

Volumen 27, No. 1

Enero/marzo 1993

Educación Médica y Salud

TEMAS PARA LA CAPACITACION
AVANZADA EN DESARROLLO
DE RECURSOS HUMANOS II

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

E DUCACION MEDICA Y SALUD

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

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

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

ISSN 0013-1091

Ultimos números publicados:

Vol. 26, No. 3: Promoción de liderazgo y formación avanzada en Salud Pública: El modelo de atención

Vol. 26, No. 4: Planificación y Gestión de Recursos Humanos en Salud: La experiencia de Canadá

Próximo número:

Vol. 27, No. 2: Recursos Humanos para la Atención Primaria

Educación Médica y Salud

Volumen 27, No. 1
Enero/marzo 1993

1 SOBRE EL CONTENIDO DE ESTE NUMERO

ARTICULOS

- 4 **El personal de salud y el trabajo: una mirada desde las instituciones.** *Pedro Brito, Marta Novick y Hugo Mercer*
- 32 **Desarrollo de recursos humanos para los sistemas locales de salud: Brasil.** *Joana Azevedo Da Silva*
- 50 **Participación y cogestión de la salud.** *Gustavo I. de Roux*
- 61 **Proposición de un modelo para el estudio y desarrollo de la acción intersectorial en salud.** *Julio Suárez*
- 82 **Administración estratégica del desarrollo de los recursos humanos en los sistemas de salud.** *María I. Turcios, Guillermo González, Angel Sánchez, Mariano Salazar y Claritza Morales*

93 **RESEÑAS**

136 **NOTICIAS**

141 **LIBROS**

Impreso en papel reciclado a partir del Vol. 25, No. 2, 1991.

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.

S OBRE EL CONTENIDO DE ESTE NUMERO

Las necesidades de precisar el espacio de trabajo de las cuestiones relativas al desarrollo de recursos humanos para la salud, de trascender la tradicional tendencia a reducir dicho espacio al de la educación (formal o no) del personal y de consolidar los resultados de distintas experiencias, enfoques e investigaciones sobre aspectos específicos del problema, han sido motivo de preocupación del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud desde hace muchos años; pero no fue sino hasta finales de la década de 1980 que la inquietud se concretó en una nueva línea de trabajo del Programa: la de buscar mecanismos para promover la capacitación de los funcionarios responsables por la toma de decisiones que afectan la planificación, la formación y la gestión del personal de salud en los países de la Región.

La decisión tomada por el Programa en tal ocasión a ese respecto, privilegió además la propuesta de llevar a cabo la acción capacitante en un nivel **avanzado**; la implicación esencial de esta posición era que con ello se buscaba no solamente promover el fortalecimiento de las capacidades, conocimientos y aptitudes vigentes, sino también **suministrar insumos esenciales para la construcción de un nuevo conocimiento** a través del enfrentamiento de los problemas concretos del trabajo en recursos humanos, de la caracterización y la construcción de opciones cuyo resultado fuera coherente con cada contexto particular (nacional o local), de la investigación, la reflexión y el debate sobre cuestiones críticas del proceso en el marco de las estrategias sanitarias y las condiciones socio-políticas y económicas de cada país.

Se incorporó así al quehacer del Programa la línea de **Capacitación Avanzada en Desarrollo de Recursos Humanos** que se esperaba estaría fundamentada en un proceso permanente de análisis, investigación, reflexión y educación alrededor de problemas concretos del trabajo; que debería estar orientada a la construcción de una masa crítica latinoamericana capaz de producir y generar conocimiento en lugar de acogerse acríticamente al ya "aceptado" y transmitido por los "expertos".

A partir de entonces se han desarrollado ya actividades que han utilizado modalidades diferentes, algunas de tipo regional (el Curso Lati-

noamericano de Desarrollo de Recursos Humanos recientemente llevado a cabo en la Escuela de Salud Pública de Rio de Janeiro), otras de tipo subregional (los procesos iniciados en Centroamérica en 1989 y 1990, y que continúan ahora en su fase "nacional") y otras, finalmente, de tipo nacional (como los cursos llevados a cabo en Rosario, Argentina, y más recientemente en Lima, Perú). *Educación Médica y Salud* ha informado, en su oportunidad, sobre cada una de estas actividades.

Ahora, en el interés de apoyar los esfuerzos nacionales (en definitiva los más importantes) para el alcance de las metas y los propósitos mencionados antes, esta Revista se propone incorporarse al esfuerzo utilizando la vía de la comunicación y la difusión de información técnica y científica pertinente; congruente con los propósitos enunciados para la línea de acción a que nos hemos referido, se suministrará periódicamente, a través de estas páginas, información sobre problemas, elementos cuestionadores, principios y fundamentos teórico-metodológicos, temas en controversia y opiniones discrepantes, que induzcan al debate y la reflexión, y que apoyen en la construcción de opciones y formulación de alternativas, que a la larga serán la fuente del conocimiento nuevo que se necesita en este campo.

Se inició esa modalidad con el Volumen 26, No. 2, correspondiente a 1992 (5 artículos). La secuencia continúa con este primer número del Volumen 27 en el que, a través de otros cinco artículos se revelan aspectos críticos para que los grupos de país avancen en el conocimiento de las relaciones entre la fuerza de trabajo y el proceso mismo del trabajo en salud (a través de una contribución argentina); que se analice una experiencia de utilización de la información en recursos humanos para tomar decisiones de tipo técnico y político orientadas a hacer del desarrollo de recursos humanos una respuesta a una necesidad de transformación estructural y política en el sector (descrita en el trabajo de Azevedo, sobre la experiencia de Brasil al respecto); que se profundice en mayor grado en la conceptualización y el desarrollo metodológico de la cogestión y la participación social, con una contribución extraída de una experiencia de muchos años en Colombia (que es relatada por un ex-Ministro de Salud de ese país); que se medite aun más sobre los problemas de la intersectorialidad en salud (una contribución nutrida con experiencias de trabajo en el sistema de salud cubano) y, finalmente, una propuesta de un grupo nicaragüense para organizar sistemas de administración estratégica del desarrollo de recursos humanos, tal como fue ofrecida para la discusión en una de las Unidades del proceso centroamericano de Capacitación Avanzada en Desarrollo de Recursos Humanos en 1990.

La sección de **RESEÑAS**, como es habitual, trasciende los límites del área temática a que se dedica este número de la Revista; sin embargo, se ha intentado guardar algún tipo de relación entre ellas y el contenido

fundamental del número: así, a través del relato de cuatro experiencias de trabajo (todas ellas sobre temas disímiles), se trata de ejemplificar los alcances y la potencialidad creadora que se observa en los grupos nacionales cuando su trabajo se orienta a buscar respuesta a necesidades concretas, cuando se mantiene una direccionalidad técnica y política de los procesos que buscan la superación de determinadas situaciones-problema a través de la transformación de las prácticas en salud, y cuando se utilizan las condiciones creadas por el trabajo mismo para construir un espacio y un conocimiento nuevos al respecto.

En ese sentido, las RESEÑAS de este número cumplen su cometido a través del relato de la experiencia de una Universidad en una comunidad (el caso de Venezuela), el análisis de un posgrado universitario en términos de su correspondencia con una necesidad nacional en salud (el aporte de Colombia), una muestra de construcción participativa de materiales instruccionales para cuatro áreas prioritarias de salud (la contribución de Brasil), y una actividad que conjuga componentes de promoción de la salud con educación popular, participación social y una modalidad de investigación-acción en un sector laboral del Perú.

Es nuestra impresión que las **RESEÑAS** de este número así organizadas, constituyen también un valioso material de apoyo para inducir reflexiones y discusiones de capacitación avanzada en recursos humanos, a nivel de país, municipio o distrito.

Programa de Desarrollo de Recursos Humanos
Organización Panamericana de la Salud

EEL PERSONAL DE SALUD Y EL TRABAJO: UNA MIRADA DESDE LAS INSTITUCIONES

Pedro Brito,¹ Marta Novick² y Hugo Mercer³

INTRODUCCION

El sector salud creció como fuente de empleo en la gran mayoría de los países y esa expansión estuvo sostenida por una asignación importante de recursos financieros estatales. Con la aplicación generalizada de políticas de ajuste al gasto fiscal el sector salud se ha transformado en los últimos años en un área de conflictos laborales debido al recorte en los salarios, públicos y privados, y a la reestructuración de las condiciones y relaciones de trabajo hasta hace poco vigentes. El empleo en salud está atravesando así procesos semejantes a los ocurridos con la fuerza de trabajo industrial, y de los cuales el sector salud se consideraba inmune.

En varios países de la Región, los medios de comunicación informan con frecuencia acerca de conflictos laborales por reivindicaciones de diversa índole, desde movilizaciones por la recuperación de los deteriorados niveles salariales hasta reclamos por mejores condiciones de trabajo y de atención en los servicios. Junto a esa nueva aparición de la cuestión salud en el escenario público comienza a generarse un debate referido a la formación del personal, sobre todo los médicos, donde se empieza a entender la relación entre educación y mercados laborales.

Así, los problemas de mercado laboral (subempleo y multiempleo), de desvalorización de las credenciales profesionales y de inadecuación entre los perfiles de formación (de pre y posgrado) y los requerimientos de los servicios, entre otros, ya no pueden ser soslayados por las instituciones formadoras, como había venido ocurriendo.

Si bien el empleo y los recursos humanos alcanzaron preeminencia en los últimos tiempos por ser una cuestión conflictiva, no deja de

¹ Consultor en Recursos Humanos, Representación de la OPS en la Argentina.

² Investigadora de CEIL-CONICET, Buenos Aires, Argentina.

³ Profesor, Universidad de Buenos Aires, B.S.A.S., Argentina.

ser un espacio potencialmente adecuado para promover transformaciones que beneficien a la salud de la población y a las condiciones de desempeño de los trabajadores del sector. El espacio laboral dentro del sector salud no fue objeto de interés analítico por parte de las instituciones involucradas (tanto de salud como de educación) sino hasta hace pocos años. Pero el impacto de la crisis económica sobre las sociedades latinoamericanas y sobre la función del Estado han colocado dicha problemática en un primer plano.

Este trabajo tiene como objetivo revalorizar el **trabajo** como una categoría central para explicar y actuar sobre el campo del personal de salud. La concepción predominante en dicho campo es la expresada en los criterios meramente administrativos de contratación, división del trabajo y mecanismos de remuneración, pero este trabajo no la considera así.

Con la irrupción de las manifestaciones y consecuencias de la crisis económica aun esa concepción de administración del personal se ve obligada a redefinir los términos teóricos del campo. La crisis que se manifiesta en la sociedad y en el sector deteriora estructuralmente las condiciones en que se desenvuelve la actividad laboral en los servicios de salud, generando situaciones conflictivas que son potencial y efectivamente riesgosas para su funcionamiento y para la calidad y continuidad de la atención. Al mismo tiempo permite que pueda intentarse otro tipo de "lectura" de lo que acontece en los servicios, considerándolos como espacios laborales, semejantes a otros ámbitos en los que se dan relaciones de trabajo.

Para ello es necesario superar la situación deficitaria de conocimiento en que se halla esta problemática al no existir prácticamente estudios específicos sobre el momento del trabajo en salud. Aunque se debe reconocer que en los últimos años ha mejorado esta situación de carencia ya que se han publicado estudios sobre la fuerza de trabajo y el mercado laboral (muchos de ellos promovidos por la OPS), y en algunos países se han realizado aproximaciones al abordaje de las instituciones públicas como "empleadoras" y a las condiciones y regímenes de trabajo que en ellas existen (Novick y Pessagno, 1990; Rodríguez, 1990; Goldín, 1990).

De alguna manera, la crisis ha reestructurado el campo del personal de salud. La centralización del trabajo y de las relaciones laborales impulsa a buscar nuevos enfoques teóricos y metodológicos para explicar y actuar (como el pensamiento estratégico y la dinámica de los actores sociales), y también llama la atención sobre la importancia de categorías tales como proceso de trabajo, institución "empleadora" y conflictividad. Estas categorías pueden ayudar a estructurar un enfoque coherente sobre el trabajo en salud en una concepción integral del campo del personal de salud y a definir estrategias de intervención a nivel concreto de los servicios.

Consideramos conveniente utilizar un modelo teórico que permita organizar la problemática del trabajo a partir de tres elementos básicos:

la institución de salud (como institución laboral "empleadora"), el proceso de trabajo (como forma histórica y socialmente construida de organizar la actividad laboral en la institución) y el conflicto laboral (como manifestación de las relaciones sociales dentro de la institución). Los dos primeros son modulados por el conflicto y giran sobre este eje problemático que va emergiendo como muy importante en las instituciones.

Es necesario reconocer los aportes de las ciencias sociales al mejor entendimiento y desarrollo teórico de este complejo campo. En este caso específico se trata de apropiar (es decir, repensar en función de la especificidad del sector de la salud) conceptos y categorías de la teoría del trabajo (economía, psicología, administración, etc.). El artículo pretende, por lo tanto, aportar algunos avances en ese proceso de reelaboración teórica. Se propone pasar revista desde esta perspectiva a algunos de los principales problemas en la prestación de servicios de salud en países de la Región.

Esta es solo una primera aproximación al problema que se reconoce más complejo teórica y empíricamente, y donde cada uno de los subtemas merece un análisis más minucioso. La idea, sin embargo es iniciar un debate que seguramente será fructífero, a pesar de las marchas y contramarchas que puede haber en el camino.

PERSPECTIVA HISTORICA

Es conveniente reseñar, aunque sea en forma sintética, la evolución de los servicios de salud en la historia de nuestras sociedades y de sus construcciones estatales y políticas, con la idea de extraer elementos para interpretar la evolución de las modalidades de organización del trabajo en los servicios de salud en la actualidad.

Aquello que aparece como problema es fruto de tensiones, conflicto de intereses entre los diferentes actores que intervienen en la definición y aplicación de políticas de salud, por eso se considera que los problemas de los servicios están socialmente contruidos. Los marcos de referencia y los paradigmas de organización de las instituciones (de salud, educación y ciencia) se han modificado con los cambios sociales, sobre todo en lo atinente a su estructura productiva.

Carvalho (1992), reseña cómo los institutos de salud de principios de siglo, destinados a investigar y atender los problemas sanitarios de economías agroexportadoras o extractivas, se orientaban a la investigación básica biológica y la asociaban al trabajo en las áreas endémicas (lo que dimensionaba socialmente el problema) y su meta era la de brindar instrumentos aptos para el combate contra las epidemias mediante sueros, métodos diagnósticos y vacunas.

Casi medio siglo más tarde, la industrialización ubicó en el escenario a la universidad, la que se dedicó a mantener la investigación básica de procesos (fisiológicos), mientras en los servicios de salud se producía la universalización de la asistencia clínica. En esta etapa la necesidad social y económica se centraba en la preservación de la fuerza de trabajo por medio del desarrollo de servicios de atención médica que satisficieran reclamos obreros largamente postergados.

En ese proceso histórico, el cambio se operó sobre el modelo de *institución*⁴ en el que se cumple la atención a la salud. La institución es así un adecuado eje analítico para caracterizar esa evolución, la relación con el Estado y los paradigmas sanitarios vigentes:

- Durante el capitalismo temprano, en América Latina y antes de la gran crisis de 1929, el Estado tenía una mayor preocupación por las condiciones sanitarias de los puertos y áreas de explotación agroexportadora que por la atención médica de la población. De allí que los hospitales pertenecieran a órdenes religiosas o a sociedades de beneficencia como un modo “espontáneo” de efectuar alguna redistribución de beneficios en sociedades fuertemente polarizadas y segmentadas. Desde la perspectiva laboral, la práctica médica liberal clásica se combinaba con el trabajo altruista en los hospitales de caridad. El conjunto del personal dedicado a la atención compartía un grado de profesionalismo incipiente y la organización del trabajo era relativamente simple bajo los criterios administrativos de “economato” de las religiosas responsables de los hospitales y hospicios.
- En un segundo período, que abarca los años previos a la II Guerra Mundial, se intenta la sustitución de las importaciones en varios países de la Región y la reconstitución de las relaciones de dominación, que se consolida con la Alianza para el Progreso; se caracteriza por Estados que expresan y detentan una mayor presencia económica y social, en el marco de un modelo de acumulación basado en la industrialización y en sociedades con mayor complejidad y dinamismo. Se produce un proceso de secularización-estatización y crecimiento extensivo de los servicios de atención médica. El Estado tiende a brindar servicios en

⁴ Se debe hacer una aclaración entre institución de salud e institución de atención médica o servicios médicos. En este artículo institución de salud es aquella que tiene por objetivo proporcionar servicios de salud integrales, es decir dirigidos a la persona y a su ambiente y que se define por una lógica epidemiológica (ecológica y social). Institución médica es aquella que proporciona atención médica, en realidad básicamente recuperativa e individual, se orienta por una lógica clínica y tiene en el hospital su sustrato material esencial. En la actualidad, con raras excepciones, el proceso de trabajo en salud se realiza mayoritariamente en las instituciones de atención médica y a ellas nos referiremos.

establecimientos propios, donde se desempeña personal profesional y no profesional en relación de dependencia y asalariado, cuyas actividades se hallan sometidas a un grado más elaborado de organización y con supervisión directa.

Este modelo de participación estatal en el campo de la salud comprendía la atención general a los indigentes, el control y la atención de las enfermedades transmisibles, la mayor parte de las acciones preventivas y también el grueso de la atención a la patología mental. El Estado asumía todos los "malos negocios" de la medicina, dejando al mercado la atención de la patología aguda y buena parte de la crónica de los sectores sociales más favorecidos (Neri, 1983).

Como soporte técnico y conceptual se adoptaron la planificación y la administración sanitarias (con fuerte peso de la administración de hospitales) para asegurar el funcionamiento y desarrollo del modelo de atención sanitaria en expansión. La influencia dominante era (y aún sigue vigente) una concepción sistémica reduccionista acerca de la relación entre salud y sociedad, en tanto que los elementos básicos de gestión eran las normas y los procedimientos estandarizados.

El concepto de recurso humano predominante se basaba en la teoría del capital humano y el trabajo (se prefería hablar de utilización), se restringía a la idea de insumo susceptible de ser programado y administrado, al igual que los otros insumos de la función de producción (Correa, 1953; Harbison, 1973). De allí el desarrollo de la administración de personal como componente importante de la administración sanitaria y el impulso a la formación de profesionales y técnicos de salud en la Región.

En este período se consolida la profesionalización de numerosas categorías ocupacionales, a la par que aumentan el personal asalariado y las corporaciones profesionales. Se registra también la expansión de especialidades de la medicina y la aparición de otras profesiones, como consecuencia de la división técnica del trabajo generada por el desarrollo económico y tecnológico en el sector, y el armado de una compleja arquitectura administrativa. Para ese entonces los hospitales civiles o de caridad de principios de siglo ya habían cambiado significativamente, el nuevo modelo se asemejaba al de las ciudades hospital con administraciones independientes de las médico-asistenciales.

Ocurre un proceso de progresiva complejidad e interdependencia de instituciones encargadas de desarrollar actividades finales, intermedias y generales de atención médica. Menéndez (1982, 1985) caracteriza este modelo de organización como *médico hegemónico*, comprendiendo al conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la llamada medicina científica, que ha logrado subordinar progresivamente a las otras prácticas e ideologías dominantes en los conjuntos sociales, hasta

lograr que se le identifique como la única forma de atender la enfermedad, legitimada por la ciencia y el Estado. Ese modelo, caracterizado por una ideología teórica biologista, positivista y ahistórica, sustenta prácticas reparativas eminentemente pragmáticas sobre la enfermedad del individuo, al que concibe como consumidor pasivo, ignorante y responsable de su propia enfermedad. Este modelo sustenta también gran parte de la ideología y la cultura institucional que asume el personal de salud en los servicios médicos.

- Un tercer período se abre con los inicios de la crisis del anterior modelo de intervención estatal en lo social y en salud (corporativo público en la caracterización de Menéndez), desde mediados de la década del setenta. Es la crisis del llamado “Estado Benefactor” y comprende tanto su política social como la intervención en lo económico. La constatación de las limitaciones de la organización de servicios de atención médica para compatibilizar los altos costos y las bajas coberturas, dio lugar a procesos de segmentación y diversificación de los servicios médicos y de salud según el patrón de estratificación social vigente. Es la época de las políticas de incremento de cobertura que después de Alma Ata se incorporan a la propuesta de atención primaria de salud y que, en muchos países, asumieron formas de “atención primitiva” (Testa, 1989) para sectores desfavorecidos de la sociedad.

Para los grupos sociales favorecidos económicamente también se va configurando una oferta cada vez más diferenciada entre opciones privadas y públicas de diverso grado de desarrollo (léase costo y complejidad tecnológica), de acuerdo con su nivel adquisitivo y la capacidad efectiva de cobertura de su modalidad de financiamiento (seguro público o privado). Es notorio el dinamismo que empieza a tener el subsector privado en contraste con el estancamiento del público.

Comienza el cuestionamiento de muchos supuestos, modelos organizativos y metodologías de gestión formulados desde la denominada tecnoburocracia desarrollista, que se estimaban como sólidas bases conceptuales para el funcionamiento de la atención a la salud. Pero el peso decisivo en la inestabilidad de las dirigencias políticas del sector reside en la subordinación de la gestión sanitaria a los criterios derivados del manejo económico del ajuste fiscal. Simbólicamente es también la crisis de los “planes libro” normativos.

En el ámbito de la formación se cuestionan también los modelos educativos profesionalizantes y se plantea la necesidad de adecuar la formación a los requerimientos de los servicios. Al mismo tiempo, se promueve la diversificación del personal, a través de la formación e incorporación al sector de personal técnico y auxiliar, siendo importante la promoción de

personal voluntario comunitario. Estas nuevas estrategias muestran los primeros desajustes en la estructura y dinámica del personal, sobre todo la excesiva profesionalización y la concentración en las grandes áreas urbanas.

En muchos países se inician en este período las políticas restrictivas del gasto público para afrontar la primera onda de la crisis económica (inflación y recesión). El ajuste tiene efectos diversos y aún poco definidos dentro del sector salud, pero su impacto se hace sentir en el deterioro de los servicios públicos y en el estancamiento de las condiciones de salud de los sectores más empobrecidos. Ello afecta las condiciones de trabajo del personal empleado y las expectativas del personal en formación, y las corporaciones profesionales y la dinámica gremial intensifican la defensa de sus intereses amenazados. La siguiente fase es "historia actual".

LA SITUACION LABORAL EN EL SECTOR SALUD

El cuadro, a grandes trazos, del contexto actual del trabajo en salud en la Región necesariamente deberá considerar elementos de la crisis y del ajuste, de la reestructuración y achicamiento del Estado y los aspectos específicos del sector salud, sobre todo aquellos relacionados con la economía política de la atención médica.

Desde la perspectiva de salud, la crisis además de producir el desfinanciamiento y la quiebra de la capacidad operativa del componente público, que incluye a la seguridad social, ha puesto de manifiesto que la lógica del gasto sectorial es contraria a la equidad, en la medida en que privilegia la curación y la tecnología de alto costo. Pero también se han erosionado las bases de legitimidad del sector salud al evidenciarse la existencia de una fuerte puja distributiva en la que priman intereses sectoriales más que la preocupación por la salud de la población. En esa arena estatal, los ministerios, secretarías y organismos de salud y seguridad social tienen que competir con otras áreas de la inversión y de los servicios y con los nuevos programas distributivos focalizados en grupos sociales específicos (Brito, 1990).

Frente a esta situación, las propuestas guardan una curiosa similitud: ajuste, reducción del déficit fiscal, desregulación de los mercados, privatización, desestatización, etc. Pero la tendencia hacia una declinante participación estatal en los asuntos sociales ya estaba bien instalada. Durante la década del ochenta se manifestó una tendencia a la pérdida de significación de la medicina estatal y al crecimiento de la medicina privada de carácter comercial, lo que ha hecho que nuevas formas de organización y división social del trabajo adquieran cada vez más importancia en el campo de la salud. Sin embargo, se debe tener en claro que este avance de la

medicina comercial no produce ni promete producir mejoras en la equidad o en la eficiencia del sistema de atención (Katz *et al.*, 1988).

Una forma de analizar el sector salud en la Región, efectiva por su capacidad de explicación y porque nos permite una aproximación más directa a las cuestiones laborales, es a partir del conocimiento de la dinámica y morfología de sus mercados de prestación. Ello permite distinguir entre mercado de prestaciones médicas, de internaciones hospitalarias y de medicamentos. Estos mercados, que expresan las prácticas de salud, están altamente relacionados y son competitivos entre sí, de tal manera que sus relaciones deben verse como determinantes centrales del comportamiento del sector.

Cada uno de estos componentes de prestación se caracteriza por tener una morfología de mercado originada en un complejo proceso histórico en el que han ido apareciendo cambios tecnológicos endógenos y exógenos a la medicina, formas particulares de organización y división social del trabajo, grupos económicos con distinta capacidad de presión y de influencia política, y prácticas restrictivas diversas que llevan a que el oligopolio con diferenciación de producto y la formación de precios bajo condiciones de competencia imperfecta constituyan los tipos de mercado prevalentes.

El funcionamiento de estos mercados es más el reflejo del poder relativo de negociación de grandes grupos prestadores frente a grandes grupos compradores de servicios de atención médica, que el producto de la libre elección del consumidor y de la predominancia de reglas de juego competitivas de carácter convencional en las que ninguno de los actores cuenta con poder relativo mayor que el de sus competidores u oponentes (Katz *et al.*, 1988).

Las organizaciones dedicadas a la atención médica han experimentado sucesivos procesos de reestructuración acordes con el desarrollo diagnóstico y terapéutico y de la industria de la salud (que en sentido estricto es de la enfermedad). Son las formas corporativas de atención (que son tanto públicas como privadas). En ese proceso se han incorporado los siguientes rasgos estructurales (de importancia para entender el trabajo en los servicios médicos): estructuración jerarquizada de las relaciones internas y externas, tendencia a la centralización y planificación, burocratización, dominio excluyente de los criterios de productividad, profundización de la división técnica del trabajo y creciente subordinación a los controles técnicos y mecánicos, entre otros (Menéndez, 1985).

En ese proceso se inscriben la evolución de las formas y los contenidos (organizativos y funcionales) de las instituciones de salud que han experimentado transformaciones en las bases técnicas, de organización y económicas de la producción de servicios. Por un lado se ha producido una creciente incorporación de nuevas tecnologías, insumos, medicamentos

y equipos. Por otro, los procesos de producción de servicios (y los procesos de trabajo consiguientes) se hacen más complejos debido a la división horizontal (progresiva especialización de trabajadores) y vertical (progresiva jerarquización entre categorías profesionales), ambas sustentadas en los nuevos conocimientos y habilidades requeridos.

Por lo tanto, la gestión de los servicios se ha hecho compleja, requiriendo incorporar tecnologías de proceso ad-hoc (administrativas), para hacer funcionar a las unidades asistenciales interdependientes y que constituyen, en efecto, grandes inversiones de capital.

Las actuales formas de organización de servicios, generadas en ese tipo de instituciones, determinan que la atención médica no sea más la tarea del profesional independiente y autónomo, sino una actividad institucional producida por unidades de funcionamiento empresarial.

El costo creciente de costos y el deterioro de los servicios públicos llegan a configurar una crítica situación donde los individuos deben buscar, por su cuenta y riesgo, formas colectivas privadas de financiar la atención. Las antiguas relaciones entre pacientes y profesionales han sido sustituidas por relaciones económicas entre grupos de usuarios e instituciones de financiamiento o de atención, usualmente y cada vez más una mixtura de ambas (Brito, 1986). En la mayoría de los países de la Región existe una clara tendencia a la disminución de las formas puras de organización social de la producción de servicios. Las formas mercantiles son objeto de mayor o menor regulación estatal, así como los servicios estatales deben competir o convenir con las formas comerciales.

LAS NUEVAS UNIDADES DE ANALISIS

La institución de salud y su contexto

La institución de salud, entendida como un espacio laboral, se encuentra sometida a un conjunto de determinaciones que es necesario considerar tanto para el análisis y la comparación como para la intervención tendiente al desarrollo del personal. Estos factores (tecnología, financiamiento, paradigma médico, formación de personal, etc.) están íntimamente relacionados, pero la influencia y el peso de la implantación tecnológica es considerable.

