalho de enfermeiros que atuam em clínica de psiquiatria. Nos projetos apresentados por enfermeiros de unidade de queimados e de setor de radioterapia percebe-se uma consciência dirigida às facetas do corpo. Assim, os planos apresentados mostram que o "ao redor" de cada participante foi contemplado.

De todo o exposto pode-se dizer que esta experiência de estar educando para a morte é uma contribuição à dimensão pedagógica do tema na medida em que mostrou ser possível conduzir educandos por regiões até então desconhecidas do seu pensar, possibilitando um novo horizonte de compreensão sobre a morte e o morrer.

RESUMO

A necessidade de educar os profissionais de saúde para o tema da morte vem se tornando patente em nosso trabalho de construir um corpo de conhecimentos sobre a morte e o morrer. Este trabalho descreve e analisa aspectos sobre o que levou os profissionais de saúde a se registrarem para os cursos de aperfeiçoamento sobre o tema morte, dirigido a enfermeiros assistenciais, e apresenta seus comentários ao final do curso. De sua leitura depende-se a importância de um espaço para o estudo sobre as modalidades de assistência de enfermagem e a necessidade de preparar os profissionais a encarar e a entender a morte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Boemer, M. R. *A morte e o morrer*, 2ª ed. São Paulo, Cortez, 1989.
- 2 Boemer, M. R. et al. A idéia de morte no idoso - uma abordagem compreensiva. *Geriatrics e Síntese*. 1988;5(2):52-56.
- 3 Boemer, M. R., Rossi, L. R. G. e Nastari, R. R. A idéia de morte na Unidade de Terapia Intensiva - análise de depoimentos. *Rev Gaucha Enf*. 1989;10(2).
- 4 Popin, R. e Barbieri, A. O significado da morte perinatal - depoimentos de mães [no prelo]. *Rev Gaucha Enf*. 1990; 111(1).
- 5 Heidegger, M. *El ser y el tiempo*. Tradução: J. Gaos, México, Fondo de Cultura, 1967.
- 6 Critelli, D. M. Para recuperar a educação: uma aproximação à ontologia heideggeriana. Em: Heidegger, M. *Todos nós . . . ninguém: um enfoque fenomenológico do social*. Tradução: Dulce Mara Critelli, São Paulo, Moraes, 1981.
- 7 Martins, J. S. *A morte e os mortos na sociedade brasileira*. São Paulo, Hucited, 1983.
- 8 Freud, S. *Luto e melancolia*. Rio de Janeiro, Imago, 1974.
- 9 Ziegler, J. *Os viúvos e a morte*. Tradução: Aurea Weisseberg, Rio de Janeiro, Zahar, 1977.
- 10 Áries, P. *O homem diante da morte*. Tradução: Luíza Ribeiro, Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1982;(1-2).
- 11 Kastenbaum, R. e Aisemberg, R. *Psicologia da morte*. Tradução: Adelaide Petters Lessa, São Paulo, Pioneira-USP, 1983.
- 12 Kubler-Ross, E. *Sobre a morte e o morrer*. Tradução: Paulo Menezes, São Paulo, Martins Fontes, 1981.
- 13 Kubler-Ross, E. *Perguntas e respostas sobre a morte e o morrer*. Tradução: W. Dias da Silva e Tereza Liberman Kipnis, São Paulo, Martins Fontes, 1979.
- 14 Meyer, M. Morte na poesia, mortes secerinas. Em: Martins J. S. *A morte e os mortos na sociedade brasileira*. São Paulo, Hucitec, 1983;113-141.
- 15 Boemer, M. R. et al. A quem oferecemos o cuidado de enfermagem — uma visão fenomenológica. Em: I Seminário Nacional — o perfil e a competência do enfermeiro. Anais, Brasília, Secretaria de Saúde, Fundação Hospitalar do Distrito Federal, 1987. (Publicado em 1989).

NOTICIAS

III CONGRESO BRASILEÑO DE SALUD COLECTIVA

Con el patrocinio y la responsabilidad organizativa de ABRASCO (Asociación Brasileña de Salud Colectiva) tuvo lugar, del 16 al 20 de mayo pasado, el III Congreso Brasileño de Salud Colectiva; la circunstancia de este evento fue aprovechada además, para llevar adelante simultáneamente el I Encuentro de Salud Colectiva del Cono Sur. La Universidad Federal de Río Grande do Sul, en Porto Alegre, Brasil, fue sede de ambas reuniones.