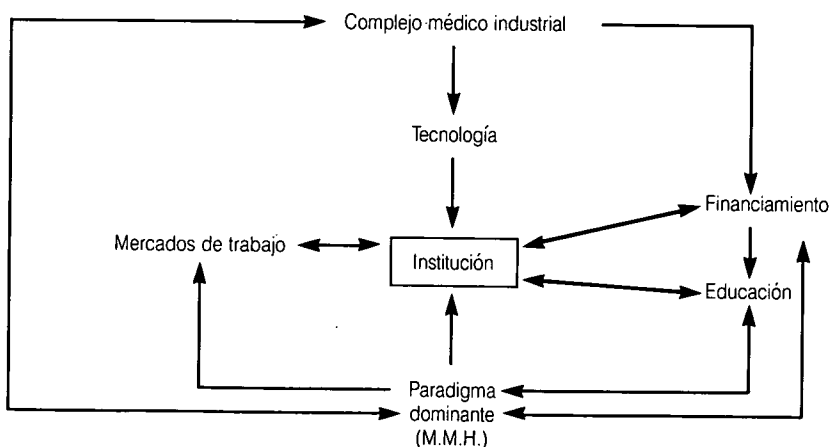
El factor tecnológico es de la mayor importancia en la estructuración de la modalidad de atención, en la conformación de sus costos, en la división del trabajo y en la formación del personal, así como en los propios mercados de trabajo, en especial de los profesionales. La tecnología y la razón científica que sustenta la atención son pilares del paradigma hegemónico que legitima y promueve este modo de producción de servicios

de salud y que se hace efectivo en la institución médica, en especial en el hospital, espacio de la atención médica reparativa (Fig. 1).

La tecnología como proceso y como producto social se “implanta” en un lugar que es, asimismo, construcción social; es decir dentro de un conjunto de relaciones sociales. Lo tecnológico no es, por tanto, una dimensión neutra. En todo proceso de cambio tecnológico hay siempre una elección, una forma de instalación, un modo de organizar el trabajo alrededor de ella, y no siempre se elige la “tecnología adecuada”. Crozier ha estudiado cómo con una misma tecnología en el campo de la salud se pueden organizar procesos de trabajo diferentes, dependiendo del contexto institucional, como lo demostró en el análisis de la organización del trabajo en tres diferentes unidades de cuidado intensivo equipadas con tecnología similar (Crozier y Friedberg, 1978).

Las instituciones de salud, en tanto constituyen construcciones sociales, comparten con las instituciones educativas varios atributos, entre los cuales está el de gozar de un estatuto de autonomía relativa, producto de la valoración social que se le atribuye a la salud y al saber educativo. Ese estatuto hace que las relaciones no sean mecánicas en su determinación, como tampoco sean armónicas ni funcionales. Existe instalado dentro de la dinámica social de la institución de atención médica un conflicto fundamental entre su finalidad social formalmente establecida y la racionalidad empresarial mercantil que preside su funcionamiento. Ese estado de conflicto es un rasgo básico para entender la conformación del trabajo institucional y las posibilidades de intervención sobre ese proceso.

FIGURA 1. Determinantes sociales de la institución de salud: espacio laboral.



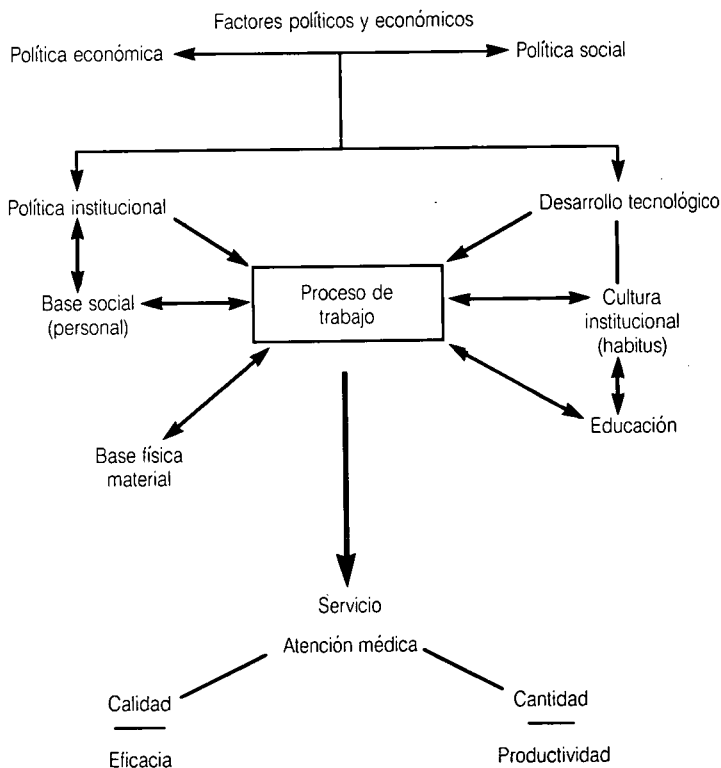
LA INSTITUCION Y EL PROCESO DE TRABAJO

La institución de salud como continente del proceso de trabajo concentra las tensiones, acuerdos y pujas entre los diversos sectores mencionados.

Son clásicos los estudios sociológicos que ponen de manifiesto la fragmentación de la autoridad y el conflicto de poderes dentro del hospital y su impacto sobre la entrega del servicio y los comportamientos del personal. El poder administrativo formal a menudo se halla contrapuesto al poder técnico real que es, en sentido estricto, un poder médico. Este nivel de conflicto tiene derivaciones importantes en las decisiones sobre el trabajo del conjunto del personal, en especial sobre la división técnica y la organización del trabajo en las diversas unidades del servicio.

Las instituciones de salud son también instituciones culturales y educativas, trátase o no de sedes docentes. El proceso de formación es, en

FIGURA 2. La institución y el proceso de trabajo en salud.



esencia, un proceso cultural. La capacitación del personal en formación o del personal ya en trabajo es cada vez más un elemento esencial del servicio. Esta función es muy importante considerando el impacto de la tecnología en la configuración de las prácticas (educativas y de atención).

La tecnología no es solamente un factor de producción y el ordenador principal de la división del trabajo, sino principalmente un elemento que estructura formas efectivas de atención y modalidades de práctica. Es, por tanto, un factor cultural e ideológico en la conformación de futuras prácticas. La tecnología define y redefine, al paso de su desarrollo, el sentido y las acciones de diagnóstico y terapéutica médicas y de esta forma modela prácticas profesionales (modos de pensar y actuar) y estrategias de inserción y competencia laboral por medio de una especialización que es imperativa para quienes pretenden incorporarse al mercado.

El hospital o el centro de salud no se puede comprender únicamente a través de su estructura o función social, sino que se debe tratar de comprenderlos también en el contexto de la cultura. Una categoría importante a explorar en este sentido, y considerando la vigencia del modelo médico hegemónico y su influencia determinante en el orden institucional médico actual, es la de "habitus" desarrollada por Bourdieu. Los habitus son sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, "estructuras estructuradas" predisuestas para funcionar como "estructuras estructurantes". Es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su objetivo sin suponer una pretensión consciente de alcanzar fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos. Estas disposiciones son objetivamente "reguladas" y "regulares" sin que de ninguna manera sean el producto de la obediencia a reglas, y siendo por ello mismo colectivamente orquestadas, sin ser el producto de la acción organizadora de ningún director de orquesta.

El habitus (en este caso, institucional médico) es producto de la historia y produce prácticas individuales y colectivas, por lo tanto produce historia; asegura la presencia activa de las experiencias pasadas que, depositadas en cada organismo bajo la forma de esquemas de percepción, de pensamiento y de acción, tiende, de un modo más seguro que todas las reglas formales y todas las normas explícitas, a garantizar la conformidad de las prácticas y su constancia a través del tiempo (Bourdieu, 1988).

La producción y reproducción del habitus médico (modelo hegemónico) no se da solamente en la institución médica propiamente dicha, sino también en la institución educativa, en la medida en que comparten espacios, determinaciones, historia y los actores básicos de ese proceso cultural que es la formación médica, los médicos-docentes. Se puede postular también que este habitus es ordenador y estructurador de las prácticas de las instituciones de formación. De alguna forma la salud pública como

práctica institucional ha devenido en una modalidad de esa práctica médica al asumir como propios los limitados espacios de la atención médica y cada vez menos los espacios de la vida de la población.

Los habitus funcionan como el “nicho ecológico-ideológico” inmanente, donde se desarrolla la vida laboral de la institución de salud, en este caso, y de las profesiones.

Otra dimensión relevante es la denominada base físico-material del trabajo, que se refiere a la infraestructura, dentro de un concepto amplio de condiciones y medio ambiente de trabajo. Son las instalaciones en las que se desarrolla un proceso de producción de servicios de salud con una determinada modalidad de proceso de trabajo. Comprende también los instrumentos y equipos con los que se realiza ese trabajo, el destino de los recursos a utilizar y las características de su utilización.

Es también un espacio compartido por varios trabajadores y de encuentro con la población que solicita atención. Desde ese punto de vista es importante el criterio institucional de distribución y uso del espacio. Como señaló Foucault al estudiar la transformación de la institución hospitalaria, el uso y la distribución del espacio están determinados por la ideología sanitaria y los usos sociales y políticos de la institución de atención (Foucault, 1978).

El espacio laboral también se estructura según criterios técnicos, graduados a su vez por el nivel de complejidad de la institución. Estableciendo una distinción entre espacios de usos específicos para la atención médica (como los servicios finales e intermedios) a cargo del personal de mayor especialización y calificación, y usos inespecíficos (como los servicios de apoyo y generales, incluidos hotelería y de mantenimiento) a cargo de personal técnico y auxiliar.

Proceso de trabajo

Los estudios sobre proceso de trabajo en el sector salud son escasos, aunque en la literatura sociológica norteamericana se les puede encontrar relacionados especialmente con la preocupación por la enfermería y la reorganización de su trabajo bajo criterios del taylorismo (Brannon, 1990).

La perspectiva teórica que interesa destacar es la que se deriva de los estudios realizados por Marx sobre el proceso industrial inglés en el siglo XIX. Los elementos analíticos centrales de su enfoque son el objeto de trabajo, los instrumentos con los cuales se realiza (atendiendo a su régimen de propiedad) y el proceso de trabajo propiamente dicho, es decir las relaciones sociales que se generan dentro de ese proceso, sobre todo el grado de control del trabajador sobre el producto de su trabajo. Ese enfoque

fue descuidado por mucho tiempo y retomado y promovido por Braverman y posteriormente por Coriat y la escuela regulacionista (Braverman, 1974). En América Latina los análisis de proceso de trabajo han sido desarrollados especialmente desde la sociología del trabajo y enfocados a la producción industrial fabril.

Podría caracterizarse el proceso de trabajo dentro de la institución, como la modalidad de organización que conjuga una gama de factores tales como tecnología, recursos (materiales y económico-financieros) y personal, para su transformación en un determinado producto (atención médica en sentido restringido y de salud en sentido integral), capaz de satisfacer una necesidad socialmente determinada, como finalidad de ese proceso. El proceso de trabajo se inscribe en un medio (institucional) que lo define a través de múltiples determinaciones tales como cantidad de recursos asignados, modalidad de distribución de dichos recursos, grado de complejidad tecnológica, relaciones técnicas y políticas (derivadas de regímenes de saber y de poder dentro de la institución, respectivamente) plasmadas en una determinada gestión de la fuerza de trabajo (Novick y Pessagno, 1990).

En ese proceso y en ese medio se conjugan los atributos de quien realiza las tareas propiamente dichas, algunos de carácter individual (edad, sexo, nivel educacional, capacitación, motivación, actitudes) y otros de carácter colectivo (tipo de relaciones sociales, tradiciones, cultura institucional). El proceso de trabajo en salud se reorganizó alrededor de dos ejes básicos: uno, el control de la enfermedad en escala social, y otro, la recuperación de los enfermos, es decir, de la fuerza de trabajo; complementariamente funcionó como forma de ampliación de los derechos y el acceso al consumo para las clases subalternas (Mendes Gonçalves, s.f.).

Sobre el primer eje se generó un modelo de organización del trabajo que requirió transformar una determinada necesidad (control de las enfermedades a escala social) en finalidad. Para ello debió elaborarse una concepción (la de enfermedad como fenómeno colectivo) que permitiera definir un determinado objeto (un conjunto de casos de una enfermedad X en una localidad) conteniendo potencialmente el producto para satisfacer esa necesidad (la disminución o estabilización del número de casos nuevos por ocurrir). Los instrumentos de trabajo que se desarrollaron fueron, entre otros, el saneamiento ambiental y la educación sanitaria.

El segundo modelo de organización del trabajo en salud, que subordinó al anterior, se orientaba a la necesidad de la recuperación de la fuerza de trabajo. El recorte teórico mostraba la enfermedad como alteración morfológica o funcional del cuerpo. La enfermedad pasó a tener sede y desarrollo en el espacio del cuerpo humano biológico e individual, como una forma patológica en oposición a lo normal.

La organización del proceso de trabajo en función de este modelo debió esperar el desarrollo de la teoría de la enfermedad como objeto de trabajo. Ella se construyó a partir de la fisiología y de la patología, ya que aportaron a la teoría de la alteración morfo-funcional que sustenta el diagnóstico (es decir, la definición del objeto de trabajo). Con posterioridad, y ya entrado el siglo XX, se pudo contar con el instrumental terapéutico farmacológico y la cirugía, que permitió la transformación del objeto de trabajo en producto. El predominio de este segundo modelo es típico de nuestra época, en la que se ha llegado a pensar que el trabajo médico es equivalente a trabajo en salud, mientras que en el siglo pasado llegó a predominar el primer modelo (Mendes Gonçalves, s.f.).

La organización del trabajo médico guarda además analogía con las transformaciones ocurridas en el trabajo industrial. Hay sectores del hospital moderno (al igual que en la fábrica) que se organizan por criterios de producción en masa con tecnología moderna, coexistiendo con sectores donde el modelo es de oficio y taller manufacturero, y otros donde prima un modelo de trabajo taylorista.

En el primer período, previo al auge de la intervención del Estado sobre el sector de salud, el trabajo en los servicios médicos se organizaba esencialmente bajo el modelo de "oficio" y "manufactura". El hospital que hasta el siglo XVIII era institución de marginación y exclusión, se constituyó progresivamente en lugar de cura y atención. Allí todo el proceso era posible de ser desempeñado en cada unidad y por un único trabajador, el médico. El podía encargarse del diagnóstico y de la terapéutica, y dados los limitados instrumentos de que disponía, era propietario y podía controlar todas las condiciones del proceso. Se aprendía el oficio en la escuela (de medicina o de enfermería) pero fundamentalmente directamente de un maestro en la sala de hospital.

En el hospital se dio históricamente una división social (trabajo manual y trabajo intelectual) y una división técnica. En ese período se genera y organiza un conjunto de acciones cada vez más complejas que van definiendo al trabajador colectivo responsable de ellas. En ese trabajador colectivo las categorías llamadas "paramédicas" se hacen cargo de lo "manual" y la principal categoría emergente es la de enfermero (la enfermera en realidad), responsable de funciones complementarias al trabajo terapéutico. Desde esa época el médico mantiene el control del núcleo intelectual del trabajo y la posición dominante y determinante del proceso de trabajo. En esa dinámica del microcosmos hospital se da un conjunto de contradicciones (entre la división social y técnica del trabajo) en el trabajador colectivo que como se verá después están en la base del conflicto actual.

Los requerimientos del crecimiento extensivo de los servicios por la intervención estatal en lo económico y en lo social, y en el sector salud por el crecimiento de los hospitales, llevaron a que se redefina el proceso

de trabajo e incrementa su complejidad al incorporar elementos nuevos frutos del desarrollo tecnológico (sobre todo para diagnóstico) y de la universalización de la demanda. La función social misma del hospital ha cambiado, ya no es más la institución de represión y control social, se ha convertido en una institución médica y científica (Steudler, 1974).

Ello correspondería a los dos siguientes períodos de la cronología propuesta (auge y crisis del Estado Benefactor). Desde Keynes es importante la función anticíclica del sector social y su papel legitimador de la ampliación de los derechos de ciudadanía. He allí una nueva dimensión del desarrollo de los servicios de atención médica. En ese momento se asiste al fortalecimiento del modelo organizativo basado en la atención de la enfermedad individual, que actúa como referente de lo que debe ser entendido como objeto de trabajo.

El elemento central de la organización del trabajo en esta fase es la división técnica horizontal. Ese trabajador colectivo se diversifica. Por un lado aparecen los especialistas y luego los superespecialistas, profesionales médicos concentrados en partes específicas de los procesos de diagnóstico y terapéutica; por otro, la agregación de profesionales con funciones complementarias (odontólogos, fonoaudiólogo, asistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo clínico, nutricionista, bioquímico, cientista social, administrador).

El proceso de agregación se debe a dos condiciones derivadas del nuevo estatuto social de las instituciones médicas. Una condición se refiere a la respuesta que debe dar a una demanda mayor, pero con una oferta de acciones más compleja derivada de su dinámica interna e inherente a la racionalidad tecnológica impuesta. No se puede olvidar que el sector de la salud se fue convirtiendo en un sector económicamente importante y de alta rentabilidad.

La otra condición y también las otras funciones derivadas de la ampliación del campo de intervención social de la medicina, es la llamada medicalización de la vida social, a través de psicólogos, asistentes sociales y cientistas sociales, quienes en las intervenciones que el modelo médico promueve adoptan el enfoque predominante en la práctica médica curativa.

El hospital se define históricamente por un criterio técnico curativo, orientado a la generación de productos clínicamente determinados, por medio del internamiento y de la atención ambulatoria, y por un criterio biológico y funcional (pediatría, medicina interna, ginecología-obstetricia y cirugía). El resto del sustrato material se organiza para el apoyo administrativo y técnico de las actividades que en esos espacios se realizan: las llamadas actividades finales.

El otro criterio secundario de organización del sustrato material, y del proceso de trabajo, es la incorporación de tecnología, criterio fundamental de la complejidad y del status social (y político) del hospital. Otros

criterios de organización del trabajo se vinculan con el logro de mayor eficiencia y tienden a redefinir el hospital como un todo. En la mayoría de los casos han logrado algún avance en sectores determinados, sobre todo los más técnicos que requieren personal especializado y gestión más eficiente, dado el alto costo de esas instalaciones.

Esa forma de organizar el lugar de trabajo bajo los criterios de división social y técnica, con un habitus que puede ser sistematizado en algunos elementos constitutivos del modelo médico y con una estructura de poder compartido y asumido socialmente como institución técnica y científica ha generado un locus para las diversas modalidades del proceso de trabajo. Como fuera señalado, esa organización compleja posee, desde lo laboral, un desarrollo desigual y combinado. Hay sectores como maestranza, cocina, lavandería y calderas entre otros servicios generales, que poseen un patrón de "oficio y taller", en tanto que en otros, como centro quirúrgico y radiología, se ordenan por un modelo tayloriano de norma, secuencia y cronómetro.

Otros sectores, como laboratorio, cuidados intensivos y urgencias tratan de guiarse por un modelo de producción "en cadena", ya sea en procura de mayor productividad o de mayor control del proceso. No obstante, y a pesar de que servicios como los de odontología han logrado incrementos de productividad bajo estos criterios (como el trabajo "a cuatro manos"), el componente esencial del trabajo hospitalario es difícil de encasillar en alguna modalidad paradigmática del trabajo industrial. El "factor humano" o mejor dicho la naturaleza social de las necesidades y la propia modalidad económica de financiar la atención obstaculizan una homologación definitiva entre fábrica y hospital (normas, tiempos, cuotas de producción, etc.). Ese es precisamente uno de los principales problemas que persisten para lograr incrementos en la productividad de los servicios de salud.

Hasta hace poco tiempo un aspecto descuidado desde la óptica de la gestión de los servicios, pero privilegiado por los gremios, ha sido el de las relaciones sociales de producción, incluidas las condiciones de trabajo. El estudio de las instituciones "empleadoras" del sector público en algunos países viene aportando conocimiento sobre modalidades de contratación, políticas institucionales hacia el personal, relaciones laborales (asociación y organización de trabajadores, paritarias, derecho de huelga, participación en decisiones de las instituciones), régimen de tiempo y jornada, sistema y nivel de remuneraciones y seguridad e higiene del trabajo (Novick y Pesagno, 1990; Rodríguez, 1990). Siendo estos aspectos de una gran especificidad nacional o provincial, es recomendable para el conocimiento de un panorama mundial de estos aspectos la revisión del informe de la OIT sobre "Empleo y condiciones de trabajo en los servicios médicos y de salud" (OIT, 1985). Se volverá sobre este tema cuando se analicen las tendencias del trabajo en un apartado posterior.

El conflicto laboral

El tercer elemento a resaltar en este intento de organizar la problemática del trabajo en el sector salud es el estado de conflicto laboral, de manifiesto incremento en los últimos años. Esta no es una tendencia particular en este sector, ocurre en general en el sector servicios (en educación y previsión social, por ejemplo), que curiosamente parecería estar, en algunos países, a contramano de lo que ocurre en los otros sectores económicos.

La crisis económica y las políticas de ajuste configuran el marco donde se desarrollan otras variables del incremento del conflicto laboral en el sector. Es indudable que se han deteriorado las condiciones de trabajo en un sector que asiste a la quiebra del modelo corporativo público y a la instalación de una dinámica empresarial salvaje en el privado. La inflación y la política anti-inflacionaria y las llamadas medidas de racionalización del aparato del Estado han generado inestabilidad e incertidumbre por el futuro del personal en el sector.

El sector estatal de la salud se transformó en las dos últimas décadas en un importante empleador (fenómeno derivado de la terciarización de la economía) como producto del crecimiento de la red de servicios. En estos momentos de retracción de la iniciativa estatal, de tendencia a la privatización de servicios y de transferencia de responsabilidad a los niveles provinciales o municipales, las severas restricciones financieras para su mantenimiento, las propuestas de ajuste y racionalización concentran el recorte del gasto en la reducción de personal.

Por otro lado, los patrones dominantes de división social y técnica del trabajo generadores del modelo dominante de profesionalización en salud, orientado por la diversificación (tecnológica) y la medicalización (ideológica); entran en contradicción en este momento de crisis y ajuste con las expectativas económicas y políticas de los trabajadores y sus corporaciones profesionales.

Se pueden identificar, al menos, tres niveles del conflicto laboral: el conflicto clásico entre sindicato y patrón, entre profesiones y el conflicto intraprofesional. Se reseñarán brevemente cada uno de ellos.

Los conflictos sindicales

Son los más importantes en términos de su impacto sobre la continuidad del funcionamiento de los servicios. Ocurren en el marco de las relaciones laborales establecidas por las autoridades nacionales del trabajo. Por diversas razones las relaciones de trabajo en los servicios médicos

y de salud son bastante complejas. Con frecuencia las instituciones públicas y el sector privado se rigen por medidas de legislación laboral distintas. Pero además, debido a su distribución nacional pueden estar sometidos a reglamentaciones locales además de la nacional.

La amplia gama de categorías profesionales existentes, con intereses y calificaciones profesionales diferentes, así como el sistema de organización del proceso de trabajo, hacen que las relaciones sean no solamente complejas sino a menudo competitivas entre sí.

Tratándose de un servicio considerado esencial, las autoridades públicas tienden a incrementar el control de los servicios, imponiendo restricciones a los derechos sindicales. Esta situación tiene su contrapartida en que el gasto de los servicios públicos en personal es el más importante (entre 60 y 80% en la mayoría de los países) y este gasto no es elástico. Además, y en el marco de la crisis, no se pueden dejar de considerar los factores relacionados con los costos de la asistencia médica, los sistemas de financiación, las limitaciones presupuestarias y las relaciones entre los empleadores, su personal y los organismos financiadores (como la Seguridad Social) (OIT, 1985). En síntesis, existe una alta complejidad en las relaciones laborales que se traduce en pluralidad sindical, en un clima de restricciones económicas y alto antagonismo social.

Paralelamente al crecimiento del sector y la aparición de grandes y complejas unidades, con la consiguiente terciarización y ampliación de la fuerza de trabajo, se da un progresivo proceso de asalarimiento, un incremento de la sindicalización y de la negociación colectiva y la aparición de un espíritu reivindicativo puntual cada vez más fuerte. Con la irrupción de la crisis y del ajuste se produjo la caída del nivel adquisitivo del salario y el deterioro de las condiciones de trabajo, y la aparición de explosivas y prolongadas huelgas y otras manifestaciones del conflicto que han llevado a un nivel límite la continuidad de determinados servicios.

Un análisis de los conflictos laborales de este tipo en el Perú en los diez años que van de 1980 a 1989, mostró que hubo 117 conflictos, es decir un promedio de doce por año o uno por mes. De 14 conflictos ocurridos entre 1990 y 1991, el 78% era por remuneraciones; y los 37 conflictos ocurridos entre 1987 y 1990 ocasionaron 315 días de pérdida, con un promedio de 81 días por conflicto (Brito y Novick, 1992).

Es una necesidad y preocupación de ambas partes, y una cuestión aun poco asumida por la gestión de personal, la búsqueda conjunta de procedimientos para la rápida solución de los conflictos y evitar las interrupciones del trabajo en los servicios. Se trata de buscar y establecer un equilibrio entre la continuidad y el mejoramiento de un servicio esencial a la población y las libertades y derechos democráticos del personal.

Los conflictos interprofesionales

Tienen su origen en los procesos paralelos de profesionalización que han venido ocurriendo en las instituciones de atención médica bajo el modelo de organización social y técnica del trabajo. Generalmente, se dan alrededor de la lucha por la apropiación de un determinado objeto o espacio institucional de trabajo en ese proceso de diversificación y ampliación de la función de la medicina. Son los llamados conflictos por las "incumbencias" profesionales, que movilizan activamente a las corporaciones.

Son conocidos los conflictos existentes en algunos países entre enfermería y otras profesiones como medicina, trabajo social y educación sanitaria; o al interior mismo de la enfermería en otros países, entre profesionales universitarias y auxiliares no universitarias. En otros casos, resaltan los conflictos entre psicólogos y psiquiatras, entre trabajadores sociales y científicos sociales, etc. En este orden de problemas se origina el debate sobre la dificultad de concretar los equipos de salud, tantas veces propuestos y pocas veces realizados.

Este campo del estado de conflicto se define fundamentalmente en la dimensión de lo simbólico como una faceta más de lo político, que está en juego dentro de la institución médica. Se da en el cruce de las variables *Saber* (en el eje de la división técnica del trabajo) y *Poder* (en el eje de la división social). Los profesionales producen servicios, es decir, "bienes simbólicos", en la medida en que se trata de resultados que tienen una significación definida (salud, por ejemplo); y esa producción se da en espacios relativamente autónomos respecto del conjunto de la sociedad (las instituciones de servicios: el hospital, el centro de salud). Sobre este particular Tenti (1989) recoge la perspectiva de Bourdieu al señalar que "el campo de producción y circulación de bienes simbólicos se define como un sistema de relaciones objetivas entre diferentes instancias, caracterizadas por la función que cumplen en la división del trabajo de producción, reproducción y difusión de los bienes simbólicos".

Aunque en América Latina son todavía escasos los estudios sobre este tema se pueden encontrar interesantes relatos en la bibliografía internacional, en especial sobre conflictos entre enfermeras y médicos en un contexto de progresiva "proletarización" y sindicalización (Chernomas y Chernomas, 1989; Coburn, 1988, McKinlay y Stoeckle, 1988). Esta es otra área problemática que requiere con urgencia desarrollar investigación social para profundizar en su conocimiento y explorar modalidades y estrategias de intervención.

Conflictos dentro de las profesiones

Un primer plano de este nivel de conflictos se presenta en las organizaciones que asumen la representatividad de los profesionales. Se da

un tipo de conflicto político explícito, que incluye a los partidos políticos, por el control de los órganos de dirección de la corporación. Ha ocurrido en los últimos años una progresiva “politización” de los organismos gremiales y deontológicos. Cada vez se tiende menos a la expresión en nombre de “la orden” o de la “comunidad profesional” y más en nombre de los intereses de los “colegas-compañeros”.

Esa dinámica política corporativa más acorde con una postura de “sindicalismo clasista” que de “corporativismo clásico” parece estar reflejando las contradicciones (de naturaleza ideológico-política) entre sectores asalariados y quienes trabajan en relación de dependencia y con los sectores con ejercicio liberal autónomo. No obstante, aún se puede dar la movilización conjunta de estos sectores en pugna frente a eventuales amenazas a sus “fueros” por otra categoría profesional emergente.

Otro plano del conflicto relacionado con el anterior se da en las profesiones que aún tienen un importante componente de ejercicio liberal, como son los médicos; que tiene su especificidad por su condicionamiento a la organización económica (principalmente de la modalidad de financiamiento) de la práctica médica y al papel de intermediario económico asumido por las corporaciones (el caso de Argentina o Uruguay). Tiene que ver concretamente con la distribución regresiva de los ingresos dentro de la profesión (según especialidad, antigüedad en la profesión, o función económica en el proceso de intermediación con el sistema financiador (Belmartino *et al.*, 1990; Katz *et al.*, 1988).

TENDENCIAS ACTUALES EN EL CAMPO DEL TRABAJO

Tendencia al aumento del estado de conflicto

Este rasgo que ha sido señalado anteriormente asume en el sector de la salud niveles de intensidad mayores que en otros sectores, tal vez comparables a los de educación. Viene ocurriendo no solamente en los países pobres sino también en los desarrollados, aunque haciendo la salvedad que en estos los grupos más combativos son los de menor calificación a cargo de funciones subordinadas y de apoyo. Lo llamativo en muchos países de la Región es el alto grado de participación y las modalidades de movilización (de tipo obrero) que asumen los profesionales (especialmente médicos jóvenes y enfermeras en general) en los conflictos laborales, junto a los otros grupos laborales cuyo trabajo es “más material”.

Algunas de las razones por las cuales esta lucha se ha incrementado ya fueron reseñadas. Aquí se resaltarán las siguientes:

- La terciarización de la fuerza de trabajo y la importancia que el sector salud estatal asumió en el período pasado como emplea-

dor. Esta tendencia decae como consecuencia del impacto del ajuste en el sector público.

- La caída de los salarios y la degradación de las condiciones de trabajo, consecuencia del deterioro de la infraestructura institucional (que afecta las condiciones de higiene y seguridad laboral).
- La especificidad de las relaciones laborales en este sector de servicios, caracterizada por una muy fuerte relación con el Estado, con asalariamiento importante en todas las categorías profesionales, fuerte centralización a nivel nacional de las decisiones sobre gestión de personal, entre otras. Este patrón de relaciones no persiste con la crisis del modelo corporativo público.
- Cambio de paradigmas laborales y sindicales. Los trabajadores de salud parecen haber adoptado los viejos paradigmas de lucha laboral que en este contexto de ajuste, desregulación y retracción del Estado, puede generar su aislamiento y debilitamiento a corto plazo.
- Desvaloración progresiva del status social y profesional de los trabajadores de la salud, que incluye a los médicos (“que ya no son lo que eran”). Este es un proceso también generalizado que obedece a los cambios ocurridos en la división social del trabajo y a las nuevas prioridades de desempeños técnicos generados en el proceso de acumulación y reproducción social. En relación con esta tendencia, aunque no debido exclusivamente a ella, se registra una progresiva feminización de las categorías profesionales de mayor calificación.

En el caso de los médicos esa desvaloración no tiene que ver solamente con su función social como técnicos, sino también con la pérdida de una función protagónica en la estructuración económica y política del “orden sanitario” vigente. Es evidente, por ejemplo, que las nuevas clínicas privadas no se promueven por iniciativa de médicos, como ocurría hasta no hace mucho, sino por “empresarios de verdad”.

- Incremento de la subcontratación de personal que en salud asume modalidades específicas. A diferencia de los otros sectores que subcontratan servicios generales, en salud y específicamente en el modelo corporativo privado cada vez más importante, se subcontratan profesionales (médicos, odontólogos, psicólogos, etc.). En los sistemas por capitación de hecho un médico se convierte en subcontratista de otros médicos (generalmente recién graduado o en formación de especialista).
- Incremento del subempleo y del multiempleo y deterioro de las condiciones laborales de esta modalidad. Afecta principalmente

a profesionales jóvenes, menos especializados, que son los afectados por el patrón regresivo del ingreso y obligados a la subcontratación para trabajar en guardias, servicios de emergencia y ambulancias privados, etc. (Belmartino *et al.*, 1990).

Incremento del trabajo en relación de dependencia

Esta es otra tendencia general en el sector salud, aunque a diferencia de lo ocurrido en los últimos 20 años, el empleador principal no será un sistema corporativo público en expansión, sino un sistema corporativo privado en expansión ante la retracción estatal.

Esto hará que la modalidad de trabajo por salario fijo sea más importante, aunque es previsible que las modalidades de trabajo a destajo se incrementen debido a la tendencia a bajos salarios. Un problema importante a ser objeto de estudio en la Región es la modelación de formas de trabajo debido a modos de remuneración y su impacto sobre la calidad y la economía de la atención.

McKinlay señala cómo en los Estados Unidos, los médicos como consecuencia de la burocratización de la práctica, empiezan a experimentar un proceso de proletarización, entendido como la pérdida progresiva de prerrogativas referidas a la propiedad y control del proceso de trabajo y la subordinación de su práctica a criterios de organización económica corporativa (McKinlay y Arches, 1985). Roemer, sin embargo piensa que lo que sucede no es otra cosa que el progresivo asalariamiento médico como consecuencia de una organización más estructurada y compleja del sistema de salud norteamericano (Roemer, 1986). Lo que en definitiva está demostrando esa confrontación teórica es la explicación de las determinaciones que sobre la práctica está ejerciendo la organización económica de la atención médica. Así, el debate se da en torno a la forma que debe asumir la solución a la crisis del sistema de atención: de reducir los ingresos y el status de los médicos para promover la ganancia del sector comercial o reducir la relativa ineficiencia y el gasto innecesario en el marco de la crisis económica global (Chernomas, 1986).

Inestabilidad del trabajo

Una tendencia preocupante es la progresiva inseguridad del trabajo en general y específicamente en salud (una de cuyas formas es la subcontratación). Comprende al trabajo bajo contrato de duración determinada, las modalidades de locación de obra y de servicios, el trabajo temporario, hasta el trabajo "en negro" (sin ningún contrato o clandestino).

Para la OIT, esta modalidad de trabajo abarca a las actividades económicas no estructuradas, mal reglamentadas y en las cuales los trabajadores carecen prácticamente de legislación que los ampare. A nivel de la economía en general la recesión impone al sector capitalista la búsqueda de nuevas formas de incrementar ganancias por competencia en el mercado bajo formas que afectan finalmente a los trabajadores: la reducción de los costos laborales, el subregistro de personal, la oferta de empleos más rutinarios con la supuesta ventaja de la estabilidad, por lo cual muchos optan por ofrecerse en forma libre o autónoma, atraídos por ventajas pecuniarias y estilos de trabajo (Riquelme, 1991).

Un reciente estudio realizado en un hospital público de la ciudad de Buenos Aires (se diría representativo) demostró una notable "labilidad" de las modalidades de inserción laboral. Entre otras situaciones se encontró que una tercera parte del personal profesional era *ad honorem* (llamados "concurrentes"), lo que significaba más de una décima parte del personal en esa condición. A ello se debía agregar una cantidad no determinada de personal que con diversas finalidades (docencia, investigación) y otros de inserción ocupacional ambigua, lo que demostraba la existencia de altas proporciones de personal no rentado en instituciones públicas. En algunas salas en particular hasta 80% del personal se encontraba en esa condición (Novick y Pessagno, 1990).

Sobre este particular habría que señalar el incremento en algunos países de modalidades de formación de posgrado médico en instituciones privadas sin convenio con universidades y sin requisito de acreditación de servicio ni de programa educativo. Sería así una especie de "adelanto" de un trabajo precario.

Segmentación social de las prácticas profesionales

Esta tendencia se configura como un marco de referencia de las prácticas sociales en salud y educación, que condicionan, mediante la conformación de áreas institucionales, el funcionamiento de segmentos laborales en salud. Comprenden las prácticas educativas y de atención.

En relación con el tema de los contratos precarios a los residentes, es oportuno señalar otras tendencias preocupantes, que si bien corresponderían al campo de la formación universitaria, guardan estrecha relación y condicionamiento con este problema de lo precario del trabajo (sobre todo de los jóvenes).

Se está manifestando una progresiva segmentación socioeducativa universitaria. Existen circuitos selectivos de orientación hacia determinados segmentos de mercados de trabajo. ¿Tienen acaso los graduados de todas las escuelas y facultades iguales posibilidades de tener acceso a

determinados servicios, residencias o empleos de reconocida solvencia técnica o remunerativa? No se trata aquí del caso de los méritos individuales, de los estudiantes aventajados, ni de casos aislados, sino de una tendencia estructural. Hay segmentación entre escuelas y facultades así como segmentación entre sus graduados; los egresados de determinadas escuelas tienen mayores posibilidades de estudio o de trabajo, o de estudio-trabajo, como las residencias, en tanto los egresados de instituciones periféricas al prestigio y a las relaciones con el mercado formarán médicos generales destinados a atender a los sectores de menores recursos.

Esta situación tiene que ver con la universalización de la demanda educativa, con el deterioro de la calidad de formación, en algunos casos de la sobreoferta de graduados, con la devaluación de las credenciales educativas, pero de manera muy importante con la configuración y consolidación de segmentos diferenciados de mercado de la atención médica. El rumbo que están tomando los procesos de privatización de la Seguridad Social y de la descentralización de servicios a los gobiernos locales en el ajuste actual, indudablemente incrementará la segmentación social de la atención médica.

Crisis del actual modelo de proceso de trabajo

El actual modelo de organización del trabajo en la atención médica de acuerdo con el orden sanitario corporativo vigente está en cuestión al entrar en contradicción con la necesidad de superar la crisis de costos y de eficiencia, pero sobre todo en contradicción con las demandas de la mayoría de la población (equidad, calidad y eficacia). Para superar esta situación no aparecen alternativas sencillas y disponibles a corto plazo. En esta crisis los modelos industriales de países desarrollados, obligados patrones de referencia de organización del trabajo, sirven de poco.

Los nuevos modelos tecnológicos son ahorradores de mano de obra, lo que está en contra de las tendencias en el sector salud, donde el impacto mayor de la tecnología ha residido en la diversificación de las funciones del personal. Por otro lado, este modelo tecnológico, a pesar de sus crecientes costos, no es cuestionado.

Necesidad de fortalecer la gestión de los temas laborales en salud

Es imprescindible dar mayor jerarquía técnica, a través del desarrollo de conocimiento, métodos y estrategias de intervención, personal calificado y política (visibilidad y participación en las decisiones de las organizaciones e instituciones), a las unidades de gestión de personal.

Las instituciones tienden a ser más pequeñas (ya pasó la época de los grandes hospitales), integradas en redes de servicios diversos con gestión descentralizada al nivel local y a organizarse como consorcios de unidades especializadas con mayor autonomía económica y administrativa (unidades de producción eficientes).

Una propuesta programática para fortalecer la gestión de personal fue desarrollada recientemente por un grupo de trabajo interdisciplinario reunido por la OPS. Aunque el motivo de la convocatoria fue definir términos de referencia para un plan de estudios sobre personal de salud, los elementos aportados sobre el trabajo son útiles para este fin (OPS, 1991). Esta propuesta combina el desarrollo de estudios e intervenciones sobre:

a) El proceso de trabajo en salud según modalidades asistenciales.

- Exploración de sistemas de división técnica y social del trabajo según diversas modalidades de atención y por régimen de financiamiento de la atención. Análisis de las relaciones técnicas y sociales entre diversas categorías de personal y tipos de actividad.
- Condiciones y medio ambiente de trabajo según tipos de servicio, categorías profesionales y modalidades asistenciales.
- Organización del trabajo en equipos y análisis de las relaciones dentro de los mismos.
- Innovaciones tecnológicas, nuevas modalidades organizativas y de productividad del trabajo. Análisis de la especialización y su impacto sobre la atención.
- Sistemas de información y supervisión del trabajo en las instituciones. Capacitación en servicio y educación permanente como estrategias para optimizar el desempeño y el desarrollo del personal.

b) Gestión del personal en las instituciones de salud.

- Normas legales, reglamentarias y convencionales que rigen la actividad laboral en los servicios según régimen institucional. Análisis comparado entre países y jurisdicciones.
- Modalidades de contratación, subcontratación y formas atípicas de incorporación, empleo y ocupación. Análisis de lo precario del trabajo.
- Formas de financiamiento de servicios y análisis de la estructura y distribución del gasto en personal y su impacto sobre las modalidades de trabajo.
- Nivel, regímenes y evolución de los salarios del personal. Distribución de los ingresos según categorías profesionales y en las mismas por modalidad asistencial.

- Sistemas de incentivos a la productividad. Análisis crítico de la experiencia acumulada en el sector servicios y en salud. Propuestas para mejoramiento.
- c) Escenarios de gestión del personal.
- Análisis prospectivo y evaluación de tendencias en la financiación, organización y funcionamiento de los servicios y su impacto sobre el proceso de trabajo.
- Análisis de tendencias de los procesos tecnológicos, de profesionalización y de los procesos de formación.
- Evaluación de las tendencias de las modalidades asistenciales de los países desarrollados y seguimiento crítico de los paradigmas sanitarios y debates sobre organización de las prácticas profesionales.
- Análisis de sistemas no tradicionales de organización del trabajo y de su impacto sobre la productividad y la calidad de la atención.

Esta aproximación a un ordenamiento de conceptos, categorías analíticas y cuestiones problemáticas relacionadas con el trabajo del personal en los servicios médicos y de salud tiene como objetivo adicional servir como un marco referencial para estudios necesarios a fin de conocer mejor la realidad laboral en los servicios y también para concretar de forma operativa propuestas estratégicas de reorientación de la gestión del personal y de esperanzadora potencialidad como la de educación permanente.

No obstante es claro que esta relectura inicial y sus desarrollos posteriores, así como los estudios y propuestas de intervención que pueda inspirar requieren de una actitud y de una práctica interdisciplinaria. Ello debe ser así porque la realidad laboral es social e histórica, sus actores sociales e individuales se mueven por razones de intencionalidad y sus movimientos y posiciones se definen por criterios políticos y técnicos. Su transformación comprende momentos de reconstitución teórica y de construcción social. Los autores esperan haber contribuido en algo y continuar haciéndolo.

BIBLIOGRAFIA

- Belmartino S., Bloch, C., Luppi, I., Quinteros, Z. y Troncoso, M.C. Mercado de trabajo y médicos de reciente graduación. Representación de la OPS, Argentina, No. 14, 1990.
- Brannon, R.L. The reorganization of the nursing labor process: from team to primary nursing. *Int J Health Serv* 20(3): 511-524, 1990.
- Bourdieu, P. *Cosas dichas*. Buenos Aires, Gedisa Editorial, 1988.
- Braverman, H. *Labor and monopoly capital*. New York, Monthly Review Press, 1974.

- Brito, P. Notas para el análisis de la problemática de empleo y trabajo en salud. Programa de Salud Internacional de la OPS. Washington D.C., 1986.
- Brito, P. La universidad y las prácticas de salud en el contexto actual de América Latina. Santo Domingo, OPS/OMS-UDUAL, 1990.
- Brito, P. y Novick, M. Acerca de los conflictos laborales en el sector salud. Buenos Aires, 1992. En prensa.
- Carvalho, J. A Saúde e o Mercosul. Documento fotocopiado. Universidade de São Paulo, Instituto de Estudos Avanzados.
- Chernomas, R. An economic basis for the proletarianization of physicians. *Int J Health Serv* 16(4):669-674, 1986.
- Chernomas, R. y Chernomas, W. Escalation of the nurse-physician conflict: registered care technologists and the economic crisis. *Int J Health Serv* 19(4):635-650, 1989.
- Coburn, D. The development of canadian nursing: profesionalization and proletarianization. *Int J Health Serv* 18(1):437-456, 1988.
- Correa, H. Economía de los recursos humanos. México, Fondo de Cultura Económica, 1970.
- Crozier, M. y Friedberg, L. L'acteur et le système. París, Dunod, 1978.
- Foucault, M. Incorporación del hospital en la tecnología médica. *Educ Med Salud* 12(1):20-35, 1978.
- Goldín, A. y Alimenti, J. Regímenes reglamentarios de contratación y trabajo para recursos humanos en el sector salud. Secretaría de Salud, Buenos Aires, 1990.
- Harbison, F. y Myers, Ch. *Education, Manpower and Economic Growth. Strategies of Human Development*. Nueva York, McGraw Hill Co., 1964.
- Katz, J., Muñoz, A. y Tafani, R. Organización y comportamiento de los mercados prestadores de servicios de salud. Reflexiones sobre el caso argentino. Representación de la OPS, Argentina. No. 1, 1988.
- McKinlay, J. y Arches, J. Towards the proletarianization of physicians. *Int J Health Serv* 15(2):161-195, 1985.
- McKinlay, J. y Stoeckle, J.D. Corporatization and the social transformation of doctoring. *Int J Health Serv* 18(2):191-205, 1988.
- Mendes Gonçalves, R.B. Processo de trabalho em saúde. Impreso sin fecha.
- Menéndez, E. Modelo médico hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. *Cuadernos Médico Sociales* 33:55-64, septiembre de 1985.
- Neri, A. Salud y política social. Buenos Aires, Hachette, 1983.
- Novick, M. y Pessagno, G. Modalidades de contratación y políticas de recursos humanos en las instituciones "empleadoras" del sector público. Secretaría de Salud, Buenos Aires, 1990.
- Organización Internacional del Trabajo. Empleo y condiciones de trabajo en los servicios médicos y de salud. Reunión paritaria sobre el empleo y las condiciones de trabajo en los servicios médicos y de salud. Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 1985.
- Organización Panamericana de la Salud. Propuesta de estudios sectoriales sobre recursos humanos en salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Washington D.C., 1991.
- Riquelme, G.C. Trabajo de jóvenes universitarios: ¿Búsqueda de experiencia o empleo precario? (Un análisis para la ciudad de Buenos Aires). Estudios del trabajo. No. 2, 1991.
- Rodríguez, C.A. Condiciones y medio ambiente de trabajo en hospitales del ámbito público. Secretaría de Salud, Buenos Aires, 1990.
- Roemer, M. Proletarianization of physicians or organization of health services? *Int J Health Serv* 16(3):469-471, 1986.
- Stuedler, F. L'hôpital en observation. París, Lib. Armand Colin, 1974.
- Tenti, E. y Gómez Campo, V. Universidad y profesiones. Crisis y alternativas. Buenos Aires, Miño y Dávila Editores, 1989.
- Testa, M. Atención ¿Primaria o Primitiva? de Salud. En Testa, M. y muchos colaboradores anónimos. *Pensar en Salud*. Buenos Aires, OPS-Argentina, 1989.

DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS PARA LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD: BRASIL¹

*Joana Azevedo Da Silva*²

INTRODUCCION

El sistema de atención de salud pasa hoy en Brasil por una serie de profundas transformaciones. El consenso expresado, principalmente en la última década, por la sociedad brasileña en general, por los productores de servicios y por los trabajadores de la salud en relación con las insuficiencias del actual modelo de asistencia (centralizado, fragmentado, discriminatorio) para la adecuación del cuadro sanitario brasileño, y las luchas en varios campos y escenarios, se consolidaron en la VIII Conferencia Nacional de Salud (marzo de 1986) con la propuesta de Reforma Sanitaria Brasileña. Esos esfuerzos culminaron, en 1988, con la inserción, en la Constitución brasileña, de "Salud como derecho de todos y deber del Estado" y del "Sistema Unico de Salud" (SUS, denominación del Sistema Nacional de Salud) con sus directrices y principios de universalidad, integralidad, equidad y resolución de las acciones y servicios de salud, participación de la comunidad y descentralización político-administrativa, con dirección única en cada esfera de gobierno (federal, estatal y municipal).

El gran desafío planteado hoy para la sociedad brasileña se relaciona con la implantación del SUS. La perspectiva de un trabajo de asistencia en salud que integre la asistencia médica individual y las acciones dirigidas al cuidado de la salud colectiva, plantea cuestiones y problemas cuya posibilidad de comprensión y resolución superan el ámbito de las fórmulas e instrumentos de trabajo ya conocidos de cada uno de los aspectos

¹ Trabajo presentado en la Reunión sobre Desarrollo de Recursos Humanos para los SILOS, promovida por la Organización Panamericana de la Salud, 3 a 7 de agosto de 1992, en Cuernavaca, México.

² Coordinadora General de Desarrollo de Recursos Humanos para el SUS del Ministerio de Salud, Brasil.

específicos mencionados. Además, tal integración también resulta en la posibilidad de extender ambos tipos de atención a la población, lo que implica, por tanto, no solo cuestiones relacionadas con la calidad de los servicios prestados, sino también con la ampliación cuantitativa de esos mismos servicios.

Trátase entonces de nuevas estructuras y modelos funcionales de práctica de salud, que impone la reflexión y una revisión total de esas estructuras, modelos, prácticas y, principalmente, de la actuación y de la inserción de los profesionales de salud, sujetos/agentes de ese proceso de cambios. En ese contexto, el área de recursos humanos, sus conceptos y prácticas, está siendo repensada en el sentido de cubrir esos nuevos enfoques. De ese modo, se hace evidente que la composición y la dinámica del equipo de trabajadores de los diversos niveles de formación sufrirán reorientaciones a la luz de las nuevas funciones del Sistema Unico de Salud. Esas transformaciones, como resultado de la interacción entre las distintas categorías profesionales y el propio objeto de trabajo, apuntarán hacia una nueva división técnica, que estará siempre influenciada por los nuevos conocimientos y por los procesos educacionales a que todos estarán sometidos. En ese contexto, surge como una necesidad fundamental la cuestión del conocimiento efectivo que la fuerza de trabajo tiene acerca de sus respectivas prácticas profesionales y del conjunto que integra al formar equipos de trabajo, sean esos equipos de la misma institución o sean equipos componentes de un trabajo más difuso, por el Sistema de Salud, globalmente.

En ese sentido, se da la necesidad de que en el tratamiento de la cuestión se trascienda la dimensión utilitarista del recurso humano y se apunten las condiciones que le permitan su desarrollo y realización como ciudadano, en el goce de sus derechos y facultades, de forma que el trabajo no sea solo el instrumento de su participación solidaria, de su cooperación en el desarrollo de los servicios de salud y de la sociedad, sino también de su bienestar social.

Un gran desafío en este momento, en el Brasil, se refiere a la aplicación de esos conceptos y reflexiones en un escenario concreto, complejo y de multiplicidad de actores, o sea, un proceso social cuyas variables son difícilmente controlables o posibles de interferencia a no ser por el propio proceso.

La prerrogativa de descentralización inherente al Sistema Unico de Salud encuentra su expresión en el proceso de municipalización de los servicios de salud. Los municipios se preparan para asumir, con competencia, sus responsabilidades con la conducción, coordinación y operación del SUS en su respectivo nivel. Más de la mitad de los cerca de 5000 municipios brasileños ya disponen de estructuras, servicios, condiciones y, principalmente, de la decisión de asumir su papel en el proceso de de-

mocratización y de calificación de la asistencia a la salud de la población brasileña.

En ese contexto, en ese conjunto de esfuerzos, sitúase la conciencia del trabajador de salud, tomándose la cuestión del trabajo alienado como problema crucial. En esa perspectiva, cabe preguntar: ¿Están los recursos humanos en salud en condiciones de, efectivamente, contribuir a ese proceso? ¿Están las prácticas institucionales orientadas para la gestión de recursos humanos coherentes con ese proceso?

A partir de los preceptos constitucionales de "Salud como derecho de todos y deber del Estado", y de la creación del Sistema Unico de Salud con dirección única en cada esfera de gobierno, el Ministerio de Salud se reorganiza en este momento de consolidación del SUS, en el sentido de asumir con competencia las atribuciones y responsabilidades propias de la dirección nacional del sistema en el nivel federal, con la preocupación por la productividad, la eficiencia y la eficacia de los servicios.

La gestión nacional del SUS implica, para el Ministerio de Salud, funciones de definición de política, y directrices de planificación, coordinación, articulación, normatización y seguimiento, tanto de la situación de salud como de la política, de los planes, de los recursos asignados y de los resultados obtenidos. Esas funciones, aliadas a la competencia de prestar cooperación técnica a los estados, al Distrito Federal y a los municipios, plantean para el Ministerio desafíos en términos de capacitación técnica de sus profesionales en las diferentes áreas de actuación, y de la modernización de sus procesos internos.

Esos desafíos, en el campo de recursos humanos, exigen, al mismo tiempo, prepararse y actuar.

La atribución constitucional de "Orientar la formación de recursos humanos para la salud" (Artículo 200 de la Constitución Federal de 1988) presupone para el Ministerio de Salud el desarrollo no solo de acciones de mantenimiento y desarrollo de la fuerza de trabajo ya comprometida con el sector salud, sino también una actuación junto a los demás sectores de gobierno responsables por el proceso formal de enseñanza para alcanzar objetivos a mediano y largo plazos, proponiéndose la adecuación de la formación profesional en calidad y cantidad a las nuevas exigencias del sector.

Las informaciones actualmente disponibles sobre la fuerza de trabajo apuntan la existencia de cerca de 2 500 000 trabajadores ocupados en salud, lo que representa cerca de 3,5% de la población económicamente activa (PEA) brasileña. De ese contingente, la participación femenina, si se mantiene la tendencia de crecimiento observada entre 1970 y 1980, deberá estar hoy alrededor de 80% del total.

En la perspectiva, entre tanto, del Sistema Unico de Salud, de la universalidad, de la equidad, y de la posibilidad de resolución, la actual

situación de los recursos humanos en salud en el Brasil puede ser caracterizada, en forma sucinta, como de graves insuficiencias cualitativas en cuanto a las disponibilidades de personal en prácticamente todas las áreas de actuación de los servicios de salud. Además, se observan acentuadas distorsiones en la distribución regional e institucional del empleo y de la fuerza de trabajo en salud en el país.

LOS PROBLEMAS

Información sobre recursos humanos en salud

A pesar de que el Brasil es un país rico en fuentes de datos sobre recursos humanos en salud (Ministerio de Educación, Ministerio de Economía—Instituto Brasileño de Geografía y Estadística, Ministerio del Trabajo, Consejos Profesionales y otras) se constataba hasta hace poco tiempo la inexistencia de informaciones confiables que pudieran orientar tanto la planificación como el seguimiento y la evaluación de las políticas, directrices y planes formulados para el campo de los recursos humanos en salud.

El área de recursos humanos se resiente aún hoy de la indefinición en relación con las líneas prioritarias de investigación y de la falta de mecanismos de fortalecimiento de esa investigación, actividad privilegiada en la perspectiva de producción de conocimientos para apoyar las decisiones.

La oferta de profesionales de salud

Distribución geográfica de los recursos humanos en salud

Se han desarrollado estudios que demuestran que es intensa, en el país, la concentración de los recursos humanos en salud en las regiones más desarrolladas y en las capitales de los estados brasileños. Ese desequilibrio se observa no solo en relación con los profesionales ya existentes, sino también en cuanto a la inserción de nuevos profesionales. La región nordeste, por ejemplo, que concentra 28,5% de la población brasileña, tiene apenas 18% del número de egresados anuales de los cursos de medicina en el país y 14% de los egresados de las escuelas de odontología. En cambio, la región sudeste, con 43,6% de la población, tiene 60% y 66% de los profesionales egresados de aquellas facultades, respectivamente.

Otro ejemplo de esa concentración es la relación médico-habitante, uno de los indicadores considerados en la caracterización de las condiciones de salud de una población. Para el Estado de Rio de Janeiro, trabajos recientes citan la relación de 3,15 médicos por 1000 habitantes

(para la capital del Estado referido, la relación es de 5,35 médicos por cada 1000 habitantes), mientras que para el Estado de Piauí (del nordeste) la relación es de 0,55 médicos por 1000 habitantes.

En el Cuadro 1 se observa la distribución del número de médicos, odontólogos y enfermeros por regiones geopolíticas del Brasil; el conocimiento de esa situación debe orientar las políticas de formación de personal para el área de salud, inclusive las autorizaciones para el funcionamiento de nuevos cursos.

La formación de los profesionales en salud

- Profesionales de nivel superior—En el Brasil los profesionales de nivel superior en salud son los formados integralmente en el área de conocimientos definida por el Ministerio de Educación como “Ciencias de la salud”, como el médico, el odontólogo, el enfermero, el farmacéutico-bioquímico, el nutricionista, el fisioterapeuta y otros; en el sector salud también se desempeñan profesionales formados en otras áreas del conocimiento, como el psicólogo (área de ciencias humanas) y el asistente social (área de ciencias sociales aplicadas).
- Graduación—Las informaciones aquí registradas se refieren a análisis preliminares obtenidos mediante el Sistema de Información en Recursos Humanos para la Salud, montado en la Coordinación General de Desarrollo de Recursos Humanos para el SUS, del Ministerio de Salud, teniendo por base datos proporcionados por el Ministerio de Educación. Esas informaciones abarcan el total de cursos existentes en el país, independiente-

CUADRO 1. Distribución del número de médicos, odontólogos y enfermeros por regiones geopolíticas y por 10 000 habitantes (%), Brasil, 1991.

Regiones	Médicos		Odontólogos		Enfermeros	
	No.	% por 10 000 habitantes	No.	% por 10 000 habitantes	No.	% por 10 000 habitantes
Norte	6 419	6,3	2 659	2,6	2 274	2,2
Nordeste	32 483	7,7	14 276	3,4	10 823	2,6
Sudeste	116 740	18,8	63 205	10,2	27 549	4,4
Sur	26 640	12,1	14 762	6,7	8 463	3,8
Centro-Oeste	11 984	12,7	6 519	6,9	3 106	3,3
Todo Brasil	194 270	13,3	101 421	6,9	52 215	3,6

Fuente: Consejos Profesionales.

mente de estar localizados en universidades, en federaciones de escuelas o en establecimientos aislados.

En los Cuadros 2 y 3 se observa la distribución de los cursos y de las vacantes de nivel superior, tomando como ejemplos medicina, odontología y enfermería, lo que de nuevo expresa la tendencia de concentración de recursos humanos en las regiones más desarrolladas del país.