El tema central de ambos eventos fue "La salud como derecho a la vida", el que se desarrolló mediante conferencias, exposiciones, mesas redondas, grupos de discusión e intercambios informales. Los organizadores enfatizaron desde la etapa de planeación temprana que "tanto el III Congreso Nacional como el Encuentro del Cono Sur asumen como eje central de discusión el desafío que actualmente se presenta al sector salud como consecuencia de la recesión económica y la parálisis intelectual que entorpecen la capacidad de producción política de los diferentes actores sociales, cuando en lugar de fortalecerse las prácticas de solidaridad y universalidad, se consolida gradualmente una franca posición privatista y de fragmentación de los intereses colectivos".

El programa preparado abundó en temas de actualidad alrededor de las cuestiones de salud en la época actual; se desarrollaron además, en los días previos al Congreso, cursos cortos sobre temas tales como "Evaluación de servicios de salud", "Programación en salud", "Gerencia en salud", "Políticas de recursos humanos", "Epidemiología y planeamiento", "Sistemas de información en salud", "Abordaje multidisciplinario del SIDA", "Fundamentos conceptuales de la salud colectiva", "Movimientos sociales y salud", "Estado y políticas de salud", "Educación popular y salud" y "La ciudadanía y el derecho a la salud". Se programaron además conferencias especiales sobre "Salud como derecho a la vida", "Ecodesigualdades y ética del desarrollo", "Crisis, ajuste y política social en Brasil" y "Cultura e identidad latinoamericana".

En un número ulterior de esta Revista informaremos sobre los resultados obtenidos de este importante esfuerzo realizado por la Universidad de Río Grande do Sul y ABRASCO.

GRUPO DE CONSULTA: ROL DE LAS ESCUELAS FORMADORAS DE PERSONAL EN EL DESARROLLO DE PROCESOS DE EDUCACION PERMANENTE

Tuvo lugar en Washington, D.C., del 17 al 22 de febrero pasado, y formó parte de la secuencia de grupos de consulta latinoamericanos con los cuales el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos ha ido construyendo gradualmente la propuesta educacional mencionada. Además de funcionarios del Programa y de otros programas técnicos de la Organización, se invitó a participar, para aportar las experiencias actualmente en curso en cada una de ellas, a instituciones formadoras de personal médico (Universidad de Barquisimeto, Venezuela, Universidad de Londrina, Brasil, Universidad de San Andrés, Bolivia), de enfermería (Universidad del Valle, Cali, Colombia, Universidad de Chile), de salud pública (Instituto Nacional de Salud Pública de México, Escuela de Salud Pública del Perú), así como de la Facultad de Educación de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.

El propósito de la consulta era “explorar alternativas para involucrar a las Escuelas formadoras de personal profesional de salud en el desarrollo de procesos educativos de tipo permanente que ocurren en los servicios de salud, y proveer lineamientos operativos para su puesta en práctica en las instituciones asistenciales”. Buscaba además “identificar mecanismos para que las escuelas promuevan y participen en actividades tendientes a profundizar en el desarrollo conceptual y metodológico de la propuesta de educación permanente de personal de salud, señalar criterios y estrategias para que la actividad educativa de las escuelas de medicina, enfermería y salud pública pueda articularse con los procesos de trabajo que se desarrollan en los servicios, fortalecer la participación de las universidades en las acciones de investigación alrededor de los procesos educativos, e identificar mecanismos para ampliar el rol del Programa Ampliado de Libros de Texto y el Programa de Becas de la OPS en apoyo a los procesos educativos del personal que labora en salud”.

El Grupo produjo lineamientos y sugerencias de gran valor para el avance de la propuesta educativa que el Programa propuso hace ya siete años. Los elementos fundamentales de los debates ocurridos, la interpretación de los resultados de las experiencias en los siete países participantes, y la configuración de escenarios y contextos diferentes a los iniciales, que se presentan ahora como consecuencia de los cambios político-sociales y económicos, así como las conclusiones y recomendaciones surgidas del Grupo han sido incluidas en una publicación de la Serie Desarrollo de Recursos Humanos (Relato Final del Grupo), actualmente en circulación en los países de la Región.