La participación de los sectores público y privado en relación con las vacantes ofrecidas para esas mismas profesiones (Cuadro 3), evidencia la importancia en la enseñanza superior brasileña, para esas profesiones, del sector público federal y de la iniciativa privada. Llama la atención el pequeño número de cursos ligados a la esfera pública municipal, a pesar de que hay en el país un número significativo de municipios de gran tamaño en términos de población y de desarrollo económico.

CUADRO 2. Distribución del número de cursos de medicina, odontología y enfermería, por regiones geopolíticas, Brasil, 1990.

Regiones	Población	Cursos		
		Medicina	Odontología	Enfermería
Norte	10 146	3	2	7
Nordeste	42 388	13	13	22
Sudeste	62 121	44	46	48
Sur	22 080	16	14	21
Centro-Oeste	9 420	4	6	4
Todo Brasil	146 155	80	81	102

Fuente: Ministerio de Educación/Ministerio de Salud.

CUADRO 3. Distribución proporcional del número de vacantes ofrecidas en los cursos de medicina, odontología y enfermería, según dependencia administrativa (%), Brasil, 1990.

Dependencia administrativa	Cursos		
	Medicina (n = 7804)	Odontología (n = 6947)	Enfermería (n = 7564)
Federal	43	26	27
Estatal	12	15	18
Municipal	2	5	6
Privada	43	54	49

Fuente: Ministerio de Educación/Ministerio de Salud.

Otra cuestión resultante del análisis del Sistema de Información en Recursos Humanos para la Salud se relaciona con la disminución, en general, entre los años 85 y 90, del número de egresados de los cursos de nivel superior del área de salud, en comparación con los egresados al inicio de la década de los 80.

Cuando se parte de esa constatación del conjunto de los cursos para un análisis del comportamiento de los egresos por profesión, se observa que apenas en odontología, aunque con fluctuaciones, se mantiene un crecimiento positivo en todo el período analizado, con una fuerte tendencia a la disminución del número de egresados. Los datos para medicina también indican un decrecimiento del número de egresos en el período considerado.

Esas observaciones están motivando acciones de la Coordinación General de Desarrollo de Recursos Humanos para el SUS del Ministerio de Salud. En primer lugar, se procede a una profundización del análisis de la situación de las profesiones de salud del país, incluyendo otras variables además de la formación. Por otro lado, la discusión de los análisis y su profundización con las entidades representativas de las categorías profesionales, con las instituciones formadoras y las instituciones de servicio se han planteado como acciones e iniciativas de gran importancia para la definición de política y directrices sobre recursos humanos para el Sistema Unico de Salud.

Otra vertiente de la problemática de la formación de profesionales de salud del país, está relacionada con el perfil de los egresos de los cursos del área de salud y con las demandas generadas por el reordenamiento del sector, de sus concepciones, de su práctica, del distanciamiento entre el universo de las prácticas utilizadas como campo de formación y adiestramiento y la realidad institucional y epidemiológica del país.

Además de los aspectos ya mencionados de inadecuación de los programas a las demandas del Sistema Unico de Salud, la formación en nivel de posgrado en el Brasil presenta otros problemas, entre los cuales cabe citar los siguientes:

- La inexistencia de programas de educación continua orientados al mantenimiento y profundización de la calificación técnica de los profesionales de los servicios de salud;
- La insuficiencia de la capacidad instalada para impartir cursos de perfeccionamiento y de especialización a fin de suplir la demanda de calificación de cuadros técnicos de dirección/coordi-nación de los servicios;
- La insuficiencia de la capacidad instalada y de programas de preparación de personal en las especialidades críticas para atender a la población, calificación para la prestación de cuidados que exigen dominio tecnológico en todos los niveles del Sistema.

En el campo de formación de personal de nivel medio los problemas son aún mayores. Como veremos en la discusión referente a empleo, en el país actualmente hay cerca de 400 000 trabajadores en los establecimientos de salud que no tienen la calificación mínima para las funciones que desempeñan, sea en los hospitales, en los ambulatorios, centros o puestos de salud.

Por otro lado, la demanda de municipalización de los servicios ha llevado a los dirigentes municipales a aumentar su contingente de trabajadores, lo que se da mediante la admisión de personal sin preparación, dada la inexistencia, en el mercado, de profesionales de nivel medio del área de la salud.

Del lado del sector educacional, responsable por la formación profesional, se constata la insuficiencia de un aparato institucional capaz de resolver, a corto y mediano plazos, las deficiencias cuantitativas y cualitativas de personal legalmente habilitado para el ejercicio profesional de nivel medio en salud.

La estructura del empleo en salud

Algunos estudios relativos a los empleos existentes en el Brasil en los establecimientos prestadores de servicios de salud, informan que, de un total de cerca de 1 500 000 empleos, casi 60% están ocupados por dos categorías situadas en extremos opuestos en términos de calificación: el médico (29%) y el personal de nivel elemental (29%) (Cuadros 4, 5 y 6).

La proporción grande de personal de nivel elemental (de escolaridad primaria) en la composición de la fuerza de trabajo en salud, indica la existencia de un problema de calificación profesional no resuelto, en la medida en que esa categoría está preparada empíricamente o a través de entrenamientos muy precarios, lo que tiene reflejos directos en la calidad de la asistencia prestada a la población.

CUADRO 4. Comparación de la distribución del número de puestos de trabajo en establecimientos de salud entre algunas categorías profesionales, Brasil, 1987.

Categoría profesional	Porcentaje
Médico	29
Otros de nivel superior	12
Otros de nivel elemental	29
Total de nivel medio	4
Total de profesionales	26
Total de categorías	100

Fuente: IBGE/AMS.

CUADRO 5. Distribución proporcional de los puestos de trabajo en establecimiento de salud según nivel de formación de los profesionales y región geopolítica (%), Brasil, 1987.

Regiones	Niveles de formación			Total
	Superior	Medio	Elemental	
Norte (n = 28 000)	31	31	38	4
Nordeste (n = 156 505)	38	24	38	22
Sudeste (n = 380 830)	44	26	30	54
Sur (n = 97 764)	37	23	40	14
Centro-Oeste (n = 45 845)	40	33	27	6
Brasil (n = 708 944)	41	26	33	100

CUADRO 6. Distribución proporcional del número de puestos de trabajo en todos los establecimientos de salud, según categoría profesional, con formación de nivel superior, Brasil, 1987.

Categoría profesional	Porcentaje
Médico	71
Odontólogo	10
Enfermero	10
Farmacéutico	2
Nutricionista	1
Psicólogo	1
Asistente social	3
Otros de nivel superior	
Total	100

Los datos presentados en el Cuadro 5, relativos a la distribución de los puestos de trabajo en los establecimientos de salud, según regiones geo-políticas, refuerzan la evidencia de concentración de los recursos humanos en salud en las regiones más desarrolladas.

Por otro lado, con esas evidencias, resulta difícil hablar de equipo de salud, en asistencia integral, más aún cuando existen en Brasil los empleos de médico que representan más de 70% de la demanda de empleo

de todos los profesionales de nivel superior en los establecimientos de salud; mientras tanto, los enfermeros componen 4,79% del total de empleos en dichos establecimientos, los farmacéuticos 0,9% y los odontólogos 4,27%.

Esas características del empleo reflejan con propiedad el modelo de asistencia a la salud en vigor en el país. En el caso de los empleos de enfermero, ya reducidos, 75% corresponden a puestos de trabajo en establecimientos de salud con internación, quedando la red básica y ambulatoria apenas con los restantes 25%. La distribución de los empleos en todos los establecimientos de salud en el país, por categorías de nivel superior, puede ser observada en el Cuadro 6.

Otro problema planteado por el análisis de la estructura de empleo en salud, en la perspectiva de la municipalización de los servicios, se refiere a la participación aún muy pequeña del vínculo municipal en el total de empleos de los establecimientos públicos de salud. Aunque se haya observado en el período 1981 a 1987 una expansión de los puestos de trabajo en los niveles estatal y municipal (este último con incremento de 121%) en comparación con el federal; en el último año investigado (1987), al sector público municipal correspondían menos de 20% del total de empleos en los establecimientos de salud. El proceso de municipalización, acelerado en los últimos años, ciertamente produjo una alteración significativa de ese cuadro. Datos actualizados, que deberán estar disponibles a principios de 1993, permitirán un conocimiento más real de dicha situación.

La administración de personal

En esa área, la situación se presenta igualmente compleja debido a la multiplicidad de regímenes jurídicos, de relaciones de trabajo, de criterios de remuneración y de jornadas, practicadas en las tres esferas de gobierno (federal, estatal y municipal). La municipalización de los servicios y la consecuente transferencia de profesionales de la gestión federal o estatal para la municipal explícita y agudiza esas contradicciones, en la medida en que llegan a convivir y a trabajar, en el mismo establecimiento y en las mismas actividades, profesionales con salarios, jornadas y regímenes jurídicos diferenciados.

Además, la ausencia de Planes de Carreras, Cargos y Salarios, la inexistencia de mecanismos de evaluación y de control del desempeño profesional, la diversidad de parámetros para la definición de cuadros de personal en las Unidades de Salud, se plantean como obstáculos y hacen del área de gestión de personal uno de los mayores desafíos a la implantación del SUS, en la perspectiva de la valorización del trabajador y de la adecuada atención a la población. Esas condiciones agudizan el corpora-

tivismo y la consecuente disminución del compromiso social, base fundamental de la nueva ética de la Reforma Sanitaria Brasileña.

LAS LINEAS PRIORITARIAS DE ACCION

En ejercicio de su atribución legal de gestor del SUS a nivel federal, el Ministerio de Salud, a través de la Coordinación General de Desarrollo de Recursos Humanos para el SUS, definió y está desarrollando, con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud, líneas prioritarias de acción para el área de recursos humanos, con el propósito de apoyar la organización de los servicios de salud y de mejorar la calidad de la asistencia, que son los principios y directrices del SUS. A continuación se enumeran tales líneas prioritarias:

Sistema de Información en Recursos Humanos para el SUS

Con el objetivo de prepararse para orientar la formación de recursos humanos para la salud, de dar seguimiento o interferir, con decisiones precisas, el proceso de oferta y demanda de profesionales para el sector, el Ministerio de Salud implantó el Sistema de Información en Recursos Humanos para la Salud, integrado de dos componentes básicos: banco de datos y estudios e investigaciones.

Banco de datos

Para la implantación del Banco de datos se realizaron contactos con diferentes fuentes/instituciones sobre:

- oferta y demanda de personal de salud (CENSO, PNAD/IBGE, Consejos Profesionales, Asociaciones Científicas y otras);
- empleo en los establecimientos de salud (AMS-IBGE);
- formación del personal de salud (MEC);
- legislación de personal;
- personal del Ministerio de Salud;
- capacidad instalada de los establecimientos de salud;
- variables para la construcción de indicadores y parámetros;
- características y situación de los trabajadores de salud en los diferentes sectores de la economía (RAIS/MTPAS).

A través de un Programa Gerenciador del Banco de datos, el Sistema dispone de archivos bastante completos para el Brasil y para las 27 unidades federadas (Estados) sobre:

- empleo en los establecimientos de salud;
- formación de nivel superior-graduación;
- oferta y distribución de los profesionales de salud.

El trabajo ahora desarrollado se orienta a la actualización y expansión de los archivos, con el propósito de incluir datos sobre:

- formación de nivel medio;
- formación en nivel de posgrado, tanto en sentido estricto (maestría y doctorado) como en sentido lato (especialización y perfeccionamiento);
- distribución de profesionales de salud en los diferentes sectores de la economía;
- aspectos de administración de recursos humanos, entre otros.

El sistema ha sido bastante solicitado por diferentes instituciones, por entidades de los profesionales de salud y por los propios órganos del Ministerio de Salud. El Consejo Nacional de Salud, órgano máximo deliberativo del Ministerio, lo ha usado en el cumplimiento de su atribución de juzgar la necesidad social de apertura, en el país, de nuevos cursos del área de la salud.

La divulgación del sistema ha sido hecha de varias formas, estando en fase de publicación un Boletín Informativo de Recursos Humanos para la Salud, de periodicidad trimestral.

Estudios e investigaciones

La fase actual del Sistema plantea la oportunidad y la necesidad de profundizar el conocimiento sobre recursos humanos en salud a través de estudios e investigaciones.

En este momento se lleva a cabo un estudio solicitado por el Ministerio a la Escuela Nacional de Salud Pública, sobre la formación en el país de especialistas en el área de medicina. Se procede, también, a profundizar el análisis de las condiciones de formación en nivel de graduación en los cursos del área de la salud en el país, entre los años 1985–1990. Al respecto está siendo desarrollado un trabajo con las entidades de enfermería y con la Universidad, para iniciar ese proceso. Como parte del componente de estudios e investigaciones, se realizará, a fines de agosto, promovido por el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud (Programa de Desarrollo de Recursos Humanos y Programa de Desarrollo de la Investigación) el Seminario “Investigación sobre Recursos Humanos para la Salud”, que tiene como propósito identificar la situación actual de la investigación en el área de recursos humanos en salud, los problemas relevantes para la investigación sobre el tema, y la definición de estrategias y acciones para su desarrollo.

Apoyo a la preparación de cuadros dirigentes de recursos humanos en salud

La inversión en la preparación de dirigentes de recursos humanos en salud es imperativa a partir del momento en que se propone sustituir el "amateurismo" y el "clientelismo", de cierto modo característico del área, por una actuación profesional que busque el reordenamiento de las prácticas de salud.

Otro requisito básico para la profesionalización del área se relaciona con el apoyo al fortalecimiento y la institucionalización de las estructuras en las Secretarías Estatales y Municipales, responsables por la planificación y por el seguimiento de recursos humanos en salud.

En ese sentido, la actuación del Ministerio de Salud se dirige prioritariamente:

- a la asesoría técnica a estados y municipios objetivando una programación integral del desarrollo de recursos humanos que contemple las necesidades, teniendo como base las demandas por la operación de la red de servicios;
- al apoyo a la preparación de dirigentes, abarcando los cursos de actualización en desarrollo de recursos humanos y los programas de educación continua.

Apoyo a la preparación de personal para la prestación directa de asistencia y de cuadros técnicos para dirección y coordinación de los servicios de salud

El nuevo modelo de asistencia a la salud y la consecuente organización de los servicios necesaria para su viabilización, nos refieren a cuestiones y a demandas relativas a la división técnica del trabajo y a la calificación de ese mismo trabajo.

De esa forma, el Ministerio de Salud invierte en el apoyo a los estados y municipios para el desarrollo de un programa de capacitación de recursos humanos, que contempla áreas y prácticas específicas, y que está orientado a apoyar la organización y la operación de los servicios de salud.

El conjunto de tales procesos tiene como requisitos básicos atender a las características de la clientela, garantizar la operación de la red, garantizar la calidad de la asistencia, valorizar el trabajador de salud, y finalmente, garantizar la integración enseñanza-servicio, teniendo al trabajo como eje central de aprendizaje.

Integran esa línea de acción los procesos que se describen a continuación.

Profesionalización de los trabajadores de nivel medio

El gran contingente de trabajadores sin calificación específica empleado en los servicios de salud exigía la utilización de metodología y operacionalización específicas dadas sus peculiaridades y las exigencias del sistema regular de enseñanza y del funcionamiento de los servicios de salud.

Como características de la clientela resaltan, entre otras, el hecho de tratarse de personas adultas, ya empleadas, dispersas geográfica e institucionalmente, en su mayoría sin el grado de escolaridad exigido por las instituciones de enseñanza existentes. Estas, además de la reducida oferta de vacantes, se sitúan, en gran parte, en los centros urbanos, exigen ocho años de escolaridad y la presencia del alumno en sala de aula por un año ó más. Consecuentemente, están direccionadas para una clientela que busca formación como requisito de entrada en el mercado de trabajo. Tales condiciones, aliadas a la imposibilidad de suspensión, incluso parcial, del funcionamiento de los servicios, llevó a proponer alternativas para la profesionalización de esos trabajadores, que atiendan a las peculiaridades ya mencionadas.

La concepción de un nuevo tipo de escuela y el desarrollo de una metodología apropiada, fueron resultado del trabajo desarrollado por el Equipo Técnico del Acuerdo de Recursos Humanos (Ministerio de la Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de la Providencia-Seguro-Social y de Asistencia Social) a inicios de la década de los 80. Son características de ese modelo de escuela el hecho de que la ejecución curricular se descentraliza a las unidades de producción de los servicios de salud; que ofrecen todas las habilitaciones profesionales necesarias para la operacionalización de la red de servicios; que utilizan metodologías que viabilizan la integración educación-servicio; que contemplan la especificidad de cada habilitación, vía participación del profesional de nivel superior respectivo en la organización y mantenimiento de los servicios, concomitantemente con la planificación y la ejecución curricular descentralizada, y finalmente, que *desvinculan el proceso de calificación para el trabajo de la educación formal como pre-requisito*.

Existen hoy en funcionamiento en el país 17 Escuelas de Formación Técnica en Salud y 8 en proceso de legalización por el sistema educacional. Esas escuelas están vinculadas a las Secretarías Estatales y Municipales de Salud. La metodología utilizada releva *la integración enseñanza-servicio*, a través de la garantía de espacios para la reflexión, posibilita el desarrollo intelectual (práctica —reflexión— práctica modificada); a partir de la reflexión de las experiencias, apoyada por nuevas informaciones, el alumno reelabora el conocimiento y, consecuentemente, modifica su práctica; valoriza *el “cómo las personas aprenden”* en lugar de “cómo se enseña”; el individuo es sujeto del proceso de aprendizaje; privilegia *el*

proceso de aprendizaje centrado en el trabajo: a medida que el alumno aprende, al mismo tiempo organiza el servicio; evalúa *el proceso a través del desempeño*: en lugar del alumno decir “cómo hace”, él **hace y explica porqué lo hace**; y considera el *ritmo individual de aprendizaje*.

Tal proceso de profesionalización se desarrolla con la participación de las respectivas entidades de clase.

Apoyo al desarrollo de programas de educación continua para profesionales que actúan en la prestación directa de asistencia a la población

Estos procesos de capacitación, así como el anterior, se dirigen a la revisión de la práctica profesional para atender a los principios de integralidad y resolubilidad de la asistencia; a la organización de los servicios de salud; a la preparación del profesional para actuar como instructor/supervisor en la profesionalización del personal de nivel medio; y a la integración enseñanza-servicio que es privilegiada en la medida en que el proceso toma como eje pedagógico el trabajo.

Se encuentran en curso, en los diversos estados y municipios del país, Programas de Educación Continua para Enfermeros y para Odontólogos, los cuales ya disponen de material didáctico específico. Para las demás categorías profesionales del área de la salud, como por ejemplo la de los médicos, existen ya en curso iniciativas bien desarrolladas.

Apoyo a la preparación de personal en áreas críticas para la conducción/coordinación del SUS en sus diversos niveles

Las áreas identificadas como prioritarias, definidas por las realidades locales son, entre otras:

- gerencia de hospitales, de unidades ambulatorias y de sistemas de salud;
- planificación en salud;
- epidemiología;
- vigilancia sanitaria;
- información en salud;
- programación, ejecución y control presupuestario;
- gerencias administrativas intermedias (material, personal, etc.).

La preparación de personal para esas funciones es apoyada por el Ministerio de Salud (Coordinación General de Desarrollo de Recursos Humanos y Coordinación General de Organización de la Red Asistencial),

cuyo objetivo es el proceso de organización de los servicios y de los sistemas de salud.

Como ejemplo de iniciativa en este sentido, se cita el Curso sobre Gerencia en Unidades Básicas de Salud del Sistema Local de Salud, con estructura modular y cuya metodología posibilita al dirigente el análisis de la situación epidemiológica de la región y de las condiciones de funcionamiento de la unidad de salud bajo su responsabilidad, entre otros aspectos que le permiten un diagnóstico y una intervención sobre su realidad.

El programa del curso prevé el desarrollo de tres unidades didácticas, a ser cursadas por el alumno en su propia unidad de salud:

- *Evaluación.* Conocimiento de los problemas de la población y del funcionamiento y articulación de la Unidad de Salud para atenderlos;
- *Elaboración de propuesta.* Elaboración de propuesta para reorganizar los servicios de la unidad, con el objetivo de atender a las necesidades de la población;
- *Implantación de la propuesta elaborada.* Ejecución y construcción de indicadores de seguimiento y evaluación de la situación de salud local y del funcionamiento de la unidad.

Esa propuesta de curso, actualmente en fase de prueba, exige para su desarrollo que el gerente trabaje en la unidad de servicio en tiempo integral y que la función de gerente sea valorizada y reconocida por la institución.

Apoyo a la elaboración e implantación de Planes de Cargos, Carreras y Salarios (PCCS) para los servicios del SUS de los niveles federal, estatal y municipal

La elaboración y la implantación de PCCS para los trabajadores, se constituye en providencia fundamental para la superación de los problemas detectados en el área de gestión de personal, para la institucionalización y validación de las actividades de preparación de recursos humanos y para la valorización profesional de los trabajadores de salud. Señalemos que varios procesos reivindicadores de los trabajadores, así como distintas normas legales (Ley 8.142) han sido factores contribuyentes y han orientado iniciativas de los niveles federal, estatal y municipal del SUS).

Para que puedan contribuir a la implantación del SUS, los PCCS deben prever instrumentos de desarrollo, de progresión funcional, así como la definición de mecanismos claros de evaluación y de control del desempeño de la fuerza de trabajo en salud, medidos estos últimos, fundamentalmente, por los intereses de los usuarios.

CONCLUSION

En este momento, en el Brasil, todo el sector salud se empeña en la concreción de los cambios indispensables para la garantía de la "Salud como derecho de todos y deber del Estado". *La construcción de ese derecho implica amplias y profundas transformaciones, incluyendo la cualificación, considerada en todos sus aspectos, en toda su amplitud.*

La asistencia a la salud basada en los principios de integralidad, universalidad, equidad y resolución impone la revisión de las estructuras vigentes, de los modelos funcionales de las prácticas, de perfil, de la actuación y de la inserción de los profesionales de salud. Esos requisitos pasan por una política de recursos humanos que asegure la cualificación y la valorización de los trabajadores de la salud, agentes de ese proceso de mudanza.

Así, la nueva política de recursos humanos pasa por la ecuación de por lo menos tres cuestiones fundamentales: la preparación, el empleo y el salario de los trabajadores y su compromiso con la población usuaria. Ellas son interdependientes y, consecuentemente, las directrices de esa política deben considerarlas en la perspectiva de dirigir transformaciones en la práctica de asistencia a la salud, frente a las demandas impuestas para el avance de la Reforma Sanitaria Brasileña.

Los obstáculos, no obstante, son múltiples y complejos. Los esfuerzos y los movimientos para superarlos se desarrollan en escenarios concretos, conformados por la dinámica social.

La conducción de ese proceso de transformación, de esa forma, no puede ser lineal, mecánica o estática, como también no lo son sus resultados. Su conducción es obligatoriamente estratégica; hay que articular, hay que identificar aliados, caracterizarlos, localizarlos en el tiempo y en el espacio en que realmente lo son.

Finalmente, a la alianza de los trabajadores (preparados, valorizados, ciudadanos, movidos por el compromiso social) con los usuarios en el ejercicio de su legítimo derecho de control social de los servicios de salud, está reservado un papel privilegiado en la reversión del cuadro actual de asistencia en salud y en la implantación del Sistema Único de Salud.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Geral. **Educação Médica Continua: Proposições Preliminares**, Brasília, 1989.

Brasil, Ministério da Saúde, Assessoria de Comunicação Social. **Lei Orgânica da Saúde**, 2ª ed. Brasília, 1991.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Geral. **A Educação Continuada de Enfermeiros no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 1990.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Geral. **Sistema Único de Saúde: Diretrizes**

para Formulação de Política de Recursos Humanos. Brasília, 1989.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Recursos Humanos. **Recursos humanos para serviços básicos de saúde: formação de pessoal de níveis médio e elementar pelas instituições de saúde**, 2ª ed. Brasília, 1985.

Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Secretário Executivo—**Plano de Ação da Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS.** Brasília, 1992.

Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Secretário Executivo—**Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Preparar-se para atuar.**

Brasília, 1991 (documento mimeografiado).

Girardi, S.N. **La fuerza de trabajo en el sector salud: elementos teóricos y evidencias empíricas.** *Educ Med Salud* 25(1):37-47, 1991.

_____. **A estrutura ocupacional da Saúde no Brasil** (documento mimeografiado).

Nogueira, R.P. **Emprego em Saúde por natureza jurídico-administrativa dos estabelecimentos, 1981-1987.** *RH SUS Boletim Informativo* 1(1):7-8, 1992.

Schraiber, L.B. **Os desafios teóricos na saúde: reflexões acerca de modelos assistenciais** (documento mimeografiado).

PARTICIPACION Y COGESTION DE LA SALUD¹

*Gustavo I. de Roux*²

LA PARTICIPACION Y SUS SIGNIFICADOS

La participación comunitaria tiene características mágicas: es materia vieja y novedosa, pretérita y presente. Alucinante es cómo, desde hace varias décadas, se viene insistiendo dentro de las más variadas realidades acerca de la importancia y necesidad de impulsar la presencia ciudadana —especialmente de ciudadanos pobres— en programas y proyectos de desarrollo social.

La participación comunitaria se convirtió en paradigma del desarrollo comunitario y en estrategia para lograr el bienestar, durante los lustros de afianzamiento colonial que siguieron a la primera posguerra; se mantuvo como retórica y como práctica hasta la reciente caída de los símbolos marxistas; ha estado presente en todos los planes de desarrollo y fue canonizada en declaraciones mundiales, como la de Alma Ata; cruzó la década esperanzada del “Desarrollo” entre la sufrida realidad del subdesarrollo; estuvo vigente en las dictaduras militares y en todas las democracias formales; ha sido reivindicada por adalides de la apertura económica, defensores del Estado Benefactor, y por paladines del socialismo; se la ha reclamado como necesaria para consolidar la paz y para desterrar la violencia; se ha pregonado su urgencia en períodos de bonanza y durante episodios de penuria. En todos los casos, tiempos y lugares, la “participación comunitaria” ha sido considerada, desde que empezó a hablarse de subdesarrollo, como un medio incuestionable para perseguir el ideal de la modernidad.

La “atracción” de la participación comunitaria en todas las tendencias ideológicas y políticas encuentra sus cimientos en muchas razones.

¹ Presentado al Seminario Nacional de Atención Primaria y Promoción de la Salud, Pereira, septiembre 4-6 de 1991.

² Ex-Ministro de Salud Pública de Colombia.

Todas ellas válidas, dentro de la racionalidad particular que las sustenta y según la intencionalidad singular que las anime. Hay argumentos de carácter económico, emanados de instituciones estatales principalmente, que consideran la participación de los pobres en los programas de inversión como elemento indispensable para reducir costos y multiplicar los beneficios del empleo de recursos escasos. Pero también los argumentos económicos surgen de la misma dinámica del rebusque y la sobrevivencia. Los pobres, en muchos casos, han tenido y tienen que solventar sus problemas cotidianos inventándose formas para supervivir, y sin mayor concurso de las instituciones privadas o públicas. Muchos procesos —de autoconstrucción, economía solidaria, educación— han surgido espontáneamente como iniciativa de la gente para solucionar problemas urgentes del diario vivir. En el campo de la salud, por ejemplo, se dan figuras de autocuidado, cuidado familiar y atención comunitaria desde la medicina no convencional, que con frecuencia constituyen formas concretas de participación surgidas como respuesta indeliberada y silvestre de la gente común y corriente a sus problemas concretos. La inventiva y la creatividad populares, y las soluciones por ellas generadas, han llevado a considerar también que es mejor contar con el concurso de los pobres en programas de iniciativa pública o privada, para hacerlos más eficientes y efectivos. Además porque, como algunos lo han señalado, la gente aprecia, utiliza, o cuida mejor, aquellos resultados de acciones en cuya ejecución ha intervenido.

La participación comunitaria ha tenido también justificaciones éticas asentadas sobre principios que rechazan la cosificación de la población y reivindican su potenciación como sujetos históricos en la construcción de sus futuros. Principios que impugnan la manipulación y reivindican la intervención ciudadana en la definición de prioridades, en la búsqueda de opciones y la toma de decisiones; principios que declaran la participación como finalidad, como derecho, como prerrogativa; principios que afincan la participación en el desarrollo de la conciencia y que proclaman la exaltación del propio valer y la dignificación humana; principios que recusan la alienación y la enajenación al ligar participación con discernimiento y raciocinio. Son precisamente esos principios los que —desde lo político— equiparan participación con democracia, puesto que el ejercicio de esta presupone una práctica de participación, consciente y libre, en las decisiones fundamentales de la sociedad.

El enaltecimiento de la participación en los programas de desarrollo, y su trasegar como práctica por varias décadas, encuentra entonces su lógica en razones de distinto tenor, todas útiles para lograr propósitos particulares; la encuentra en el hecho de que participación puede querer decir cualquier cosa, todo y nada a la vez; en la circunstancia de que puede entenderse de mil maneras y desempeñarse de tantas otras. Encuentra justificación en la contingencia de un término ambiguo de exégesis variada

que, como los vocablos justicia, libertad y democracia, dan lugar a interpretaciones heterogéneas y a lecturas diversas según los intereses y la causalidad del pensamiento que las inspire. En salud, por ejemplo, desde la década de los años 70, la mayoría de los ministerios de salud de los países latinoamericanos incorporaron el componente de “participación comunitaria” si no en la planificación, por lo menos en la ejecución de algunas acciones. La participación comunitaria llegó a convertirse en panacea, en mecanismo indispensable para expandir cobertura de servicios a bajo costo y para resolver los problemas sanitarios más urgentes de las poblaciones de bajos ingresos. Pero al mismo tiempo, se mantuvo como un surtido de significaciones misceláneas, susceptible de llevarse a la práctica de distintas maneras. Cualquier acción de salud que supiera el concurso —así fuese coyuntural, episódico y limitado— de algunas pocas personas de la comunidad, era considerado —no sin razones— como una experiencia con “participación comunitaria”.

Por eso precisamente es importante que las instituciones que animan procesos participativos, efectúen mayores esfuerzos conceptuales por clarificar qué, en concreto, entienden por participación comunitaria, y adecúen sus metodologías en procura de correspondencia entre el diseño y el quehacer, entre la teoría y la práctica. En una investigación sobre participación social en sistemas locales de salud de algunos países latinoamericanos seleccionados, se encontró que los discursos teóricos sobre participación, vertidos en políticas nacionales, no se compadecían con los procedimientos utilizados para excitarla y que, a pesar de estar contruidos sobre axiomas coherentes con la concertación y con la intervención de la población en decisiones importantes, ya sobre el terreno, la participación se confundía con colaboración de la comunidad para con los servicios de salud en acciones decididas desde arriba, o con simple utilización de los mismos (de Roux, 1989).

PARTICIPACION: TUTELAJE O AUTONOMIA

En el debate sobre participación comunitaria suele aparecer un elemento que constituye una de sus claves: las relaciones de poder entre el Estado y la sociedad civil, entre las instituciones y la población, entre prestatarios y usuarios de servicios. Los enfoques de participación se desplazan, por ejemplo, sobre el eje dominación-autonomía, o lo que es parecido, entre la negación de la capacidad resolutoria de la población, y su afirmación. Promover la participación, en este sentido, significa estimular el desarrollo de competencia decisoria en la comunidad.

Durante la primera posguerra, y en el contexto del dominio ultramarino de los países europeos sobre naciones africanas y asiáticas principalmente, empezó a acrisolarse el concepto de “desarrollo comuni-

tario” que reivindicaba la comparecencia y concurso de la población local, en acciones planificadas y orquestadas por las instituciones coloniales. Sería evidentemente equivocado atribuirle una intención perversa, dirigida únicamente a perpetuar la denominación, a programas de “community development” que pretendían constituir el basamento para la construcción de bienestar de la población nativa en el marco —eso sí— de transferencia indiscriminada de sus recursos vernáculos a los centros metropolitanos. La participación comunitaria en el desarrollo fue parida por estructuras autoritarias, como un medio para mejorar la bienandanza de poblaciones enmudecidas y despojadas de capacidad para disponer sobre sus destinos, y siempre y cuando el progreso material alcanzable no disparase interrogantes a las formas impuestas para reproducir el poder.

Vista desde la óptica de relaciones de poder, la participación comunitaria puede verse —entre otras formas— como colaboración, cogestión, autogestión y negociación.

1) La participación entendida como colaboración de los usuarios con los programas institucionales suele ser patrocinada o tutelada y comúnmente no se preocupa por fortalecer la posición de la población frente a la oferta de servicios, por desarrollar capacidad crítica, autodeterminación, conciencia sobre derechos, ni sobre el sentido que tiene la cooperación en acciones decididas, programadas y coordinadas desde las instituciones. Es obvio que “este tipo de colaboración puede tener efectos positivos, pero cuando excluye a la población de la discusión de las razones que sustentan las acciones y de la posibilidad de intervenir en el diseño y selección de las opciones, constituye una forma de manipulación” (de Roux *et al.*, 1990.37).

La participación tutelada juega fundamentalmente un papel instrumental cuando convierte a la población en artefacto para agilizar acciones institucionales. La transformación de los sujetos en utensilios del quehacer de las instituciones, y la normatización y funcionalización de la participación, implican renuncia —aunque la comunidad se beneficie materialmente— a la edificación de relaciones simétricas que humanicen y enriquezcan a los sujetos-objetos de sus propios programas. Además la participación instrumental, como producto del muñequero, tiende a volverse infecunda y a desdibujarse en el tiempo si no cuenta con el continuo empuje de la institución que la promueve.

2) La participación entendida como cogestión significa un avance hacia la participación autónoma. El distanciamiento del Estado de sus ciudadanos, el debilitamiento de su legitimidad, su incapacidad para resolver los problemas más urgentes, y las presiones sociales por la ampliación de la democracia, han llevado en los últimos años a ensanchar los espacios de participación ciudadana, consagrada ahora como un derecho constitucional y como una obligación del Estado. En el sentido más estricto, la cogestión

significa intervención en decisiones; supone descentralización, democratización del poder y de los mecanismos de acceder a él.

Aquí se plantea como hipótesis que la participación de la comunidad como cogestora de los sistemas de atención médica, o de los servicios institucionales de salud, encuentra barreras que la mantienen circunscrita al ámbito de la utopía. En primer lugar, porque los sistemas médicos basan sus prácticas en fenomenologías incontestables de la salud y la enfermedad, y en conocimientos incuestionables. Los saberes de las medicinas alópata, alternativa, popular y folklórica, se inspiran en epistemologías diferentes y poseen lógicas, códigos y procedimientos que se desconocen o excluyen mutuamente. Además, al interior de los servicios institucionales de salud se encuentra armonía entre conocimiento científico, tecnología médica, administración de esos conocimientos y técnicas, y gerencia de los servicios. Esto hace que los servicios constituyan complejos integrados, ariscos a ingerencias externas, por considerar que otros saberes y prácticas tienen poco que aportarles. Por ser los sistemas médicos sistemas de especialistas, tienden a ser autosuficientes, y conceptúan a sus agentes como los idóneos para explicar científicamente la enfermedad y para tratarla debidamente.

Dentro de ese contexto es poco probable que los servicios de salud cedan a la población, y a sus organizaciones representativas, el suficiente poder resolutivo como para transformarlas en cogestoras, con participación plena en la toma de decisiones fundamentales. Quizás permitan acceso a decisiones menores: priorización de algunas acciones, determinación de horarios y de fechas para inmunizar; tal vez dejen espacio para la animación de relaciones más amables y acojan insinuaciones sobre formas que contribuyan a mejorar la eficiencia de los servicios. Pero, para convertir a la comunidad en cogestora efectiva, tendrían que otorgarle acceso a todas las decisiones, incluyendo aquellas no médicas pero sensibles y espinosas que tienen que ver con destinación y manejo de recursos físicos, financieros y humanos. Por eso, la participación de la comunidad en la organización y gestión de la oferta de servicios suele ser vista, por las instituciones prestadoras de los mismos, no solo como innecesaria sino inclusive como contraproducente.

Este panorama se ve acentuado por la verticalidad y jerarquización de los servicios de salud, donde las decisiones ruedan desde la cúpula hacia abajo. Su estructura piramidal, conformada sobre la especialización del saber, y la ausencia de una cultura institucional participativa, dificultan inclusive que el personal de salud que realiza funciones de escasa complejidad, sea integrado a la toma de decisiones importantes. La centralización excesiva de los servicios constituye otro obstáculo adicional para la intervención de la población en la esfera de la programación. Finalmente, como se señala en una investigación patrocinada por la Organización Paname-

ricana de la Salud (OPS, 1984), cuando las actitudes del personal de salud desconocen el derecho de la gente a preguntar, opinar y cuestionar, y se acompañan de trato irrespetuoso, vuelven repelentes los servicios de salud, y los distancian de la población debilitando cualquier posibilidad de participación. Las experiencias habidas en América Latina muestran que los servicios de salud son poco inclinados a permitir participación comunitaria que vaya más allá de la cooperación con ellos (Ugalde, 1981). Dentro de las condiciones anotadas es difícil, por no decir imposible, que la participación de la población en el quehacer institucional rebase la colaboración con los servicios. En estos, está ya preestablecido un proceso de toma de decisiones que se apoya en el conocimiento manejado y se refuerza con la responsabilidad asignada por el Estado a las instituciones de salud en la solución de los problemas sanitarios.

3) La autogestión constituye una forma más independiente de participación y puede surgir de procesos inicialmente tutelados que avanzan hacia la autonomía, bien porque la institución patrocinadora la promueve, o porque la organización tutelada empieza en algún momento a forcejar por su manumisión; o puede brotar directamente desde la base social, como iniciativa animada por el principio de autodeterminación.

En salud es frecuente que las experiencias de autogestión surjan en grupos comunitarios, alentadas por organizaciones no gubernamentales o por iniciativa de los grupos mismos, para dar respuesta a problemas concretos, especialmente frente a la ausencia de soluciones privadas o públicas. Estas experiencias tienden a ser limitadas habidos los costos de los programas y, por lo difícil de sustentarse en el tiempo con recursos comunitarios, suelen buscar apoyo estatal para asegurar su sostén. Si la negociación por recursos con las instituciones estatales se realiza sacrificando autonomía por sostenimiento, el ejercicio de autogestión se debilita y el sentido de pertenencia se pierde. En la medida que, "quien tiene la plata manda" o por lo menos toma las decisiones importantes, esos grupos —al empezar a depender económicamente— ven desdibujada su influencia en la marcha y dirección de programas inicialmente suyos. A menos que exista conciencia bien desarrollada sobre la importancia de la autodeterminación, de mantener el dominio sobre el programa, y la defensa de autonomía para tomar decisiones fundamentales; a menos que los grupos estén en capacidad de acordar decisiones de financiamiento sin tener que enajenar su autoridad, las experiencias de autogestión se diluyen como tales por el efecto corrosivo de las condiciones que —a veces— impone la financiación.

4) La participación entendida como negociación se mueve dentro de una lógica diferente. En su forma más externa considera que las organizaciones comunitarias no deben ser copartícipes de la oferta de servicios, como sucede con las otras modalidades mencionadas. En este enfoque se descarga en el Estado y sus instituciones la responsabilidad del

desarrollo social, al estimar que es obligación de este, el prestar servicios a toda la población con eficiencia y calidad. En el caso de la salud, el autocuidado y los hábitos saludables podrían estar a cargo de la población, pero el Estado estaría compelido a ofrecer atención, con categoría, a todos los ciudadanos.

Al situarse del lado de la demanda, la participación se condensa en concertación sobre las circunstancias de cobertura y calidad de la oferta, y sobre su control. Los paros cívicos, de tan común ocurrencia en el país, constituyen ejemplos de movilización y negociación con el Estado sobre oferta de servicios; son ejemplos de toma de posición de la sociedad civil frente al papel del Estado en procura de convenir conjuntamente las condiciones y mecanismos para acceder al bienestar. Las protestas cívicas contra servicios deficientes, acompañadas de prácticas de concertación y establecimiento de fiscalías ciudadanas, contralorías sociales, o veedurías populares, constituyen también modalidades de intervención en las que, sin meter baza en la operacionalización de la oferta de servicios, se participa —desde la demanda— en el control de su eficiencia. La perpetuación de este tipo de participación requiere, por parte de las organizaciones ciudadanas, conciencia sobre sus derechos y disposición para defenderlos cuando se ven afectados. El fortalecimiento de la sociedad civil es pues, una condición necesaria para que este tipo de participación se exprese.

Los enfoques de participación presentados aquí taxonómicamente, por propósitos expositivos, no se dan en la realidad en forma depurada ni se excluyen mutuamente. Una organización comunitaria podría, por ejemplo, manejar una botica en forma autogestionaria, colaborar a la vez con el puesto de salud, intervenir en movilizaciones sociales por servicios públicos, enviar representantes a un escenario de concertación y tener asiento en un comité de veeduría. Tampoco tienen una connotación maniquea o moral, de bueno o malo. Hay que verlos en la perspectiva de eficacia con respecto a objetivos de salud y en la óptica de su contribución a la formación de ciudadanos con criterio, afirmación, conciencia y capacidad para decidir y actuar con responsabilidad.

LA PARTICIPACION SOCIAL EN LA COGESTION DE LA SALUD

Entender la salud en términos de bienestar implica reconocer su dependencia de condicionamientos sociales, económicos, culturales y políticos. Por eso, para perseguir ideales de salud tienen que construirse dispositivos que permitan abordar sus limitantes, animar una cultura de la salud, y trazar caminos que conduzcan a los individuos de una sociedad a llevar una vida sana en un ambiente sano (MINSALUD, 1990). Esa construcción, por su complejidad y multiplicidad, tiene necesariamente que ser una empresa de todos. Como lo señaló el Ministro de Salud en su informe

al Presidente de la República (González, 1991), las acciones de protección y fomento, atención y rehabilitación “solo pueden realizarse como parte de un gran compromiso en el cual participen, planifiquen, aporten, orienten, intervengan en la asignación de recursos y ejecuten, todos los actores sociales desde la base misma de la sociedad”.

El cambio del escenario de la enfermedad sobre el cual operan prioritariamente los sistemas de atención médica, por el escenario de la salud, empeña no solamente a los servicios curativos sino a todas las fuerzas sociales e institucionales en la búsqueda de bienestar. Es en ese sentido que puede hablarse de participación social. Si las Ciudades Saludables y los Sistemas Locales de Salud tienen como objetivo fundamental el desarrollo de la salud, que supone ir más allá de la atención óptima de la enfermedad y enfrentar también la plurivariedad de situaciones que la originan, el sector salud tiene que buscar necesariamente aliados para lograrlo. Para potenciar esa interacción y maximizar sus efectos, adquiere importancia la cogestión de la salud.

Se planteaba como hipótesis que la cogestión de los sistemas de atención médica encuentra obstáculos muy difíciles de salvar, habidas sus características intrínsecas. Sin embargo, en los Sistemas Locales de Salud y en las Ciudades Saludables, constituye una estrategia no solamente útil sino necesaria. Estos, por ser escenarios de examen colectivo y de impulso mancomunado de la salud, requieren del concurso y articulación de esfuerzos de los diferentes actores sectoriales y comunitarios presentes en su área de influencia.

Para atizar el desarrollo de la salud es necesario afrontar dos tipos de problemas: centrados en la enfermedad, y relacionados con sus determinantes. Esto hace que el análisis participativo de la problemática de salud a nivel local contemple prioridades de la población que no se corresponden necesariamente con aquellas definidas desde los servicios. Promover la salud incluye obviamente a las instituciones de salud, pero la promoción no es un servicio médico. Por estas razones, no competen únicamente a las instituciones sanitarias y también son de incumbencia de las organizaciones existentes, de la administración municipal, y de los diferentes sectores del bienestar. La cogestión de la salud implica intervención de todos ellos en el diagnóstico de la situación, la elaboración de propuestas, la asignación de prioridades, la concertación de responsabilidades y el auditaje de su cumplimiento, desde las particularidades de cada uno y sin que ninguno tenga que enajenar su autonomía. La gestión de la salud constituye así un procedimiento para convenir las mejores formas para desarrollar la salud y acordar una división del trabajo racional para llevarlas a la práctica.

Hay que tener en cuenta que la cogestión de salud, por ser un proceso conducido por diversidad de actores, portadores de variados in-

tereses, enfoques, percepciones y expectativas, refleja el conflicto y la asimetría derivada de la estructura de poder local. Cualificar la participación de la comunidad en ese proceso significa fortalecer su autodeterminación y capacidad para intervenir en él con propuestas propias, deliberar, y pactar soluciones que contribuyan a su bienestar.

EL ESTIMULO A LA PARTICIPACION PARA LA COGESTION DE LA SALUD

Las características diversas y variadas de cada contexto socio-cultural, con sus estructuras particulares de poder y sus singularidades políticas, hace que no tenga sentido prescribir recetas o fórmulas para estimular la participación social. Sin embargo, considerando la peculiaridad de la cogestión de la salud, que exige intervención y movilización de todas las fuerzas presentes en el nivel local para acordar procedimientos y compromisos en la perspectiva de animar el desarrollo de la salud, se pueden señalar algunos aspectos mínimos que —entre muchos otros— deben tenerse en cuenta para tal propósito.

Antes que todo es importante considerar que la participación de la comunidad, en cualquier escenario de deliberación y planificación local, no tiene sentido si las organizaciones que la representan no acarrean posiciones propias, razones válidas, argumentos sustentados, y motivos claros. Menos aún si quienes encarnan la presencia comunitaria en esos lugares de encuentro y de diálogo colectivo sobre la salud, son líderes con poca o ninguna relación con sus bases sociales o que agencian iniciativas y propuestas inconsultas a nombre de la comunidad. En otras palabras, la cogestión de la salud no es posible en ausencia de comunidad. Y comunidad quiere decir existencia de organizaciones autónomas con objetivos diversos, de orígenes variados, a través de las cuales los ciudadanos pueden expresarse, y que sirvan de canales para perseguir fines concretos.

Crear comunidad es incentivar el surgimiento de procesos organizativos independientes, y fortalecer los existentes. Aquí se plantea —también como hipótesis— que para crear comunidad hay que actuar mínimamente sobre tres ejes:

1) Las instituciones

Es de común ocurrencia que las instituciones de salud, y de otros sectores, frenen las posibilidades de organización autónoma mientras pretenden promoverla. En primer lugar, es importante sensibilizarlas para que practiquen lo que predicán y superen, cuando sea pertinente, síndromes que entran la participación. Se anotaba ya que la estructura piramidal de los servicios de salud encapsula en la cúpula la toma de decisiones, con

poca o ninguna ingerencia de los funcionarios que realizan labores de apoyo o de baja complejidad. Por otro lado se señalaba también que las actitudes del personal institucional pueden volver repelentes a los mismos servicios y agriar sus relaciones con la comunidad. Para contribuir a solucionar estas situaciones se podría impulsar, entre otros:

- La constitución de “círculos de calidad”, o equipos de reflexión al interior de las instituciones, ya ensayados en algunos lugares. Estos pueden hacer un aporte importante para democratizar la toma de decisiones, incentivar la participación interna en el análisis del quehacer institucional, en su programación y evaluación. Además, si la reflexión se acompaña con guías que permitan develar los factores que entaban la relación con la comunidad, pueden diseñarse, en los círculos, propuestas que contribuyan a mejorarla.
- La transparencia institucional. Existe una relación unívoca entre información y participación. Es de común ocurrencia que la información que las instituciones ofrecen a la gente sean instrucciones, más que otra cosa. En términos de transparencia sería importante que:
 - a) se coloquen en los sitios de consulta los derechos de los pacientes: a trato respetuoso, a preguntar, a que se consulte su opinión, a escoger el médico. Este hecho dotaría a los usuarios de razones para exigir una relación más humana;
 - b) se informe, en todos los lugares de atención, sobre el personal con que se cuenta, las funciones y horarios de cada uno, los recursos de que dispone la institución y los servicios que presta;
 - c) se diseñen mecanismos para recoger las quejas y para incorporar las reclamaciones al mejoramiento de los servicios.
- La identificación de todos los grupos comunitarios existentes y concertación con ellos, desde la autonomía de cada uno, de las formas para contribuir al desarrollo de la salud. En la misma perspectiva, las instituciones de salud deben revisar la calidad de su relación con los grupos o comités de salud y con los voluntarios, en términos del tutelaje que ejercen sobre ellos y en la perspectiva de avanzar hacia la construcción de relaciones más horizontales.

2) La comunidad

Quando se piensa en estrategias para promover la participación de la comunidad suele apelarse, no sin razón, a la capacitación como instrumento de organización. Las bondades de la capacitación no se discuten, cuando se realiza con una pedagogía que promueva el diálogo y desate la palabra, anime la reflexión, libere el pensamiento de la gente y desarrolle

sus capacidades y criterios: la solidaridad, la creatividad, la competencia para analizar problemas y buscar soluciones. No hay que olvidar que la educación, según como se la agencie, puede tener efectos divergentes: hacer crecer o tarar. Pero aun en el mejor de los casos la sola capacitación no es suficiente para crear comunidad.

Para crear comunidad hay que apoyar las opciones que surgen de la gente. Apoyarlas con asesoría para convertirlas en propuestas, y con recursos financieros para transformarlas en proyectos concretos. Muchas experiencias han demostrado que en la inventiva, la creatividad y la recursividad de la gente existen claves para impulsar procesos participativos y que, sin sacralizar la sabiduría popular pero buscando en ella códigos útiles, se construyen los mejores proyectos. La participación no puede animarse únicamente a punta de discursos. Es necesario darle oportunidades a la gente, financiando sus iniciativas. Es viable pensar que aquellos grupos cuyas iniciativas son apoyadas, estarían en mejor disposición para vincularse al proceso de desarrollo de la salud.

3) Los lugares de encuentro

La co-gestión de salud exige, por razones obvias, la existencia de lugares de encuentro para la deliberación, la concertación de propuestas, la asignación de compromisos; exige formas de relación, de coordinación, de integración; exige capacidad para deliberar, dialogar, acordar. La co-gestión de la salud, por cuanto implica concertación permanente, es un proceso difícil que expresa el conflicto y que tiene que construirse en la participación misma. Talleres sobre planeación local participativa, reflexiones sobre la marcha del proceso, ejercicios sectoriales y de integración, constituirían algunas formas para cualificar ese proceso.

BIBLIOGRAFIA

- De Roux, G. La participación social en los sistemas locales de salud: Análisis de Estudios de Caso. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1989. Documento mimeografiado.
- De Roux, G., Pedersen, D., Pons, P. y Pracilio, H. Participación social y sistemas locales de salud. En Paganini, J.M. y R. Capote, editores: *Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos, Métodos, Experiencias*. OPS, Washington, D.C.: Publicación Científica 519, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1990, pp. 28-49.
- González, C. **Colombia Sana. Informe al Presidente de la República.** 1990-1991. Bogotá, MINSALUD, 1991.
- Ministerio de Salud. *Salud y Democracia*. Bogotá, 1990.
- Organización Panamericana de la Salud. **Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo de las Américas.** Publicación Científica 413. Washington, D.C., 1984.
- Ugalde, A. Ideological dimensions of community participation in Latin American health programs. VII International Conference on Social Science and Medicine. Leewenhorst, Holanda, 1981.

PROPOSICION DE UN MODELO PARA EL ESTUDIO Y DESARROLLO DE LA ACCION INTERSECTORIAL EN SALUD

*Julio Suárez*¹

INTRODUCCION

El hecho hoy universalmente aceptado de que la salud es un fenómeno integral determinado fundamentalmente por las condiciones en que viven las personas, familias y comunidades, y que estas condiciones de vida están a su vez determinadas por complejos factores socioeconómicos interactuantes (1, 2, 3), ha llevado al reconocimiento de que para lograr mejores niveles de salud en la población es necesario tener en cuenta la acción de múltiples sectores sociales y no solamente del comúnmente llamado sector salud, que es en esencia el sistema de los servicios de salud (4, 5).

En la búsqueda de respuestas eficaces y eficientes para enfrentar los graves problemas vinculados con la salud de la población en tiempos de recursos escasos y desigualdades sociales que parecen tender a profundizarse en una buena parte de los países subdesarrollados (6, 7), se pone de relieve la necesidad de fortalecer la promoción de la salud y la prevención de enfermedades como componentes prioritarios de las estrategias que en este sentido se adopten, siendo para ello imprescindible la concertación y acción mancomunada de diversos sectores sociales hacia objetivos de salud.

Si bien es cierto que existe consenso en el ámbito científico en relación con el origen básicamente social y multifactorial de los problemas de salud que afectan a la población, y de la necesidad de formular e implementar estrategias, planes y programas intersectoriales para abordar dichos problemas, aún no se aprecia en la práctica una respuesta de los

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

distintos sectores sociales incluyendo al de la salud, consecuente con el mencionado consenso (8). Por otra parte, el reconocimiento de la importancia de la intersectorialidad en salud no se ha traducido suficientemente en investigaciones y publicaciones sobre el tema, que profundicen en los factores que intervienen en su desarrollo (6, 8, 9, 10).

El presente artículo reproduce los aspectos fundamentales de la discusión de los resultados de una investigación inédita sobre acción intersectorial en salud, realizada con el propósito de profundizar en el conocimiento de los factores que frenan y favorecen su desarrollo, como base para fomentar enfoques, abordajes y acciones de este tipo. Se parte de la premisa de considerar que el desarrollo de la acción intersectorial en salud es un componente decisivo e imprescindible en las estrategias que se implementen para intervenir sobre los complejos problemas de salud que enfrentan nuestros países. La investigación logró identificar un grupo de factores que intervienen en el desarrollo de la acción intersectorial en salud, a través de la revisión de fuentes documentales y de las opiniones de expertos obtenidas mediante métodos participativos.

En un artículo anterior (11), propusimos un marco teórico para abordar la acción intersectorial en salud entendida como intervención coordinada de dos o más sectores sociales en acciones de salud. En aquel trabajo discutimos las complejas interrelaciones de factores que determinan y condicionan la intersectorialidad en salud en la sociedad. Este artículo es la segunda parte y continuación del trabajo mencionado, y parte del referente teórico propuesto para analizar los factores intervinientes en el desarrollo de la acción intersectorial en salud, hasta construir un modelo para su estudio y desarrollo.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL DESARROLLO DE LA ACCION INTERSECTORIAL EN SALUD

A continuación se relacionan 12 categorías o grupos de factores relacionados con la intersectorialidad en salud, que constituyen uno de los posibles ordenamientos de los factores intervinientes, con la intención de sintetizarlos y sistematizarlos para facilitar su estudio y utilización en función de posibles intervenciones. Aprovechamos los resultados de la investigación sobre acción intersectorial en salud antes citada, con el fin de organizar la discusión de los factores en el proceso de construcción del modelo que propondremos para el abordaje de la intersectorialidad en salud. Las 12 categorías de factores son:

- Situaciones-problema de salud.
- Estructura de poder.
- Pensamiento, concepciones y enfoques sociales y de salud prevalecientes.

- Política global y de salud.
- Economía y financiamiento.
- Participación social.
- Desarrollo científico-tecnológico y de recursos humanos.
- Planificación/Programación.
- Sistema de información para la gestión global y sectorial.
- Cooperación internacional.
- Comunicación/Coordinación entre sectores.
- Características del sistema de salud.

La categoría **situación-problema** es única y esencial, pues designa el origen y la razón de ser de las acciones intersectoriales en salud.

Tres categorías parecen resumir los factores relacionados con el momento de análisis, explicación y toma de decisiones en relación con la respuesta social ante los problemas de salud. Estas tres categorías interactúan, son interdependientes, y sus fronteras son imprecisas, pero en conjunto resumen en gran medida los factores esenciales que intervienen en la etapa de análisis y toma de decisiones de las acciones intersectoriales en salud.

Estructura de poder. Es el resultado del juego estratégico en torno al poder entre los distintos actores y fuerzas sociales en relación con el problema planteado, en el marco de la situación contextual. Las relaciones económicas y políticas, las características del sistema social, el grado de maduración y desarrollo de los distintos grupos presentes en el escenario social entre otros elementos, adquieren en esta categoría gran relevancia.

Pensamiento predominante. Las ideas dominantes en el terreno social y de salud pública, el papel de la ciencia especialmente de un correcto enfoque epidemiológico, el prestigio de los científicos, el resultado de las investigaciones, la cultura, la divulgación social, y otros elementos, conforman un marco conceptual de referencia para la generación de las acciones.

Políticas. La existencia de una real **voluntad política** de actuar intersectorialmente en los sectores sociales envueltos en la respuesta, se expresa en el contenido de las políticas globales y sectoriales, y la participación comprometida de los distintos actores, sean estos partidos políticos, autoridades de gobierno o representantes de la comunidad.

Una categoría representa los factores que intervienen fundamentalmente en el diseño de la respuesta.

Planificación. La planificación está íntimamente relacionada con la política, la economía, las relaciones sociales y los factores científico-tecnológicos. Aunque prácticamente no se discute la necesidad de planificar las acciones sociales, la forma en que debe realizarse la planificación, su alcance, y otros aspectos son objeto de estudio y debate.

Tres categorías sintetizan los factores que intervienen fundamentalmente en el momento operativo de la acción intersectorial. Estos

factores interactúan entre sí, y son los que intervienen en los momentos anteriores.

Sistema de información. Los datos necesarios para la gestión, la capacidad de brindar una visión integral de los problemas y de la marcha de los programas y proyectos, las vías para la transmisión de los datos, la información cruzada entre sectores, y en general la oportunidad, precisión, calidad, y carácter universal de la información que llega al nivel de análisis y toma de decisiones resulta determinante para todo el proceso de la acción intersectorial.