PERU: SEMINARIO LATINOAMERICANO SOBRE PLANIFICACION ESTRATEGICA EN EDUCACION SUPERIOR

El evento mencionado fue patrocinado por la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Enfermería, y para su realización se contó con el apoyo de la Escuela Nacional de Salud Pública y el Ministerio de Salud del Perú, así como de la Organización Panamericana de la Salud. Tuvo lugar en Trujillo, Perú, del 9 al 13 de marzo de 1992. Tuvo como propósito "abordar los problemas prioritarios que atraviesa la educación en enfermería en Latinoamérica, e impulsar el desarrollo de la profesión en su conjunto", y como objetivos "profundizar en los aspectos conceptuales, metodológicos e instrumentales de la planificación estratégica", y "analizar el enfoque de la planificación estratégica para potenciar el desarrollo de la educación en enfermería en Latinoamérica". El contenido temático del encuentro incluyó la conceptualización de la planificación estratégica aplicada al campo de la educación superior; debatió a continuación los diferentes momentos de la PE (análisis situacional, análisis de problemas, programa direccional, proyecto-operación-diseño de proyectos, momento estratégico y táctico-operacional). Metodológicamente, el temario se desarrolló alrededor de problemas específicos presentados por los participantes y culminó con la preparación de una propuesta para cada uno. Participaron enfermeras y otros profesionales de las áreas sociales tanto nacionales como internacionales.

Educación Médica y Salud considera este esfuerzo como un paso positivo en el proceso de redefiniciones que la profesión de enfermería lleva a cabo, y constituye además un importante momento en el camino que conduce a dilucidar el rol de la planificación y del pensamiento estratégico aplicado en el proceso de toma de decisiones sobre desarrollo del personal del sector salud.

PASCAP: TALLER SUBREGIONAL PARA LA IMPLEMENTACION DE UNA RED DE INFORMACION BIBLIOGRAFICA EN EL AREA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Del 30 de marzo al 1 de abril de 1992 se reunieron en la Sede de PASCAP expertos en documentación y en recursos humanos en salud de los países centroamericanos y República Dominicana, para discutir aspectos técnicos y operativos relacionados con el proyecto de "Información Bibliográfica en Recursos Humanos en Salud", promovido por PASCAP como una de las líneas prioritarias de cooperación técnica señaladas por su Consejo Técnico Asesor.

A través de este proyecto se propone organizar una base de datos

y una red electrónica de información bibliográfica que cumpla con dos objetivos principales:

a) Captar, organizar y difundir literatura actualizada y relevante en el área de recursos humanos en salud, para apoyar a equipos de salud, instituciones formadoras y otros grupos especializados que están conduciendo procesos de educación permanente y de capacitación avanzada (liderazgo) en los países, como parte del proceso de desarrollo de recursos humanos en salud;

b) Captar y diseminar dentro de cada país, en la subregión y fuera de ella, el conocimiento autóctono producido por estos grupos y otros núcleo científico-técnicos en el área de recursos humanos en salud.

La actividad, que fue precedida de estudios diagnósticos realizados en cada país, generó un espacio de discusión y retroalimentación sobre la propuesta planteada, que permitió mejorar detalles técnicos de diseño del sistema y asegurarse que en general satisfaga las necesidades de información conforme a las condiciones de cada país.

Esta red especializada de información bibliográfica funcionará en estrecha articulación con los esfuerzos que BIREME realiza en el manejo de información bibliográfica en la subregión, apoyándose en ellos tanto para la captación como para la difusión.

En una primera fase, dadas las condiciones de los sistemas de información de los países que conformarán la red, actuarán como puntos focales los Centros de Documentación de las Representaciones de OPS/OMS en los países centroamericanos y en la República Dominicana. Sin embargo, es intención explícita del proyecto que a mediano plazo sean las estructuras nacionales las que asuman esta función.

PRIMERA REUNION SUBREGIONAL DE DIRECTORES DE RECURSOS HUMANOS DE LOS MINISTERIOS DE SALUD DE CENTROAMERICA Y REPUBLICA DOMINICANA

Como parte del proceso de análisis y profundización de la problemática del desarrollo de recursos humanos en salud en Centroamérica y República Dominicana, se llevó a cabo en la primera semana de abril de 1992, en la sede de PASCAP, el primer encuentro subregional de directores de recursos humanos de los Ministerios de Salud de dichos países. Los participantes presentaron un análisis de los principales problemas detectados en sus países, estrategias de acción, limitaciones y logros obtenidos. En un segundo momento se profundizó en problemas comunes y se confrontaron estos con los programas y componentes de PASCAP 90 y su correspondencia con la problemática identificada por los países, determinándose las áreas en las cuales el programa a nivel subregional debe dar énfasis en relación al apoyo técnico y direccional del esfuerzo.