Coordinación y comunicación intersectorial. Esta categoría, que se explica por sí misma, es un componente fundamental para la marcha de las acciones, y para el óptimo aprovechamiento de los recursos sectoriales en función de objetivos intersectoriales. Los espacios de concertación, órganos de coordinación, consejos, grupos de trabajo, despachos, reuniones y en general todos los mecanismos y vías para la coordinación y la comunicación, son imprescindibles en la ejecución adecuada de los proyectos, y tienen importancia para los momentos de análisis y toma de decisiones, y para la planificación.

Características del sistema de salud. Hacemos la distinción con el **sistema de servicios de salud**, que es un subsistema del sistema de salud. El tipo de sistema de salud, la relación entre los sectores que lo integran y el peso específico de cada uno de ellos en las acciones de salud, el grado de integración del sector salud propiamente dicho, la orientación predominante de sus acciones en los campos de la promoción y la prevención, por encima de las acciones curativas, la adopción de estrategias como la de Atención Primaria, y modelos como los Sistemas Locales de Salud, la utilización de un correcto enfoque epidemiológico, y otros elementos afines, favorecen indudablemente el desarrollo de acciones intersectoriales.

Categorías como **economía y financiamiento, participación social, desarrollo científico-tecnológico y de recursos humanos, y cooperación internacional**, quedan integradas en las anteriores, expresándose en el pensamiento, las políticas, las relaciones de poder, la planificación, el sistema de información, la coordinación entre sectores, y el sistema de salud, e influyen en las situaciones-problema que deben enfrentarse.

Por la importancia que tienen los **factores económicos** en los procesos sociales, están presentes como **elemento integrante fundamental de todas las categorías identificadas**. Diferentes modelos socioeconómicos determinan distintas formas de abordar los problemas sociales. La situación económica es un elemento principal a tener en cuenta para el desarrollo de acciones intersectoriales, pero más importante aun resulta la forma en que se realiza el abordaje económico de los problemas sociales, especialmente los de salud. En este sentido la forma en que se entrega el financiamiento a los sectores y los programas sociales, y las prioridades que se establecen para la asignación del presupuesto, así como la capacidad de

movilización de recursos externos e internos que tienen el país y sus regiones, pueden favorecer o frenar el desarrollo de las acciones intersectoriales.

La **participación social** es un elemento de peso en las relaciones de poder, fundamentalmente en el nivel local. La existencia de comunidades organizadas, activas y fuertes, puede determinar la realización de acciones intersectoriales como respuesta a las necesidades de salud por ellas identificadas. La real participación popular, a través de espacios de concertación en que los distintos sectores y actores sociales interactúan en el marco de los procesos económicos, políticos y sociales, condiciona el contenido y la forma de las políticas socioeconómicas, el ejercicio del poder, y los valores, las concepciones y, en general, el pensamiento prevaleciente en el conjunto social.

Los **factores científico-tecnológicos**, dados por el desarrollo de la investigación, la introducción de los resultados de esta en la producción, los servicios y la gestión social en general, y el nivel de automatización y desarrollo tecnológico alcanzados en cada sociedad, intervienen a través del desarrollo de las fuerzas productivas, en la conformación de la situación socioeconómica, el contenido de las políticas, las relaciones de poder, y las ideas predominantes. Especial relevancia tiene la intervención de los centros de investigación, sobre todo los de importancia estratégica.

Otro tanto se puede decir del **desarrollo de los recursos humanos**, del prestigio y penetración en la vida política y social de los centros académicos, su proyección social, el peso específico de los investigadores, docentes, dirigentes, líderes, políticos y en general de los encargados de decidir y ejecutar los planes, proyectos y acciones sociales. De ahí la importancia del contenido de los programas de estudio, el tipo de enseñanza, y los perfiles profesionales que se forman.

Un factor a tener en cuenta por su intervención desde distintos ángulos es la **cooperación internacional**. La forma en que los organismos internacionales, las agencias, las ONG, y las instituciones donantes entregan la cooperación, puede favorecer el desarrollo de acciones intersectoriales, mediante el estímulo y el apoyo técnico y financiero, a proyectos y actividades que tengan ese carácter. Un obstáculo a vencer es la propia "sectorización" interna de algunas de estas organizaciones, lo que condiciona una entrega de la cooperación carente de integralidad. La cooperación internacional se relaciona estrechamente con las esferas política, económica, social y científico-técnica, por lo que se vincula con las estructuras de poder.

EL PROBLEMA, LA RESPUESTA Y LOS CONDICIONANTES

Las categorías identificadas pueden ser ordenadas en tres grandes grupos de factores interdependientes que intervienen en el desarrollo

de la acción intersectorial en salud (Fig. 1).

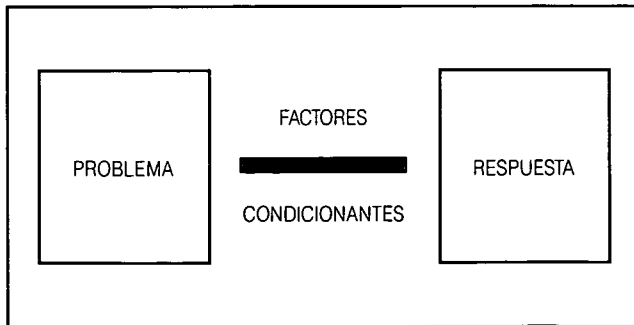
- 1) Factores que demandan la acción intersectorial.
- 2) Factores que caracterizan la respuesta intersectorial.
- 3) Factores que condicionan la respuesta intersectorial.

Al primer grupo pertenecen los problemas de salud cuya naturaleza demanda una solución que va más allá de las posibilidades del sector salud por sí solo. Estos factores están relacionados con las condiciones naturales, epidemiológicas, del trabajo y sociales en general, forman parte de la realidad objetiva y están presentes en cualquier sociedad sin importar el grado de desarrollo alcanzado, o el tipo de sistema social, aunque el tipo de problema, su gravedad, impacto social y otras variables, puede ser diferente en los distintos contextos sociales.

El segundo agrupa los factores presentes en la respuesta de la sociedad como un todo, y del sistema de salud en particular, ante los problemas. Incluye las estrategias, los planes y programas de salud, o con objetivos de salud, los mecanismos de coordinación y comunicación entre sectores, el sistema de información para la gestión, y la participación social en las acciones de salud. Estos factores, dependen por una parte de la naturaleza de los problemas que se deben enfrentar, y por otra de la capacidad y la voluntad real que tiene la sociedad, para responder a los problemas que se le presentan de forma intersectorial, así como de la historia y características de la organización social en general y de las relaciones entre los sectores en particular.

Finalmente, al tercer grupo pertenecen factores como la voluntad política, las ideas, las concepciones y enfoques sociales y de salud pública, las relaciones de poder, las relaciones económicas y financieras, la participación social, el proceso de planificación, el sistema de salud, la cooperación internacional, y el desarrollo científico-tecnológico y de recursos humanos. Estos factores conforman el contexto en que tiene lugar la acción

FIGURA 1. Factores de la acción intersectorial en salud.



intersectorial, expresan las relaciones entre la estructura y la superestructura social, y median en calidad de condicionantes, entre los problemas y la respuesta.

Este último grupo incluye a la gran mayoría de los factores identificados, y la intervención de los factores comprendidos en él, determina en gran medida el tipo de respuesta social ante los problemas de salud. En este grupo de factores están las claves de la respuesta social ante los problemas de salud, y son estos por tanto, junto a la situación problemática, los factores que mayor interés revisten para el abordaje de las acciones intersectoriales en salud, ya que de ellos depende en gran medida que la respuesta sea o no intersectorial. Se destaca el hecho de que la participación social, y el sistema de salud, intervienen tanto como condicionantes de la respuesta como formando parte de la propia respuesta.

El análisis de la situación existente en relación con los factores pertenecientes al primer y tercer grupo, debe ser objeto de atención priorizada, cuando se pretenden evaluar las posibilidades de que se produzcan acciones intersectoriales en salud, y trabajar en función de su desarrollo.

Lo dicho en el párrafo precedente, no excluye la necesidad de analizar los factores que intervienen en la fase de la respuesta social propiamente dicha, pues una vez decidida la intervención juegan un papel muy importante, e incluso intervienen en alguna medida en los momentos anteriores. Se enfatiza el hecho de que los factores que intervienen en la generación de la respuesta social, y en la concepción, decisión, y formulación de la respuesta, tienen el peso determinante fundamental.

PROBLEMA, PENSAMIENTO, POLITICA, PODER Y PLANIFICACION

Entre los factores considerados, discutiremos particularmente los que llamaremos las “**cinco p**”, y que parecen constituir un núcleo determinante fundamental.

La primera “**p**”, el **problema**, interviene en el primer momento del proceso de la acción intersectorial, marca en gran medida la pauta a seguir y es relativamente independiente en relación con los otros factores, aunque se vincula estrechamente con ellos.

Las otras tres “**p**”, **pensamiento, política, y poder**, intervienen en el momento en que se analiza y decide la respuesta ante el problema, son fuertemente interdependientes, y el resultado homeostático de sus interacciones determina en gran medida que se produzcan o no acciones intersectoriales en salud.

La quinta “**p**”, **planificación**, también íntimamente relacionada con las primeras, interviene básicamente en el momento del diseño de la

respuesta condicionando que las estrategias decididas, las metas propuestas, y los resultados esperados, puedan convertirse en realidad.

Problema

Es la fuerza de los hechos (la salud como fenómeno integral tal como es sentido por la población), el factor determinante fundamental para la acción intersectorial en salud. Partir de la lógica de los problemas y no de la lógica de los sectores, constituye un principio para la acción que debe ser aplicado consecuentemente, en el abordaje de los problemas de salud.

Frecuentemente se alude a la necesidad de que el sector salud, a partir de los problemas identificados y las prioridades establecidas, promueva y dirija acciones intersectoriales. Se asigna de esta forma al sector salud una responsabilidad que resulta un tanto ajena a la lógica sectorial que preside su accionar.

Aunque se parte de la esencia multifactorial del fenómeno salud-enfermedad, los distintos enfoques se limitan con frecuencia a la descripción y planteamiento de la necesidad de coordinación entre sectores, a la vez que se asigna la responsabilidad de dirigir el proceso al sector salud por la función social que desempeña en la identificación y búsqueda de solución a los problemas de salud, sin profundizar en los factores determinantes del desarrollo de la intersectorialidad vinculados básicamente a la estructura y superestructura de la sociedad.

Como se señala en una investigación realizada en el Perú, "El reconocimiento teórico de la multicausalidad en la determinación del proceso salud-enfermedad, no ha tenido sin embargo, una traducción adecuada en el plano de las formas institucionales y organizativas con que la sociedad enfrenta los problemas de salud. Más bien, estas son un reflejo de las concepciones explicativas unicasales del paradigma biomédico-reparativo" (12).

Se trata de unir en la acción unidades independientes cuya proyección, competencia, responsabilidad ante la sociedad, orientación de trabajo, etc., es diferente de uno a otro sector. La solución de esta contradicción dependerá de que se parta de la realidad objetiva y del conocimiento integral del problema y no de la posición del sector, y a partir de su conocimiento analizar qué sectores administrativos deben intervenir en su solución y cuál es la responsabilidad de cada sector en la intervención a realizar. De esta forma se conseguiría que la acción intersectorial sea el producto de lo que dicta la realidad y no lo que establecen los sectores. Se requiere por tanto distinguir claramente entre área problema y sector responsabilizado.

La directora del popular programa televisivo cubano "Puntos de vista", defendía durante una entrevista la tesis de que "la producción debe

subordinarse a la creación”, refiriéndose a que el aparato burocrático de producción de programas de televisión, debe subordinar su organización a la creación artística y no esta última adaptarse a una rígida estructura productiva². Salvando las diferencias, lo mismo podemos decir de la respuesta institucional a los problemas de salud en el sentido de que la respuesta institucional debe subordinarse al problema de salud que intenta resolver, ya que es absurdo pretender que la realidad se adapte a las características de las estructuras.

En momentos de crisis como los desastres naturales, las guerras, u otras situaciones de gran tensión social, parecen producirse acciones intersectoriales casi automáticamente. La fuerza de los hechos es tal que las barreras se eliminan, las voluntades se funden, y las acciones integradas permiten enfrentar el problema de manera coherente. No obstante, no siempre es así, y cuando la sociedad no tiene un grado de maduración y organización adecuados para el enfrentamiento de situaciones de este tipo, en vez de la integración puede imponerse el caos social.

Las dificultades fundamentales para el desarrollo de acciones intersectoriales, parecen existir en el devenir habitual de los acontecimientos, en momentos de normalidad aparente o real cuando los hechos, por cotidianos, no alarman ni generan respuestas propias de las crisis, y las estructuras sectoriales se enquistan celosamente en su propio medio para resguardar su cuota de poder y autoridad. Es en esta situación donde se requiere un trabajo más tenaz y decidido para identificar y delimitar los problemas que demandan la acción intersectorial, y los factores que favorecen y entorpecen dicha respuesta.

PENSAMIENTO, POLITICA Y PODER

Un componente esencial para el desarrollo de acciones intersectoriales en salud es la existencia de un pensamiento global desde una perspectiva de salud pública que puede ser denominado como “**pensamiento intersectorial**” con la intención de enfatizar dicha fase precursora e imprescindible para la acción intersectorial.

El reclamo de la realidad de actuar intersectorialmente, está mediado por el pensamiento de los líderes, políticos, planificadores, gerentes, etc., cuya intervención resulta decisiva para la coordinación entre los sectores.

Pensar intersectorialmente, significa reaccionar integralmente ante los problemas de salud, con una visión amplia y desposeída de intereses

² Programa en TV. Cubavisión, febrero 12 de 1990.

individuales, sobre la forma en que debe trabajarse en función de mejorar el estado de salud de la población. Requiere partir de un análisis de todos los factores vinculados al problema independientemente de que la respuesta al mismo incluya acciones que rebasen el marco del sector salud. Significa conocer las potencialidades de solución sobre problemas de salud, que tienen otros sectores y propiciar y apoyar su utilización en estrategias intersectoriales. Significa incluso reconocer que, con frecuencia, la mejor respuesta ante un problema de salud no está en manos de los servicios de salud, y que es preferible asignar recursos a otro sector para lograr la respuesta apropiada al problema, antes que emplear esos recursos en el tratamiento de las secuelas que este provoca en la salud de la población.

El pensamiento intersectorial en salud debe estar presente en los que trazan y deciden las políticas de salud, en los planificadores, en los administradores de los servicios de salud, y en general en todos los que de una forma u otra se vinculan a la gestión de la salud pública dentro y fuera del sector salud. Solo teniendo presente la respuesta unida ante los problemas que enfrenta, podrá el sector salud ejercer el liderazgo en la concertación de los demás sectores.

El pensamiento intersectorial tiene importancia tanto a nivel internacional y nacional, como en los niveles intermedio y local, ya que muchas de las estrategias en salud se formulan y deciden en este último nivel. Las políticas de descentralización que se vienen instrumentando en los países y que están siendo fuertemente impulsadas por la OPS en el campo de la salud, otorgan un papel de mucha mayor importancia a las autoridades del nivel local, en la toma de decisiones y la programación en salud (13). El director o coordinador de un Sistema Local de Salud, que no tenga presente en su gestión y programación la existencia y potencialidades del resto de los sectores de la sociedad que se vinculan a la génesis y solución de los problemas de salud que enfrenta, poco podrá lograr en eficiencia y eficacia.

Se puede decir —utilizando términos de la planificación estratégica situacional (14)— que el pensamiento intersectorial debe “preceder y presidir” la acción intersectorial. La ausencia de un real pensamiento intersectorial en salud en las autoridades de cualquier nivel, especialmente las de salud, puede traer como consecuencia, o bien que no se programen acciones intersectoriales para resolver problemas de salud, o que estas se realicen formalmente para cumplir una orientación de nivel superior.

Un factor relacionado con las relaciones de poder, la política, el pensamiento y la participación social, es la divulgación y comunicación social. Este factor influye en las ideas no solo de líderes y dirigentes, sino de la población en general, favoreciendo la creación de estereotipos de pensamiento y acción que condicionan la respuesta intersectorial, y la participación social en salud. Se enfatiza en este sentido, la importancia de la

opinión pública y de la cuota de poder de quienes controlan los medios de difusión masiva.

El autor del documento "Intersectorial linkages and health development" —documento que aborda específicamente el tema de las relaciones intersectoriales en salud, mediante un análisis de estudios realizados en cinco países— concluye que una de las razones por las que fracasan los empeños de desarrollar acciones intersectoriales, es que se asigna la responsabilidad de coordinación y desarrollo de las acciones, a estructuras cuya razón de ser y objetivos por los que trabajan son sectoriales, e incluso departamentales dentro de una institución (9).

En este asunto se aprecia la importancia de tener muy en cuenta las relaciones de poder —especialmente la existencia de micropoderes— y la motivación y necesidad sentida de obtener los resultados por el grupo o persona encargado de coordinar el proyecto intersectorial. Los "pequeños, medianos y grandes burócratas" atrincherados en sus esquemas de sobrevivencia y más preocupados por su parcela que por el resultado que para la sociedad tiene su gestión, detentan en no pocos casos una cuota de poder que los convierte en piezas claves del engranaje que da lugar a las acciones. Muchos de estos actores operan como decisores públicos y pueden echar por tierra una buena idea o proyecto.

Es necesario por tanto valorar seriamente la participación en estos procesos sociales de personas con su equipo ideológico y cultural, sus actitudes, motivaciones y en general su óptica particular desde la que intervienen en las dinámicas de concertación social determinando éxitos y fracasos. La cultura de pueblos y comunidades interviene en los procesos sociales entre los que se incluyen las acciones intersectoriales.

El conocimiento de la estructura de poder existente, en el contexto en que se van a producir o se pretenden desarrollar acciones intersectoriales en salud, resulta decisivo para dar viabilidad y fortalecer el proceso, lo que requiere un consecuente análisis estratégico de situación.

La anterior afirmación es válida para cualquier sistema social, a cualquier nivel que se realice el abordaje, y está presente implícitamente en factores como los económico-financieros, la voluntad política, la necesidad de órganos suprasectoriales de coordinación, el rol de líderes y dirigentes, la participación social, y otros.

Emerge con fuerza la descentralización como factor favorecedor de acciones intersectoriales, sobre todo en el nivel local (9, 13). El desarrollo de vínculos horizontales entre sectores, resulta casi imposible cuando existe una verticalización estructural en las instituciones. Este hecho fue también señalado en el documento a que nos hemos referido anteriormente (9).

Descentralizar significa transferir poder y recursos del centro a la periferia, y es un proceso eminentemente político (13, 15-17). Debe diferenciarse de la desconcentración, en que se delegan atribuciones pero

no poder de decisión (15, 16). El desarrollo de la capacidad local de gestión, está condicionado por una real descentralización del poder de decisión sobre los recursos existentes en el espacio-población local (Fig. 2).

La descentralización es un requisito para la realización de acciones intersectoriales reales a nivel intermedio y local. Cuando no se ha producido un proceso de descentralización, las acciones no dependen de problemas identificados y decisiones tomadas en los niveles mencionados, sino de indicaciones, y orientaciones “bajadas” del nivel nacional que aunque puedan ser adecuadas y consecuentes con la situación real existente, y sean cumplidas como buenas, rara vez serán asumidas como propias. Por otra parte el desarrollo de acciones intersectoriales en salud en el nivel local sin tomar en cuenta la participación de la comunidad, aislaría las acciones de los sujetos a quienes van dirigidas, restándoles eficacia y eficiencia.

El proceso de descentralización supone centralizar a un nivel inferior, y que los aspectos relativos a las políticas y estrategias de alcance general, deben mantenerse en el nivel central, lo que evitará la atomización, exceso de burocracia periférica, desigualdades, lentitud, incremento de los costos, etc.

El camino hacia la equidad, eficiencia, y eficacia, en la gestión social, se construye alrededor de un adecuado equilibrio entre centraliza-

FIGURA 2. Descentralización del poder de decisión.

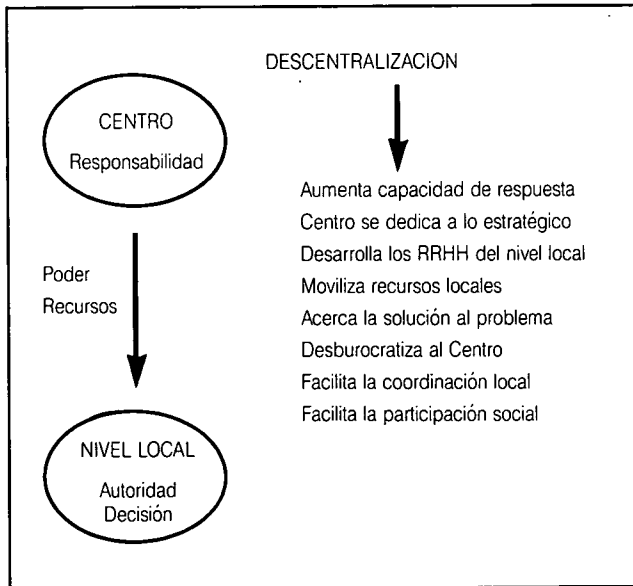
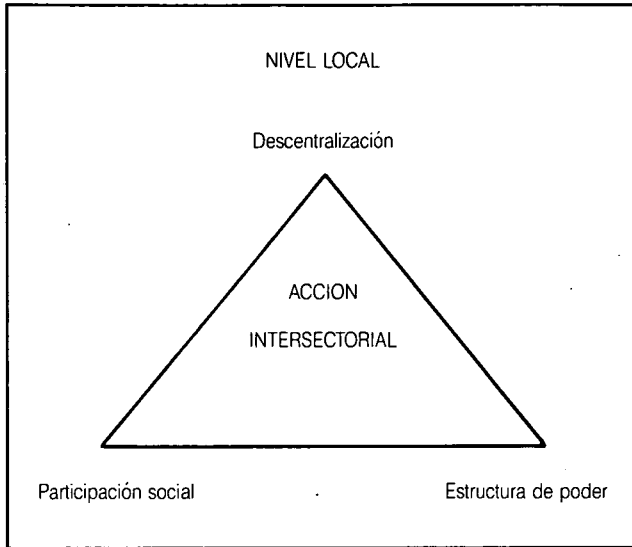


FIGURA 3. Factores en el desarrollo de la acción intersectorial local.



ción y descentralización, procesos íntimamente vinculados al desarrollo de las acciones intersectoriales.

Mucho se ha hablado, y existe consenso al respecto, de la necesidad de que la comunidad participe en todo el proceso de gestión de su salud, desde la identificación de los problemas que hay que solucionar, hasta la toma de decisiones, intervención y evaluación de los programas de salud (13, 18, 19). La participación social en salud, es también un proceso político que interviene en las relaciones de poder.

Si aceptamos que la mejor vía para la identificación y priorización de los problemas parte de la comunidad participante, adquiere gran importancia el nivel local que es el escenario lógico donde actúa la comunidad, lo que a su vez requiere de una descentralización del poder y de la existencia de una sólida organización de la comunidad. Participación comunitaria, descentralización, y estructura de poder conforman una trilogía interconectada de factores, que desempeñan un papel determinante en el desarrollo de la acción intersectorial en salud en el nivel local (Fig. 3).

El Dr Abraham Horwitz, reconocida autoridad internacional en salud, expresó, refiriéndose al tema de los SILOS en una reciente comunicación que "... la experiencia histórica indica que es en el nivel primario del sector donde se logra una relación eficiente intra e intersectorial. Em-

pezar el proceso en el nivel central es prescripción para el fracaso".³ Este criterio coincide con nuestra propuesta de fortalecer el nivel local, y dirigir los esfuerzos fundamentales a la realización de programas, proyectos, y actividades intersectoriales en este nivel, como estrategia para el desarrollo general de la intersectorialidad en salud.

Resulta necesario por tanto, la participación en la coordinación y en el poder de los realmente interesados y necesitados, los que tienen el problema, en resumen la población y sus representantes. Las organizaciones comunitarias en el caso de los problemas territoriales, y las organizaciones gremiales en el caso de los problemas de salud de los trabajadores, deben participar junto a los sectores institucionales estatales o privados, en el abordaje de los problemas de salud.

De todo lo expresado en relación con las ideas predominantes, las relaciones de poder, la participación popular, y las políticas globales y sectoriales, especialmente en el sector salud, emerge la *voluntad política* como uno de los factores condicionantes fundamentales para el desarrollo de acciones intersectoriales en salud.

Vale comentar sin embargo, la experiencia del Perú, ya que ante una incipiente descentralización acompañada de una apertura de espacios de concertación en los niveles locales, considerados ambos factores favorables para la realización de acciones intersectoriales, se produjeron resultados contradictorios (12). En lugar de una mayor coordinación y fortalecimiento de las relaciones entre sectores, se produjeron tensiones, competencia entre sectores, y agudización de la sectorización.

Estos resultados fueron atribuidos a la ausencia de un proyecto coherente y visión de conjunto en los partidos de gobierno, y a la precaria disciplina partidista. El predominio de una lógica de grupismo, dificultó los flujos de información y comunicación entre los sectores, prevaleciendo la visión sectorial. A los motivos anteriormente expuestos se sumaron, según señalan los investigadores, una pobre organización de la base social de los partidos que los indujo a construir la misma mediante el ofrecimiento de puestos estatales, la falta de experiencia de gobierno, y la debilidad ideológica de los cuadros. Finalmente se señala que la naturaleza de la estructura de los poderes regionales y locales, favoreció la fragmentación y sectorización de la actividad y gestión estatales.

Esta experiencia destaca el papel que jugaron las relaciones de poder en la determinación de una situación desfavorable a la intersectorialidad, y evidencia que la presencia de algunos factores aislados sin que exista un conjunto coherente y maduro de condiciones favorables para el desarrollo de acciones intersectoriales, puede incluso provocar una mayor sectorización de las acciones.

³ Cartas de los lectores. *Bol Of Sanit Panam* 109(2):5-6:658, 1990.

Por último, comentaremos brevemente la importancia que tienen los factores vinculados al sistema de salud.

El sistema de salud —como hemos señalado anteriormente— es mucho más que el sistema de servicios de salud, al que incluye como subsistema. Una excelente discusión de este asunto fue realizada por De Roux *et al.* (18).

La situación existente en los componentes del sistema de salud, es decir los servicios formales del sector salud ya sean públicos, privados o de la seguridad social, servicios informales tradicionales de gran arraigo popular sobre todo en zonas campesinas y urbanas menos desarrolladas, servicios de salud pertenecientes a otros sectores como educación, fuerzas armadas, marina, agricultura, etc., servicios brindados por organizaciones no gubernamentales —de peso en algunos países de la Región— condiciona la posibilidad de que se gesten y produzcan acciones intersectoriales en salud, en dependencia de su grado de integración y coordinación interna, de su proyección predominante (preventiva o curativa), de la cuota de poder que cada uno de estos subsistemas tenga en el sistema social, de la situación financiera de los distintos componentes, y de otros factores que relacionan al sistema de salud con la política, el poder, y los enfoques e ideas predominantes en la sociedad.

De las acciones clásicas que realizan los servicios de salud —promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación— son las dos primeras las que mayor coordinación intersectorial requieren, aunque el principio del trabajo intersectorial es válido para las cuatro.

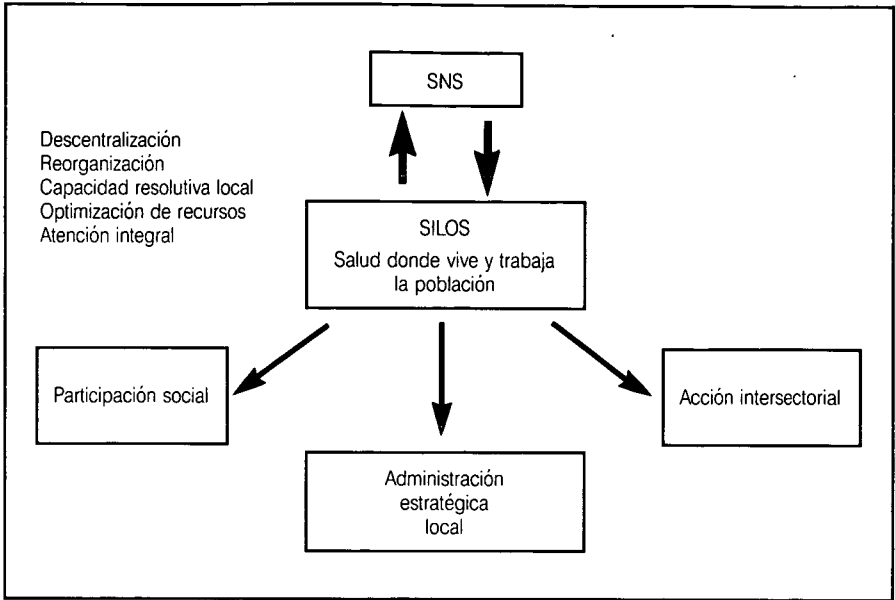
La participación social, que juega un importante papel en las políticas y las relaciones de poder, también interviene relevantemente a través del sistema de salud, como condicionante de acciones intersectoriales.

Las características del sistema de servicios de salud o sector salud, tiene especial importancia para las relaciones intersectoriales por el alto peso específico que suelen tener en la entrega de servicios de salud a la población, y su responsabilidad en muchos casos constitucional ante la sociedad por la entrega de estos servicios. No obstante, en varios países de las Américas y del Tercer Mundo el papel social del sector salud está severamente disminuido, entre otras causas por la crisis económica. Es en estos contextos donde los servicios informales y de las ONG desempeñan un papel fundamental en las relaciones intersectoriales, principalmente las que tienen lugar en el nivel local, debido entre otras razones a su significativa participación en la entrega de servicios de salud.

El modelo táctico-operativo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), considera una serie de aspectos fundamentales para su desarrollo, entre ellos la intersectorialidad (Fig. 4).

Una línea actual de desarrollo del modelo de los SILOS, es el proceso de administración estratégica local (17), en el que se identifican

FIGURA 4. Modelo del sistema táctico-operativo de los SILOS.



tres momentos fundamentales: conducción, programación, y gerencia. Esta propuesta conceptual, metodológica, y operacional, fortalece al modelo, y establece un marco referencial propicio para el desarrollo de la acción intersectorial en salud en los tres momentos del proceso en el nivel local.

Esta última dimensión de análisis pone de relieve la intervención del sistema de salud en la fase de la respuesta social, junto al sistema de información, la comunicación intersectorial y la participación social, factores que condicionan la viabilidad de las acciones concebidas, decididas y planificadas, concretadas en los programas, proyectos y actividades de salud que tienen lugar en la comunidad. Es por ello que consideramos que los factores asociados al sistema de salud intervienen tanto en la etapa de formulación de la respuesta como en la propia respuesta, aunque con mayor fuerza en la primera.

PLANIFICACION

El proceso de planificación constituye un momento de vital importancia para el desarrollo de acciones intersectoriales, ya que aunque exista una decisión política de realizar acciones coordinadas entre sectores con objetivos de salud, un plan que desdibuje las acciones integradas puede

dar al traste con las intenciones. Un elemento importante en este sentido es la forma de asignar los recursos, aspecto vinculado a los factores económico-financieros. La importancia del papel integrador que debe jugar el sistema de planificación, se destaca en la investigación realizada en el Perú, a la que nos hemos venido refiriendo (12).

Actualmente se promueve con fuerza la planificación estratégica, como modelo más apropiado para enfrentar las situaciones cambiantes y de poder compartido que se presentan en la realidad, y por los fracasos atribuidos a la planificación normativa. A partir de una explicación del problema que acepta la existencia de otros actores sociales con sus propios planes, se realiza el diseño de los pasos estratégicos que dan viabilidad al plan, y se culmina con las acciones, sin abandonar en ningún momento el análisis de situación que permite realizar los ajustes al plan que los cambios dinámicos de la realidad aconsejan. Sin embargo, todavía no existen suficientes experiencias, que avalen las aparentes virtudes de este enfoque.

Los proyectos, por su carácter integral de acciones concebidas a partir de una situación que se quiere modificar, resultan ideales para la planificación intersectorial, al construir la respuesta a partir de la lógica de los problemas y no de la lógica de los sectores implicados. La forma en que se financian las acciones y se administra el presupuesto del proyecto, evita la tendencia sectorial de utilización de los fondos para intereses propios.

Hemos discutido algunas de las características y relaciones fundamentales, de las cinco categorías que en nuestra opinión resumen y expresan la intervención de los factores más relevantes para que las acciones intersectoriales en salud tengan lugar. Este análisis brinda el soporte para la construcción del modelo que presentaremos a continuación.

MODELO PARA EL ANALISIS Y LA ACCION

El modelo pretende ser útil, tanto para realizar una evaluación de la situación en relación con el estado y las perspectivas para el desarrollo de la acción intersectorial en salud, como para diseñar un proyecto o actividad intersectorial de manera que resulte viable en un contexto determinado.

El modelo está integrado por dos componentes: 1) un esquema para el análisis de situación con la finalidad de identificar los factores que favorecen y entorpecen el desarrollo de acciones intersectoriales en salud, y 2) una guía que resume los aspectos fundamentales a tener en cuenta para impulsar el desarrollo de acciones intersectoriales.

Cada situación requiere un abordaje particular, y aunque el esquema refleje la realidad, no abarca toda la riqueza y dinamismo de esta. Sin embargo, la posibilidad de contar con un marco referencial sintético para abordar este asunto, puede permitir una ubicación más rápida de los

aspectos esenciales a atender, y facilitar el trabajo de análisis hacia el diseño de una estrategia de acción.

Esquema analítico

Para construir el esquema, utilizamos como referencia un ciclo de solución de problemas constituido por cuatro etapas o momentos, adaptado a nuestros intereses. El proceso parte de la propia existencia del problema, su identificación y delimitación; termina en la realización de las acciones de intervención, y en la evaluación de los resultados de dicha intervención (Fig. 5).

En el primer momento intervienen los factores que conforman el problema.

El segundo es el momento en que se produce el análisis de la situación y la toma de decisiones, y en él intervienen los factores que determinan el tipo de respuesta que se dará al problema, integrados alrededor de tres categorías principales: pensamiento, política, y poder.

La planificación es el factor determinante que interviene en el tercero, que es el momento en que se realiza el diseño de la respuesta.

Por último, en el cuarto momento se produce la respuesta social ante el problema planteado, en forma de proyectos, programas, actividades, etc., que pueden o no ser intersectoriales. En este momento intervienen el

FIGURA 5. Modelo para la acción intersectorial en salud.

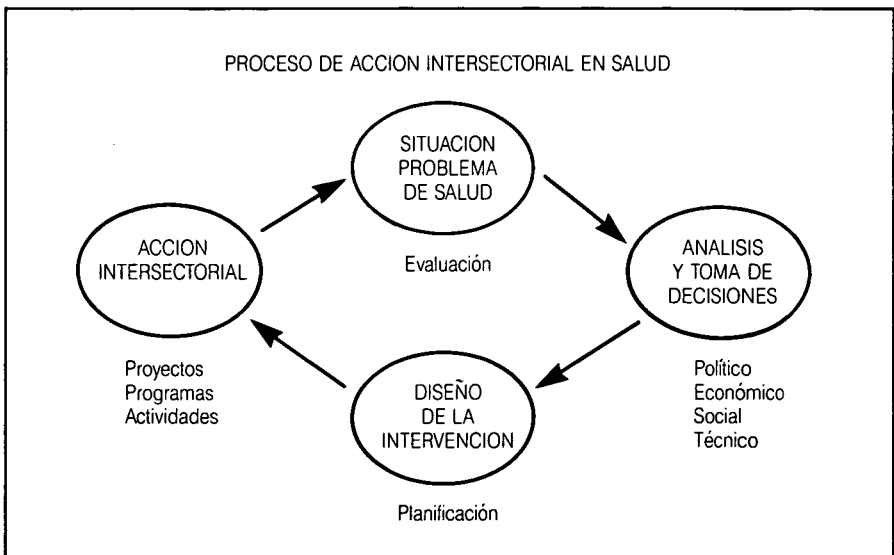
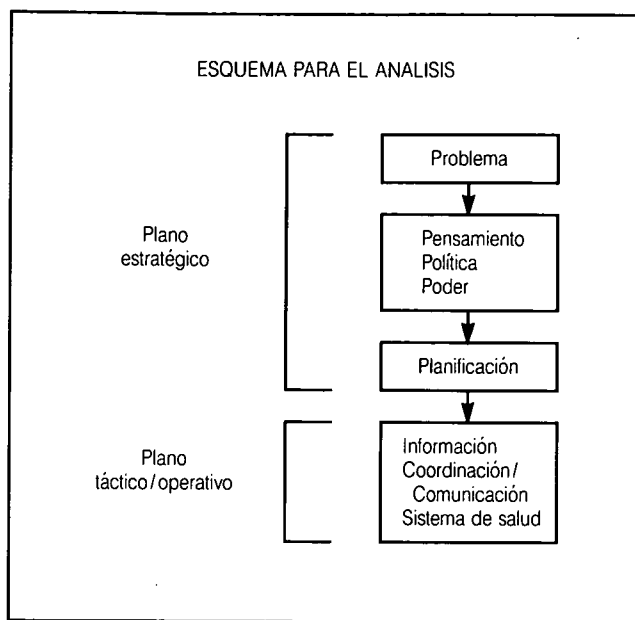


FIGURA 6. Modelo para el análisis de la acción intersectorial en salud.



sistema de salud, el sistema de información, y la coordinación y comunicación intersectorial.

El ciclo se cierra de nuevo en el problema, realizándose la evaluación de los resultados de la intervención que ha tenido lugar.

Los cuatro momentos están enmarcados en dos etapas (Fig. 6). La primera etapa puede ser considerada como estratégica, por comprender los momentos decisivos para que se produzca una acción intersectorial ante el problema, y de acuerdo con la tesis que hemos propuesto, está integrada por los tres primeros momentos. La segunda etapa es la táctico-operativa, y se corresponde con las acciones de respuesta ante el problema.

En el proceso de análisis, se revisarán los factores incluidos en las 12 categorías identificadas al inicio de este trabajo, a través de su expresión en los elementos claves que resumen la intervención de los factores en cada momento.

Guía para la acción

Finalmente, proponemos una guía que contiene elementos claves a tener en cuenta para el abordaje y desarrollo de acciones intersectoriales en salud.

1) Partir del problema y no del sector. Para ello resulta decisivo, una correcta identificación y delimitación del problema.

2) Fortalecer la voluntad política de desarrollar acciones intersectoriales en salud.

3) Propiciar políticas equilibradas entre descentralización y centralización.

4) Promover la concepción social de la salud, el enfoque epidemiológico y la orientación preventiva y de promoción de salud, fundamentalmente en las esferas más influyentes dentro y fuera del sector salud. Aprovechar para ello la comunicación social, utilizando entre otros los medios de difusión masiva por su gran poder de penetración y conformación de ideas y actitudes en amplios grupos sociales.

5) Estudiar la estructura de poder existente, y diseñar acciones estratégicas tendientes a fortalecer la participación popular en el poder, en el marco de un clima democrático.

6) Utilizar la planificación estratégica en el diseño de proyectos y programas de salud, o con objetivos de salud.

7) Promover la formulación y realización de proyectos por ser instrumentos que favorecen la intersectorialidad, a partir de su integración alrededor de un problema, requerir un presupuesto propio para la ejecución, y conformar grupos interdisciplinarios e intersectoriales para su concepción, formulación y realización.

8) Privilegiar el financiamiento de programas y actividades intersectoriales, y resaltar el enfoque económico de salud como inversión.

9) Promover la realización de investigaciones, cursos, talleres, etc., de carácter intersectorial.

10) Favorecer la participación social en salud.

11) Desarrollar los mecanismos y vías para la coordinación y comunicación intersectorial.

12) Aprovechar las ventajas que ofrece el nivel local para el desarrollo de acciones intersectoriales.

13) Fortalecer la coordinación intrasectorial en el sector salud, la estrategia de atención primaria, y los sistemas locales de salud, en el marco de sistemas nacionales de salud, fuertes e integrados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1 *Inequalities in Health*. Report of a Research Working Group. Londres, DHSS, 1980.

2 Castellanos, P. *Sobre el concepto salud/enfermedad. Un punto de vista epidemiológico*. Trabajo presentado en el IV Congreso

Latinoamericano y V Congreso Mundial de Medicina Social. Medellín, 1987.

3 Breilh, J. *Epidemiología, economía, medicina y política*, 3ª edición. C. México, Distribuidora Fontanamara S.A., 1989.

- 4 Octavo Programa General de Trabajo para el período 1990–1995. Serie Salud Para Todos No. 10. Ginebra, OMS, 1988.
- 5 Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la Organización Panamericana de la Salud en el cuatrienio 1991–1994. Documento aprobado en la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, D.C., 1990.
- 6 Organización Panamericana de la Salud. Condiciones de salud en las Américas. Publicación Científica 524. Washington, OPS, 1990.
- 7 Breilh, J., *et al.* Deterioro de la vida. Quito, Corporación Editora Nacional-CEAS, 1990.
- 8 Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Informe de Progreso, septiembre 1988–septiembre 1990. XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, Washington, noviembre 1990.
- 9 Gunatilleke, G. *Intersectorial Linkages and Health Development*. Ginebra, OMS, 1984.
- 10 Informe de la Reunión de Expertos celebrada en Harvard Institute for International Development, en colaboración con la OMS. *Intersectorial Action for Health: Health Objectives in Public Policy*. Boston, Harvard University, 1987.
- 11 Suárez, J. Contribución al marco teórico para el desarrollo de la acción intersectorial en salud. *Educ Med Salud* 26(2):225–241, 1992.
- 12 La dimensión salud y su articulación intersectorial en el proceso global de descentralización político-administrativa (la experiencia peruana). Proyecto OPS/ILPES. Lima, 1989.
- 13 Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Washington, D.C., 1989.
- 14 Matus, C. Política, planificación y gobierno. Segundo borrador. Washington, D.C., OPS, 1987.
- 15 Capote, R.E. Sistemas locales de salud: Organización, regionalización, principios generales. En: *Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos-Métodos-Experiencias*. Publicación Científica 519. Washington, D.C., OPS, 1990, págs. 117–135.
- 16 Tejada de Rivero, D. Descentralización y sistemas locales de salud. *Ibid.*, págs. 82–90.
- 17 Paganini, J.M. *et al.* Administración estratégica local. Conducción, programación y gerencia. *Bol Of Sanit Panam* 109 (5–6):614–619, 1990.
- 18 De Roux, G. *et al.* Participación social y sistemas locales de salud. En: *Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos-Métodos-Experiencias*. Publicación Científica 519. Washington, D.C., 1990, págs. 28–43.
- 19 La Participación Social. OPS, HSD/SILOS-3. Washington, D.C., 1990.

ADMINISTRACION **ESTRATEGICA DEL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN LOS SISTEMAS DE SALUD¹**

*María I. Turcios,² Guillermo González,³ Angel Sánchez,⁴ Mariano Salazar⁵ y
Claritza Morales⁶*

INTRODUCCION

A partir de la formulación de la meta de Salud para todos en el año 2000, y su compromiso por parte de todos los gobiernos de la Región, en distintos foros se ha planteado la necesidad de cambios en la estructuración de los sistemas nacionales de salud, así como la urgente transformación de los procesos de su administración, dado que se consideran elementos inherentes a la consecución de la meta.

Sin embargo, las discusiones sobre las implicaciones teóricas y prácticas de estos cambios continúan siendo elemento central del debate a nivel latinoamericano, sin que hasta el momento exista un consenso evidente entre los distintos autores y principalmente entre los distintos actores sociales que a nivel de los países tienen relación directa con las intervenciones sobre la problemática sanitaria.

Si en el plano general esta falta de consenso genera un conjunto de dificultades, principalmente de orden práctico, para la formulación de las estrategias específicas para la reorientación de los sistemas de salud a

¹ Presentado como introducción al trabajo y debate grupal durante la III Unidad del Proceso de Capacitación en Recursos Humanos, Managua, Nicaragua, 1990.

² Socióloga, Magister en Salud Pública, funcionaria de PASCAP/OPS, Nicaragua.

³ Médico, Magister en Salud Pública, Director del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Nicaragua.

⁴ Médico, Magister en Salud Pública, Profesor Titular, Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Nicaragua.

⁵ Médico, Magister en Salud Pública, Consultor OPS/OMS, Nicaragua.

⁶ Magister en Salud Pública, funcionaria del Ministerio de Salud, Nicaragua.

nivel de los países, en el plano particular del desarrollo de los recursos humanos apenas se inicia esta discusión, la cual es crucial para adoptar las transformaciones que se requieren por los acelerados cambios que se vienen dando en las políticas gubernamentales para enfrentar los efectos de la crisis económica.

La falta de precisión de ambos aspectos aumenta la incertidumbre, complejidad y conflicto que caracterizan la labor del personal que de una u otra forma establece los marcos de referencia de los procesos administrativos que, en última instancia, dirigen los servicios de salud lo que permite prever mayores dificultades a la consecución de la tan ansiada meta de SPT-2000.

Desde esa perspectiva este trabajo pretende aportar algunos elementos teóricos y prácticos para el establecimiento de un marco de referencia sobre la administración del desarrollo de los recursos humanos que se corresponda con la meta de SPT-2000, haciendo la salvedad que el mismo toma como marco de referencia el contexto centroamericano, lo que limita sus alcances.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA PRACTICA DE LA ADMINISTRACION DEL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN LOS SISTEMAS DE SALUD

Durante las últimas décadas, producto de un conjunto de condicionantes y determinantes de carácter histórico, político, económico, técnico y social, el desarrollo de los sistemas nacionales de salud de la subregión centroamericana ha cursado por trayectorias cuyo sentido, alcance y velocidad hoy pueden diferenciarse en toda su especificidad al interior de cada uno de los países.

En general, el resultado de estos procesos ha sido la configuración de sistemas nacionales de salud mixtos en su composición institucional, con un peso importante del sector público en la prestación de servicios, la existencia de un sector privado con limitadas capacidades económicas y organizativas para la prestación de los mismos, y la presencia de sectores informales que prestan servicios principalmente en las áreas rurales.

Sin embargo, a pesar de las diferencias objetivas que existen en los sistemas de salud de la subregión, un rasgo común que puede identificarse en la actualidad es la insuficiencia y la inadecuada disposición de sus recursos para la prestación de los servicios, lo que los torna ineficaces, ineficientes y poco equitativos en la solución de los problemas de salud, principalmente en aquellos países donde la magnitud de estos se ha visto potencializada por los conflictos bélicos.

Estas características estructurales de los sistemas de salud están ligadas a mecanismos de administración pública muy tradicionales, los que responden más a la dinámica propia y conflictiva de la tecno-burocracia existente a nivel de los aparatos institucionales, así como a las relaciones que se derivan del clientelismo político ejercido por la estructura de gobernantes de turno obviando, en la mayoría de los casos, los objetivos y metas que se han propuesto en los planes y programas de gobierno.

Esa trama de relaciones políticas, burocráticas y técnicas, constituyen elementos importantes en la estructura de poder de las instituciones que integran los sistemas nacionales de salud, lo que genera conflictos y contradicciones permanentes entre ellas, y dificulta las relaciones con las otras instituciones del sistema, principalmente por la dinámica inestable que implican los cambios políticos en el gobierno.

Por otra parte, la formación de recursos humanos para la salud en la subregión, se realiza en general a partir de un conjunto de instituciones públicas y privadas, las que influenciadas por las políticas educativas y las demandas sociales, establecen sus planes de formación con una autonomía relativa de las demandas de los sistemas nacionales de salud.

De hecho los recursos han venido formándose con paradigmas que no se corresponden con las realidades de los procesos de prestación de servicios, lo que resta eficacia y eficiencia a los mismos, provocando además algunas distorsiones entre el desempeño de los recursos y los planes y programas de salud, en especial los referidos a la atención colectiva.

Para hacer aún más compleja la relación entre los recursos humanos para la salud y las instituciones de prestación de servicios, se debe señalar que durante los últimos años las políticas de empleo y salario en los países de la subregión han contraído el mercado y los beneficios de los trabajadores, lo que ha originado una rotación y circulación del personal a tal grado que incide en la capacidad operativa y la calidad de la prestación de servicios. Esto ha provocado una mayor participación de las distintas estructuras corporativas en los procesos de formulación de las políticas institucionales con la finalidad de influir en la toma de decisiones y de esa forma verificar que sus intereses se representan en dichas políticas.

En ese contexto, la administración del desarrollo de los recursos humanos de los sistemas nacionales de salud, se ha estructurado al tenor de sus características generales, lo que se expresa en una compleja red de instancias que se encargan cada una de parcelas del proceso, a partir de prácticas burocráticas al interior de cada una de las instituciones que componen el sistema.

Como proceso general, esto se traduce en que existe escasa articulación entre las distintas estructuras de poder que manejan distintos aspectos del proceso en las instituciones prestadoras de servicios, estable-

ciéndose a partir de ellas intervenciones puntuales y fragmentadas, en las que se observan múltiples racionalidades en su abordaje lo que dificulta un proceso de conducción y gerencia coherente del mismo.

En la práctica esto significa que cada institución da un tratamiento específico al desarrollo de sus recursos humanos, dentro de la dinámica mercantil general con que el sector público maneja sus relaciones con la fuerza de trabajo, al margen muchas veces de los requerimientos de la estructuración del sistema nacional de salud, y de las relaciones de este con otras estructuras de la economía, en las que se podrían establecer en última instancia (respetando las leyes del mercado), los mecanismos de su reproducción permanente.

Por otro lado no se puede excluir de este proceso la influencia que ha tenido sobre estas prácticas el conocimiento específico sobre administración de recursos humanos elaborado y difundido por los organismos de colaboración técnica, cuyos contenidos han seguido un movimiento pendular en el espacio temporal, traduciéndose en el privilegio de aspectos parciales del desarrollo de los recursos humanos lo que ha coadyuvado también a la fragmentación conceptual del objeto.

Igualmente, la escasa sistematización de las experiencias acumuladas en la subregión en la administración de los recursos humanos, en especial las que pudieran aportar a la crítica del funcionalismo sistémico y del empirismo lógico del que han estado cargadas las principales teorías en uso, han limitado la transformación de la práctica, facilitando la reproducción de un modelo históricamente desligado de los procesos sociales, políticos, económicos e ideológicos particulares a cada país. Es así que actualmente el modelo de administración del desarrollo de los recursos humanos en la subregión se caracteriza por ser "un proceso permanente de decisión-acción en el que aisladamente se dan intervenciones por parte de cada uno de los distintos actores sociales que se encuentran ligados al desarrollo de los recursos humanos, convirtiéndolo en errático, contradictorio y altamente conflictivo, principalmente por la falta de coherencia en la cuasi-imposición de racionalidades particulares de carácter político, económico y técnico".

Desde esta perspectiva, el modelo que se utiliza en la administración del desarrollo de los recursos humanos es un elemento que condiciona la estructuración de los sistemas nacionales de salud, si se tiene en cuenta que de él dependen las características cuantitativas y cualitativas de estos y, por tanto, la articulación de uno de los ejes sustantivos de la capacidad operativa de la prestación de servicios.

El reconocimiento de esta problemática ha generado el interés de distintos sectores dentro de los sistemas nacionales de salud, lo que se traduce en un conjunto de investigaciones y foros de discusión que generan un ambiente de opinión en base a los conocimientos que se han adquirido

lo que a corto o mediano plazo tendrá impactos importantes en la cultura institucional con la que se ha manejado el proceso.

LOS NUEVOS CONTEXTOS COMO DETERMINANTES DE LOS NUEVOS ABORDAJES DEL PROBLEMA

El arribo a la década de los noventa marca posiblemente un hito en la compleja historia de la subregión, especialmente por las posibilidades de que se establezca a corto plazo un proceso de pacificación permanente que permita enfrentar los problemas de la crisis económica por la que atraviesan los países, así como la apertura a procesos democratizantes que reduzcan los enfrentamientos sociales.

Con ese marco de referencia, se abre la posibilidad de brindar atención a los principales problemas sociales, en especial a los problemas sanitarios, los que han acumulado una deuda social de tal magnitud que en ocasiones dificulta encontrar alternativas de solución a corto plazo, especialmente para amplios sectores de población campesina que aún no gozan del acceso a los beneficios del desarrollo científico.

En la actualidad se observa una tendencia en los países al establecimiento de políticas gubernamentales contradictorias, las que por una parte pretenden implementar mecanismos de restricción del gasto público, acompañadas de procesos de privatización y liberalización de la economía, en la tentativa de enfrentar los procesos inflacionarios, al mismo tiempo que en el campo sanitario se retoman las proposiciones de SPT-2000, la estrategia de APS y la táctica operacional de la implementación de los SILOS.

En el plano político institucional, la tendencia que se observa es la de restar importancia al papel de los aparatos institucionales del Estado, pasando a transferirse mayores responsabilidades a la sociedad civil, en especial de aquellos aspectos que no inciden directamente en los planes de reestructuración económica, con el objetivo de crear las condiciones que permitan el despegue económico en la mayor brevedad posible.

En el caso específico de los sistemas nacionales de salud, se ha incrementado la discusión de los procesos de descentralización, lo que es coherente con la implementación de los SILOS; sin embargo, esto ocurre en condiciones objetivas en las que existen serias limitaciones en la sociedad civil para asumir económicamente la financiación de las acciones de salud, así como para suplir las de los servicios públicos.

De la misma forma, las políticas de restricción del gasto público están incidiendo en la capacidad del aparato de formación de recursos humanos, en especial de las universidades, las que han tenido que asumir rápidamente medidas de racionalización de sus recursos, lo que a corto plazo se expresará en limitaciones para el ingreso de nuevos estudiantes a

las carreras del campo de la salud. En su conjunto esta situación vendrá a modificar las características del mercado de trabajo, en especial por los ajustes de salarios y vacantes en los servicios, lo que es de gran importancia dado que en la subregión el Estado es el principal empleador de los recursos especializados de la salud.

Esto ha motivado distintas reacciones en los actores sociales que se vinculan a la problemática de los recursos humanos en los sistemas nacionales de salud, lo que ameritará ser canalizado en instancias que permitan el diálogo entre las partes involucradas en los conflictos, con la finalidad de establecer las bases de una concertación permanente que lleve a la búsqueda de nuevas opciones en el desarrollo de los recursos humanos.

ASPECTOS METODOLOGICOS DE LA CONSTRUCCION TEORICA DE UN CONCEPTO OPERACIONAL DE LA ADMINISTRACION DEL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS

Definir un concepto operativo específico sobre cómo debería ser el proceso de administración del desarrollo de los recursos humanos en los sistemas nacionales de salud, debería implicar en primer lugar la identificación de los elementos centrales que compondrían el marco de referencia de la realidad del país.

En ese sentido proponemos que este marco de referencia esté delimitado por los siguientes aspectos:

- Las políticas generales de gobierno que directamente influyen en el desarrollo de los sistemas nacionales de salud, y en especial, el marco jurídico, legal e institucional en que estarán apoyadas para garantizar su viabilidad.
- Los objetivos, metas y estrategias que se hayan establecido en la política nacional de salud, y que se encuentren explícitos o no en los planes direccionales que orientan el desarrollo de los sistemas nacionales de salud.
- Los objetivos, metas y estrategias que se hayan definido en la política educativa del país, en especial su correspondencia con la que se defina a nivel de las universidades y centros autónomos de formación y capacitación.
- La naturaleza de la problemática actual y potencial del desarrollo de los recursos humanos identificada en los análisis de situación por parte de los distintos actores que intervienen en ese proceso.
- Los factores que condicionan, determinan y caracterizan actualmente la práctica institucional de la administración del desarrollo de los recursos humanos, tratando de identificar los marcos de referencia teóricos que influyen en la misma.

- La actuación de los principales actores sociales que inciden en el desarrollo de los recursos humanos, tratando de identificar los posibles espacios en que se podría facilitar su interrelación permanente.
- Las características de los escenarios probables en que se desarrollará el proyecto sanitario nacional, identificando las invariantes, variantes y opciones que delimitarán su entorno efectivo.
- La tendencia e influencias que existirán en los procesos de incorporación tecnológica, tanto para los procesos de prestación de servicios como de formación de recursos.

Con estos elementos claramente delimitados, el segundo aspecto a considerar metodológicamente para la construcción de un concepto operativo de la administración del desarrollo de los recursos humanos es el establecimiento de una ruta que permita su formulación específica. En ese sentido se propone que la misma contenga los momentos que se describen a continuación.

Momento explicativo

En este momento se propone la realización de un análisis exhaustivo de los nudos críticos que explican los principales problemas del desarrollo de los recursos humanos en los sistemas nacionales de salud, haciendo énfasis en aquellos que condicionan o determinan la práctica administrativa hegemónica en las instituciones.

Esto debería implicar la identificación de los aspectos jurídicos, normativos, organizacionales y de procedimientos establecidos a nivel interno de las instituciones y en su relación con la sociedad civil, con la finalidad de conocer el marco que establece el entorno a los procesos de conducción y gerencia, en especial de la administración del desarrollo de los recursos humanos.

De la misma forma se debería hacer un análisis de fuerzas en relación con los distintos actores sociales e institucionales que intervienen en el proceso, tratando de identificar con la mayor especificidad posible las capacidades que tienen o puedan llegar a tener, para influir en las decisiones que se toman para el desarrollo de los recursos humanos.

Esto significa conocer el peso específico de cada actor dentro del proceso, lo que inmediatamente debería relacionarse con identificar las intenciones de cada actor, a partir de los intereses y valores que asumen frente a la problemática del desarrollo de los recursos humanos, así como su posición frente a las operaciones que hegemónicamente se desarrollan para el proceso a nivel institucional.