El encuentro finalizó con conclusiones importantes para el futuro, tales como la necesidad de desarrollar una conceptualización de lo que se entiende por "Desarrollo de recursos humanos en salud", dentro del actual contexto político, económico y social de los países de la subregión, fortalecer los esfuerzos que se vienen realizando en la constitución de grupos interinstitucionales-intersectoriales que contribuyan a abrir espacios de discusión sobre este tema, procurar que las Unidades de Recursos Humanos en los Ministerios de Salud tengan una visión dinámica sobre dichos procesos y que puedan actuar como agentes catalizadores de los mismos, fortalecer los esfuerzos realizados en el área de investigación, en el desarrollo de la enseñanza de salud pública y en los procesos de planificación estratégica de recursos humanos y, finalmente, apoyar el desarrollo de los procesos de educación permanente e integración docente-asistencial, como estrategias de transformación de los servicios de salud en correspondencia con las necesidades de salud de la población.

ENCUENTRO DE INVESTIGACION BIOMEDICA EN MEXICO

Bajo el patrocinio y la responsabilidad organizativa de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, tendrá lugar el X Encuentro de Investigación Biomédica en la Ciudad de Monterrey, México. El evento está programado para desarrollarse entre el 19 y el 23 de octubre de 1992 en el edificio de la nueva Biblioteca de la Facultad de Medicina de Nuevo León. La institución está invitando a los profesionales e investigadores del área biomédica para participar del encuentro, a la vez que anuncia la realización de un Concurso de Investigación en que estarán involucrados todos los trabajos que sean presentados en el Encuentro; las áreas señaladas incluyen las ciencias básicas y desarrollo tecnológico, ciencias clínicas y salud pública, enfermería y trabajo social y, finalmente, la de investigación en educación y administración biomédica.

Mayor información sobre este particular puede obtenerse escribiendo a la Subdirección de Investigaciones y Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina de la UANL, o llamando al teléfono 48-5781.

PROCESO DE CAPACITACION AVANZADA EN DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

Esta línea de trabajo fue iniciada por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS hace cuatro años, y tal como se ha venido informando en esta Sección, ha presentado distintas modalidades en las diferentes instancias nacionales y subregionales en que se ha desarrollado;

la diversidad en la forma de oferta de este espacio de trabajo/investigación/aprendizaje, así como la fundamentación de la propuesta original de desarrollarlo a un nivel avanzado tienen su razón de ser en los diferentes grados de importancia y priorización que los distintos países otorgan a cada una de las áreas de trabajo en recursos humanos, en coherencia con cada contexto particular y las correspondientes estrategias nacionales y subregionales vigentes.

En el año en curso, se está llevando a cabo en Rio de Janeiro, Brasil, el Curso Latinoamericano de Recursos Humanos en Salud, que se ha iniciado desde el 17 de agosto pasado, y tiene como patrocinadores a la Escola Nacional de Saude Pública y la Organización Panamericana de la Salud; forman parte de su organización y desarrollo además de la Escuela mencionada, la Escuela de Salud Pública del Ecuador, el Instituto Nacional de Salud de México, el Centro de Estudios Médico Sociales de Rosario, Argentina, y la Escuela Nacional de Salud Pública del Perú; participan estudiantes de los diferentes países de la Región, y su temática avanza desde áreas pertinentes al análisis de situación, el pensamiento estratégico, el trabajo en salud, la regulación y control de recursos humanos, la planificación y administración, hasta el proceso educativo y estrategias de intervención. Sobre este evento se ha brindado ya amplia información en número anterior de esta Revista.

Asimismo, tuvo lugar en Lima, Perú, el Curso Andino de Desarrollo de Recursos Humanos, organizado por la Escuela de Salud Pública del Perú con el apoyo de la OPS, y que tuvo participantes de los países de la subregión mencionada y de algunos países de fuera de ella; tuvo dos semanas de duración y cubrió aspectos relativos a políticas de salud, educación y trabajo, a los fundamentos de la planificación estratégica de recursos humanos, así como a la gestión, educación y administración de la fuerza de trabajo en salud.

En Centroamérica se ha dado inicio a la Segunda Etapa del Proceso de Capacitación de Nivel Avanzado en Desarrollo de Recursos Humanos que, de acuerdo con el planteamiento original, corresponde desarrollar en los seis países de la subregión y en la República Dominicana, bajo la responsabilidad de los funcionarios que fueron capacitados en la primera etapa, de tipo subregional; las actividades de esta fase están en pleno período de desarrollo, impulsado a través del concurso, ya mencionado, de la mayoría de los 52 funcionarios de universidades y ministerios de salud de los siete países capacitados en el primera fase, y del apoyo decisivo de PASCAP, brazo descentralizado del Programa Regional para Centroamérica; el nivel "avanzado" de esta intervención capacitante se funda en la posibilidad de crear un cuerpo de conocimiento que sustente formas diferentes para el abordaje de los problemas y cuestiones críticas, a base

del debate amplio y de la promoción de la investigación como mecanismo para la construcción de opciones y la búsqueda de soluciones autóctonas a las mismas; en este proceso, se ha privilegiado por ahora el desarrollo de los llamados Foros de Recursos Humanos como espacios en los que se puede examinar colectivamente aquellas áreas críticas que afectan los procesos de gestión y educación del personal de salud en el marco de las estrategias sanitarias nacionales; se buscan opciones y alternativas de solución, y se promueve la participación de los ministerios de salud, las universidades, los gremios y las instituciones de seguridad social; PASCAP mantiene un sistema de monitoreo de esta secuencia de actividades, a través de supervisión directa y de encuentros periódicos en su sede. Hasta la fecha de impresión de este número, los Foros de Recursos Humanos habían tenido ya lugar en la República Dominicana, Costa Rica, Nicaragua y Panamá.

Finalmente, el Programa Regional ha iniciado una cuarta modalidad de acción en esta línea de trabajo, que es *el impulso a la producción de bibliografía sobre temas de recursos humanos, a cargo de grupos de trabajadores del sector con experiencia en estas cuestiones*, así como su difusión en apoyo a las intervenciones educativas y de investigación señaladas anteriormente. Se utilizan como vehículos para dicha divulgación las páginas de *Educación Médica y Salud* (véase Vol. 26, No. 2) y de la Serie Desarrollo de Recursos Humanos, ambas publicaciones oficiales del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización.



**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OPS/OMS)
PROGRAMA PROMOCION DE LA SALUD (HPA)
CENTRO DE INFORMACION SOBRE PROMOCION
DE LA SALUD**

El Centro de Información sobre Promoción de la Salud (HPA/CIPS), proporciona servicios de apoyo a los diversos proyectos y programas de promoción de la salud, que existen en América Latina y el Caribe. El Centro recolecta, selecciona y disemina información impresa y materiales audiovisuales que resultan de relevancia para ser utilizados en el trabajo de las diversas unidades, departamentos y centros que se dedican en América Latina y el Caribe a labores de promoción de la salud y prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles, problemas de salud del anciano, tabaquismo, accidentes, ceguera, trastornos mentales, alcoholismo y farmacodependencia.

Las principales actividades del Centro comprenden:

• **Recolección y distribución de materiales:**

Documentos	Películas
Microfichas	Transcripciones
Transparencias	Boletines
Afiches	“Rotafolios”
Calendarios	Grabaciones sonoras
Videograbaciones	Otros

• **Servicio de Referencia:**

Facilitación del enlace e intercambio de productos de información entre centros de la Región especializados en comunicación social en salud.

• **Producción de paquetes informativos:**

Se preparan conjuntos de muestras de materiales audiovisuales, y se hacen sugerencias para la preparación de materiales semejantes, útiles para la enseñanza, reuniones técnicas y actividades de educación del público, sobre temas relativos a las áreas de acción del programa HPA.

Se ruega a los profesionales y técnicos de las ciencias sociales y de la salud interesados en estos temas, hacer llegar al Centro muestras de cualquier material relevante producido en sus países.

Para mayor información se puede comunicar con la sede del Centro, situada en la sede de la OPS en Washington:

HPA/CIPS

Teléfono: (202) 861-3333

FAX: (202) 223-5971

EMAIL/BITNET: HOFFENBL@PAHOHQ

**Centro de Información sobre Promoción de la Salud
(HPA/CIPS)**

525, 23rd St., N.W. (Room 729)

Washington, D.C. 20037, E.U.A.

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.

ANALISIS DEL MODELO DE PRESTACION
DE SERVICIOS DE SALUD •
RESEÑAS • NOTICIAS •