El complemento para este análisis lo constituye el construir hipótesis sobre la actuación de los distintos actores sociales e institucionales en los escenarios probables en que transitará el desarrollo de los recursos humanos, lo que permitirá prever mecanismos de relación entre ellos.

Momento del diseño normativo

En este momento lo que se debería construir con todos los elementos señalados anteriormente es una propuesta que establezca en su marco general qué se espera que sea la actuación de los distintos actores institucionales y sociales en el proceso de administración del desarrollo de los recursos humanos, así como los mecanismos organizativos que permitirán su interrelación permanente.

Con respecto a la actuación de los actores involucrados, la proposición deberá establecer claramente las atribuciones que deberá desarrollar la institución que ejerza el liderazgo en el sistema nacional de salud, así como el proceso a través del cual llegará a efectuarlas.

Lo anterior permitirá delimitar las atribuciones de los otros actores involucrados en el proceso, lo que necesariamente deberá basarse en un consenso de los mismos con la finalidad de obviar al máximo las tiranías actuales y futuras.

La definición de los mecanismos de organización deberá estar estrechamente vinculada al modelo de organización del sistema nacional de salud que haya sido escogido en el país, con la finalidad de que este elemento específico refuerce el general del sistema.

Lo que se debe tener presente, por la complejidad del desarrollo de los recursos humanos, es que no reproduzca el comportamiento burocrático que ha caracterizado a las instituciones del sector, sino más bien que esté integrado por instancias bien delimitadas, con mecanismos ágiles de comunicación y retroalimentación, de tal forma que permita realmente transformar la práctica administrativa.

Momento estratégico

Una vez delineada la propuesta sobre la estructura básica en la que se apoyará el proceso de administración del desarrollo de los recursos humanos, deberá someterse a un análisis de su viabilidad en términos políticos, económicos, organizativos y técnicos, con la finalidad de identificar las estrategias que serán necesarias para su implementación, a corto y medio plazo.

Este proceso requerirá la participación de los principales actores que intervendrán en la administración del desarrollo de los recursos hu-

manos, lo que podría realizarse en distintas fases que impliquen por lo menos: su revisión individual, la definición de estrategias a partir de proposiciones individuales, hasta la revisión colectiva y el diseño colectivo de estrategias.

Lo importante es que al final del proceso la institución rectora del sistema tenga en cuenta los obstáculos que tendrá que enfrentar, así como las operaciones que deberá desarrollar para alcanzar el montaje del nuevo modelo de administración de recursos humanos.

Momento táctico-operacional

En este momento se pretende que se materialice la estructura básica del modelo operacional de administración del desarrollo de los recursos humanos en el sistema nacional de salud, así como el desarrollo de los procesos específicos que permitan el abordaje del objeto en toda su dimensión.

Dada las características de los sistemas nacionales de salud en la actualidad, este proceso deberá realizarse a partir de múltiples aproximaciones que permitan su acomodamiento dentro del proceso más amplio de reorientación y reorganización que se viene desarrollando, lo que ameritará un monitoreo permanente con la finalidad de realizar los ajustes necesarios en el momento oportuno.

Un componente vital para este proceso será el desarrollo de los mecanismos institucionales que apoyen el modelo, así como la capacitación del personal que se involucre, cuyos contenidos deberán estar estrechamente relacionados con los procesos que se implementan.

A MANERA DE PRIMERAS APROXIMACIONES TEORICAS

De lo expuesto hasta el momento, se deduce que es urgente la formulación de un nuevo estilo de administración del desarrollo de los recursos humanos al interior de los sistemas nacionales de salud que permita no solo enfrentar los problemas de la crisis actual, sino que también permita enfrentar los desafíos del desarrollo y coadyuve a alcanzar los objetivos y metas de SPT-2000.

Desde esa perspectiva, un primer aspecto que debería privar en el estilo de administración del desarrollo de los recursos humanos, es su estrecha relación con un marco de referencia específico, el que debería estar materializado en los proyectos nacionales de desarrollo de los recursos humanos, que por su parte deben corresponder con los requerimientos de los procesos de reorientación y reorganización de los sistemas nacionales de salud.

De esta forma se establecería la historicidad del proceso, en especial cuando los proyectos nacionales de desarrollo de los recursos humanos estén dirigidos a resolver problemas existentes en la realidad y que ameritan soluciones urgentes con el mayor grado de eficacia y eficiencia posibles.

Un segundo aspecto necesario para el cambio de estilo de la administración del desarrollo de los recursos humanos es que se hace necesario concertar y conducir las actuaciones de los distintos actores que participan en el proceso con la finalidad de superar la forma fragmentada en que hasta el momento ha funcionado la administración y garantizar de esa forma la eficacia y la eficiencia de la materialización del proyecto nacional.

Esto implica configurar espacios y procesos de concertación en el conjunto del sistema nacional de salud, en los que se formulen acuerdos y compromisos entre los distintos actores sociales que influyen en el desarrollo de los recursos humanos, en los que se establezca algún grado de coherencia entre las racionalidades políticas, económicas y técnicas, de tal forma que permita asegurar la direccionalidad del proyecto nacional.

Lo anterior parte de la aceptación de que en los sistemas nacionales de salud se evidencian situaciones de poder compartido, a partir de actores sociales con intenciones y capacidades de actuación diferenciados, los que necesitan ser articulados de alguna forma para que realmente se pueda conducir el proceso.

Por otro lado, se parte también de la necesidad de la conducción de estos procesos a partir de instancias que puedan surgir de acuerdo con las iniciativas y el liderazgo ejercido por los distintos actores del sistema nacional de salud y, en especial, de la institución rectora del mismo.

Sin embargo, otro aspecto a considerarse, es que estos espacios deberían abarcar desde los niveles nacionales en los que se formula el proyecto nacional, los niveles institucionales donde se desarrollan las acciones específicas sobre la dinámica del desarrollo de los recursos humanos, el ámbito de utilización y consumo de estos, la relación con los usuarios de los servicios y con otros sectores que se relacionan directamente con el sistema de salud.

De esta manera se estarían conjugando los momentos de conducción y gerencia de la administración del desarrollo de los recursos humanos, al mismo tiempo que la interacción de estos ámbitos operacionales, con la finalidad de que permanentemente puedan surgir propuestas innovadoras que dinamicen el proceso y hagan más eficiente y eficaz su administración.

Mediante esta articulación deberá construirse un sistema de información y comunicación que permita un proceso de toma de decisiones ágiles y concertadas, que le dé viabilidad a los distintos componentes del

desarrollo de los recursos humanos en apoyo a la reorientación del sistema nacional de salud y, por tanto, a la solución de problemas prioritarios que aquejan a los grupos más vulnerables.

Ambos aspectos posibilitan una nueva práctica de la planificación de los recursos humanos, así como el monitoreo de la implementación de las propuestas de intervención, en las que se conjuguen las racionalidades políticas, económicas y técnicas inherentes al proceso y a su objeto específico.

Sobre estas bases se estaría construyendo el modelo de administración del desarrollo de los recursos humanos, el que permanentemente deberá ajustarse a la dinámica histórica y social de los países bajo el supuesto de que los recursos humanos a fin de cuentas son las organizaciones y que estas a su vez son recortes de la estructura social en las que se manifiestan los determinantes y condicionantes más amplios de la sociedad en su conjunto.

A manera de síntesis podría concluirse que la propuesta de administración del desarrollo de los recursos humanos debe concretizar "un proceso de conducción y consulta permanente desencadenado por parte de la institución rectora del sistema nacional de salud, que permita la construcción democrática de consenso y la definición de compromisos en su actuación por parte de los distintos actores sociales e institucionales relacionados con el desarrollo de los recursos humanos, el que se exprese en la articulación dinámica de sus distintas racionalidades, lo que viabilizará el concretar un proyecto nacional de desarrollo de los recursos humanos en consonancia con los objetivos y metas del sistema nacional de salud".

BIBLIOGRAFIA

- Barrenechea, J.J., Trujillo, E. y Chorny, A. *SPT-2000. Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud*, 1ª ed. Editorial Medellín, Universidad de Antioquia, junio de 1990.
- Etiénne, G. *Administración del personal*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud.
- González, G. *Áreas críticas del desarrollo de la fuerza de trabajo en los sistemas nacionales de salud*. Trabajo preparado para la III Unidad del Proceso de Capacitación Avanzada en Desarrollo de Recursos Humanos. Managua, Nicaragua, 1991. Documento mimeografiado.
- Organización Mundial de la Salud. *Gestión de recursos humanos para la salud*. Informe de un Comité de Expertos. Ginebra, 1989.
- Organización Panamericana de la Salud. *Informe del grupo de trabajo sobre planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Río de Janeiro, 14-18 de mayo de 1990. Documento mimeografiado.
- Passos Nogueira, R. *Mercado de trabajo en salud. Conceptos y medidas*. *Educ Med Salud* 20(4):524-532, 1986.

RESEÑAS

VENEZUELA: CONCEPCIONES Y PRACTICAS DE SALUD EN HABITANTES DE COMUNIDADES URBANOMARGINALES Y SUS AGENTES DE SALUD¹

Marisela Hernández,² Carlos Muñoz,² Carlota Pascuali² y Cristina Motta³

INTRODUCCION

En el marco de la psicología de la salud y del enfoque social-cognoscitivo, la presente investigación tuvo como objetivo explorar las cogniciones y conductas en relación con la salud, de dos grupos de actores sociales: habitantes de comunidades urbanas de la ciudad de Barquisimeto y sus agentes formales e informales de salud. La recolección de la información se efectuó mediante entrevistas semiestructuradas.

De acuerdo con el análisis de contenido realizado, los habitantes de las comunidades expresan una concepción de salud con un bajo nivel de elaboración, centrada en la ausencia de enfermedad física y determinada por factores de tipo ambiental. La curación de enfermedades, como representación cognoscitiva, integra una mayor cantidad de creencias que la prevención, lo cual queda también reflejado en un mayor número de comportamientos curativos que preventivos. La población muestra bajos niveles de participación comunitaria y escaso conocimiento de las organizaciones civiles existentes, las cuales son evaluadas negativamente.

Los agentes de salud fueron diferenciados en formales (equipo) e informales (agentes). El equipo de salud no maneja una concepción ex-

¹ Investigación financiada por la Universidad Simón Bolívar y la Fundación Kellogg.

² Universidad Simón Bolívar, Venezuela.

³ Universidad Centro-Occidental Lisandro Alvarado, Venezuela.

plícita e integral de la Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia y parece funcionar como un grupo de trabajo fragmentado. Los agentes informales, si bien muestran satisfacción por su trabajo comunitario, demuestran un bajo nivel de conocimientos y destrezas específicas para la asistencia elemental y la educación en salud de las comunidades para las cuales trabajan.

A partir de los resultados obtenidos se genera un conjunto de recomendaciones generales para el diseño de programas de educación en salud y de educación continua, a ser discutidas con el equipo de la Escuela de Medicina de la Universidad Centro-Occidental Lisandro Alvarado (UCLA).

ENFOQUE DE LA INVESTIGACION

El objeto de estudio de la presente investigación está conformado por el conjunto de cogniciones y conductas notificadas por los habitantes de comunidades urbano-marginales y sus agentes de salud, en relación con aspectos que forman parte de la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) (1). La APS parte de una concepción de salud integral, en términos de un estado de bienestar físico, psíquico y social, el cual se alcanzaría mediante prácticas de promoción, prevención, restauración y rehabilitación de la salud, económicamente viables y socialmente aceptables, a través de servicios eficaces y de la participación de individuos, familias y comunidades. Para tal fin se enfatiza la conveniencia de acudir a instrumentos como la educación en salud, la asistencia materno-infantil y el suministro de medicamentos esenciales.

En el marco de la psicología de la salud, y de acuerdo con Taylor (2), el estudio de representaciones cognoscitivas alrededor de la salud ha mostrado ser de utilidad en la comprensión y predicción de comportamientos relacionados con la preservación y restauración de la salud.

La triangulación recíproca entre: contexto, cognición y conducta, planteada por Bandura (3) constituye un marco de referencia pertinente para el abordaje de las representaciones cognoscitivas, en combinación con la noción de representación social (4) la cual enfatiza procesos de pensamiento natural (sentido común), mediante los cuales las personas construyen un conocimiento socialmente significativo que orienta su acción y su comunicación en lugares y tiempos determinados.

Posiciones teóricas como la de la acción razonada (TAR) (5) y la de autoeficacia (3), contribuyen a desglosar los componentes del sistema cognoscitivo-conductual, en un intento por aumentar las posibilidades de explicación y predicción de la conducta.

A partir del marco de referencia esbozado, los objetivos de la presente investigación, de naturaleza fundamentalmente exploratoria, se presentan a continuación:

1. Describir las cogniciones y conductas de los habitantes de tres comunidades urbano-marginales del Area Metropolitana de Barquisimeto (Estado Lara, Venezuela), en relación con la salud, la enfermedad, los servicios ambulatorios locales y la participación comunitaria alrededor de su problemática de salud.

2. Identificar el papel de factores propios del contexto familiar y comunitario, en la conformación de cogniciones y la manifestación de conductas entre los habitantes de las comunidades estudiadas.

3. Describir cogniciones y conductas de los agentes de salud tanto formales (equipo de salud) como informales (organizaciones comunitarias), que trabajan en las comunidades seleccionadas, en relación con procesos de salud-enfermedad y participación en dichas comunidades, los servicios ambulatorios locales y su perfil ocupacional.

4. Explorar el papel de factores propios del contexto socio-laboral de los agentes de salud, en la conformación de cogniciones y la expresión de conductas en relación con los tópicos señalados en el punto anterior.

5. Comparar las cogniciones y conductas notificadas por los agentes de salud con las expresadas por los habitantes de las comunidades estudiadas.

En el contexto del presente trabajo las cogniciones que se abordan son creencias, actitudes, percepción de eficacia y atribución de responsabilidad. Las creencias se definen, de acuerdo con Ajzen y Fishbein (5) como los atributos asignados a objetos y comportamientos, en nuestro caso, los asignados a la salud, la enfermedad, los servicios locales y los procesos de participación y organización comunitaria. Las actitudes se definen como evaluaciones personales expresadas a través de calificativos valorativos, con connotación afectiva.

La percepción de eficacia queda entendida, a partir de los planteamientos de Bandura (3), como el juicio sobre la disponibilidad de recursos, tales como conocimiento y destrezas personales y grupales para incidir sobre: la promoción, prevención y restauración de la salud, los servicios locales y la participación en la solución de la problemática de salud comunitaria. La atribución de responsabilidad se concibe, de acuerdo con Rotter (6) como el peso relativo que se asigna a los recursos personales-comunitarios en contraste con instancias externas (Dios, el gobierno, los médicos, los curanderos o el azar), en el mantenimiento y restauración de la salud.

En los agentes de salud se abordan adicionalmente sus creencias, actitudes, percepción de eficacia y atribución de responsabilidad en relación con su perfil ocupacional, es decir, (a) las funciones y tareas propias de su desempeño laboral, (b) la APS como estrategia y (c) las características del establecimiento de salud o la organización comunitaria a la que pertenecen y dado que en el proceso salud-enfermedad los agentes de salud desempeñan un papel activo, ellos se han incorporado como sujetos de estudio.

Una revisión de la literatura sobre el tema investigado destaca el papel de los valores en los comportamientos vinculados a la salud. Lau *et al.* (7) encontraron que las personas que notificaban mayor número de comportamientos preventivos eran aquellas que valoraban su salud y que la consideraban factible de ser controlada por ellos mismos y por profesionales.

Campbell (8) desarrolló una clasificación de los términos más utilizados por un grupo de niños y sus madres, como definitorios de enfermedad. Estos términos cubren un variado espectro que va desde estados no localizados (sentirse mal) hasta estados de ánimo (irritabilidad) y alteración de conductas usuales (no ir a trabajar), pasando por sensaciones somáticas localizadas (dolores) y signos externos (articulaciones inflamadas). Esta clasificación ha recibido sustentación en investigaciones posteriores (9).

En Venezuela, un estudio sobre la Representación Social del Rezo (10) rito mágico-religioso destinado a la curación de personas, animales y plantas, hace referencia a las razones que llevan a ciertos grupos a preferir la medicina popular frente a la moderna: consideración de causas sobrenaturales y psíquicas para las enfermedades, una visión global y humana con respecto al paciente, la percepción del rezandero como una persona con fe y compromiso en su labor, en contraste con los médicos.

El locus de control y la percepción de eficacia, así como la certeza de la intención han sido propuestas como variables que moderan la relación entre creencias-actitudes y comportamientos (11-15).

La conducta de "búsqueda de atención médica" propuesta por Mechanic (16) y revisada conceptualmente por Infante-Castañeda (17), implica las siguientes variables:

- Relevancia de los síntomas y signos, en función de su visibilidad, identificación y seriedad percibida.
- Grado de interferencia con actividades familiares, laborales y sociales.
- Frecuencia de aparición y persistencia.
- Tolerancia de los demás hacia la enfermedad.
- Bases para la evaluación: información disponible y supuestos culturales.
- Disponibilidad y accesibilidad del tratamiento.

Infante-Castañeda (17) señala que en las clases bajas las necesidades de salud se perciben como menos prioritarias que las relacionadas con empleo y vivienda; los síntomas psíquicos tienden a considerarse menos importantes que los físicos.

En lo que respecta a las concepciones y prácticas de los agentes de salud, se identifica solo un estudio, realizado en Colombia por Díaz *et*

al. (18). Los autores señalan que aproximadamente la mitad de los profesionales de la salud entrevistados no poseen una actitud claramente formada en cuanto a la participación comunitaria como vía para superar los problemas de salud.

Como contribución a la integración de los planteamientos señalados, fueron identificados los modelos psicosociales de apoyo. Estos modelos proveen descripciones de la mediación de factores psicosociales en la relación apoyo social-salud, pudiendo señalarse como tales: a) información provista por los miembros de la red de apoyo, como por ejemplo la relativa a servicios disponibles o conductas promotoras de salud; b) sentimientos de control sobre la salud y la enfermedad, reforzadas por los integrantes de la red; c) modelos y normas sociales provistos por los grupos de pertenencia, los cuales presionan para el desempeño de ciertas conductas y d) percepción de recursos tangibles en la red (mecanismo para adquisición de alimentos, medicamentos). Los modelos psicosociales de apoyo sustentarían las hipótesis de que un mayor nivel de participación del individuo en actividades comunitarias contribuiría con su salud, como consecuencia de que su red de apoyo se ampliaría a los vecinos y a los agentes de salud (19).

METODO DE LA INVESTIGACION

Unidades de estudio

En el lapso comprendido entre los meses de febrero y mayo de 1991, fueron entrevistadas 62 personas, habitantes de tres comunidades urbano-marginales ubicadas en la ciudad de Barquisimeto. Se entrevistó en cada vivienda seleccionada, a la madre o en su defecto, a la persona de sexo femenino mayor de 14 años que estuviera en casa. Igualmente se entrevistaron 22 personas (50%) del Centro Ambulatorio del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de la zona (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y auxiliares de laboratorio, radiología e historias médicas). De los agentes no formales fueron entrevistados 11 integrantes de organizaciones comunitarias, principalmente Juntas de Vecinos y Comités de Salud.

En total se realizaron 95 entrevistas, con una duración promedio de 1 hora y 30 minutos cada una.

Instrumentos utilizados

Se elaboraron tres guías de entrevista semi-estructuradas: una dirigida a los habitantes de las comunidades, la cual cubre tópicos relativos a percepciones, representaciones cognitivas y conductas relacionadas con

la salud, las enfermedades percibidas como de alta prevalencia, los servicios locales de salud y la participación y organización comunitarias; la segunda se dirige a los integrantes del equipo de salud, y además de cubrir los mismos aspectos, explora concepciones y prácticas vinculadas con el perfil ocupacional. La tercera se dirige a los agentes no formales y constituye una versión similar a la del equipo de salud.

Las guías de entrevista fueron elaboradas con la cooperación de profesionales con actividad comunitaria y fueron probadas mediante un estudio piloto realizado en tres comunidades de la ciudad de Barquisimeto, y sus correspondientes agentes formales e informales de salud. El análisis de las entrevistas se efectuó en base a un sistema de categorías formales y de contenido.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Dada la naturaleza exploratoria y cualitativa de la investigación, los resultados presentan tendencias generales, identificadas a nivel cognoscitivo y conductual, en los tres grupos de actores considerados: habitantes de las comunidades, agentes formales (equipo de salud) y agentes informales (organizaciones civiles).

Para la mayoría de los **habitantes de las comunidades** la salud ocupa el tercer lugar de importancia, después de la vivienda y la alimentación. Se evidenció el predominio (62%) de una concepción de salud de bajo nivel de elaboración y centrada en la ausencia de enfermedad física, identificándose como factores relevantes la higiene de la vivienda y los alimentos, la disponibilidad de servicios básicos y la alimentación. El acceso a los servicios médicos ocupa un lugar secundario. La salud corporal infantil resulta preponderante en la concepción de salud, mientras que la adulta y la salud mental ocupan espacios reducidos, aunque parece existir una prevalencia significativa de hipertensión arterial y alcoholismo en adultos y de problemas de aprendizaje en niños, no conceptualizados como condiciones problemáticas por la población. Solo 24% de las entrevistadas define la salud a partir de aspectos psicológicos como hábitos saludables y ausencia de preocupaciones. Un porcentaje aún menor (14%) articula componentes corporales, psicológicos y sociales, aproximándose a un concepto más elaborado de bienestar.

Para la preservación de la salud y la prevención de enfermedades se percibe como factible y se reporta un reducido número de conductas centradas en la higiene. La alimentación y la disponibilidad de servicios básicos, si bien se consideran importantes como factores preventivos, no se perciben como controlables. Para la restauración de la salud se identifican varios cursos de acción en función de la causa atribuida a la enfermedad y a la gravedad percibida en los síntomas. Para casos considerados leves se

recurre a remedios caseros; frente a síntomas desconocidos, persistentes y/o agudizados se acude al servicio médico, principalmente público. Si los síntomas se consideran conocidos y fueron anteriormente tratados por el médico, tiende a repetirse el tratamiento. Si los síntomas se atribuyen a causas sobrenaturales (mal de ojo) se acude al "chamarrero", a quien se le atribuyen poderes extensos y se percibe como una persona que habla el mismo lenguaje y recomienda medicamentos poco tóxicos y de menor costo. Dados el costo de los medicamentos y la accesibilidad limitada a los servicios, los comportamientos con fines curativos que se consideran más factibles son preparar remedios caseros y acudir al "chamarrero".

Entre las fuentes de aprendizaje mencionadas como relevantes en lo que respecta a la salud, surge en primer lugar el aprendizaje por ensayo y error, a partir de recomendaciones transmitidas informalmente por familiares y amigos. En segundo lugar se mencionan los medios de comunicación, principalmente la televisión y la radio. La mayoría de las personas afirmó no haber participado en ninguna actividad educativa a nivel comunitario, lo cual debe llamar a reflexión a los comités de salud en cuanto a su función en las comunidades.

Como problemas de alta prevalencia local, el 50% de las personas identifica la gripe y las diarreas. Le siguen en frecuencia el asma, la parasitosis y la escabiosis, lo cual coincide con la morbilidad señalada por el equipo de salud. Sin embargo, la desnutrición es reconocida espontáneamente como problema solo por una pequeña proporción de las entrevistadas (menos de 10%), aun cuando las estadísticas locales la señalan como problema de salud pública. Al respecto puede haber desconocimiento de sus signos y/o negativa a reconocer su existencia, en vista de ser un evidente indicador de pobreza.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se formula la hipótesis de que la limitada gama de comportamientos preventivos reportados por las entrevistadas se asocia a la identificación de pocos recursos personales y colectivos para llevarlos a la práctica.

La comunidad informa conocer pocos servicios de los ofrecidos por el ambulatorio de la zona, utilizando principalmente los de emergencias, planificación familiar y control de niños sanos. Los aspectos del servicio evaluados negativamente son: los tiempos de espera y la eficacia en la solución de problemas de salud. Esta evaluación del servicio coincide con la expresada por su personal, quien está de acuerdo en que existen limitaciones en el acceso y la calidad de la atención prestada.

Se evalúa positivamente la calidad técnica del personal médico. Sin embargo, el ambulatorio es percibido como un lugar sobre el cual no se tiene ingerencia y no se le atribuyen funciones educativas para la promoción y prevención en salud.

Si bien la idea abstracta de organización comunitaria para participar en la solución de la problemática de salud es considerada positiva,

se evalúan negativamente las instancias concretas en las cuales aquella se ha expresado en las comunidades. La actuación de las Juntas de Vecinos, organizaciones civiles ampliamente conocidas, se consideran limitadas y altamente partidizadas. Los Comités de Salud prácticamente se desconocen. El 51% de las entrevistadas no participa en ninguna actividad comunitaria, argumentando escasez de tiempo debido a labores domésticas; algunas personas asocian la participación con "meterse en la vida de los demás" a lo que asignan una connotación negativa. El 25% indica que se limita a acudir a reuniones de la Junta de Vecinos.

Frente a la limitada participación comunitaria, la ausencia, o en el mejor de los casos, la debilidad de las redes de apoyo material, educativo y asistencial, estaría contribuyendo a la existencia de condiciones precarias de salud a nivel comunitario, familiar e individual.

Los integrantes de las **organizaciones civiles** muestran un perfil similar al de los otros habitantes de las comunidades en lo que respecta a concepciones de salud-enfermedad. Aun cuando evidencian un mayor conocimiento de los servicios y programas del ambulatorio, lo utilizan con poca frecuencia, ya que acuden a servicios privados. Poseen mayor información acerca del significado de la organización comunitaria y su evaluación hacia la misma es positiva. Señalan cómo lograron superar obstáculos personales y familiares para incorporarse al trabajo comunitario. Sin embargo, los miembros del comité de salud parecen manejar poca información y destrezas en cuanto a asistencia simplificada y educación, funciones estas que se esperan de un agente de salud.

Los **agentes formales** (equipo del ambulatorio) muestran diversos grados de conocimiento acerca de las condiciones de salud de las comunidades de las zonas de influencia: las trabajadoras sociales y la enfermera comunitaria expresan mayor información y actitudes más favorables hacia las potencialidades de cambio de las comunidades, en comparación con el resto del personal. La concepción de Atención Primaria de Salud no es manejada explícitamente por enfermeras y ayudantes de los servicios de laboratorio, radiología y odontología; los médicos enfatizan casi exclusivamente los componentes asistenciales y las trabajadoras sociales los de participación comunitaria. Sin embargo, todos parecen estar de acuerdo en la importancia de la educación en salud para la población. La concepción de educación que se expresa es más bien de corte tradicional, ya que prácticamente se la equipara con actividades poco continuas, superficiales y no participativas como las charlas. Esta concepción debería ser modificada a la luz de las necesidades de un programa de educación en salud con enfoque dinámico y continuo.

En términos generales, el personal entrevistado mencionó pocos componentes de la APS como estrategia, y tiende a expresarlo de manera fragmentada, lo cual se diferencia de la concepción normativa de la estra-

tegia, donde los diferentes componentes conforman un todo integrado en la búsqueda del bienestar de las personas.

Los médicos restringen la percepción de su área de competencia profesional al ambulatorio y a la relación con el paciente. El ambiente extra-ambulatorio queda fuera de su área percibida de competencia. Una percepción similar y aun más intensamente intra-ambulatoria, caracteriza a las enfermeras. Las trabajadoras sociales, por el contrario, conocen y trabajan sobre la problemática comunitaria, pero desconocen la problemática de salud atendida en el ambulatorio. Las asistentes desconocen las condiciones de salud tanto intra como extra-ambulatorias. Esta situación sugiere la hipótesis de que no existe un funcionamiento de equipo de trabajo, sino de un grupo de profesionales y auxiliares de distintas disciplinas en una actividad multidisciplinaria más que interdisciplinaria.

En relación con las actitudes hacia las potencialidades comunitarias para la detección y solución de sus problemas de salud, las actitudes más favorables al respecto fueron manifestadas por las trabajadoras sociales y la enfermera comunitaria, seguidas por los médicos. Estos profesionales también evaluaron positivamente la actuación de las organizaciones comunitarias conocidas. La actitud en cuestión no fue claramente positiva entre las enfermeras, quienes tendieron a considerar más limitadas las potencialidades comunitarias y a mostrar expectativas menos favorables frente a las posibilidades de cambio de comportamiento de la población, por la vía de la educación en salud.

CONCLUSIONES

A la luz de los resultados obtenidos y con miras al desarrollo de programas de educación en salud, parece conveniente reforzar en grupos poblacionales como los estudiados, sus sentimientos de control personal y colectivo sobre la salud, mediante la participación en experiencias concretas con logros visibles, apoyados por organizaciones civiles e instituciones gubernamentales locales. El personal de salud que participaría en dicha empresa educacional debería incorporarse a procesos de aprendizaje que estimularan el cambio de algunas concepciones y prácticas relacionadas con la atención y la educación en salud.

REFERENCIAS

- 1 World Health Organization. *Global Strategy for Health for All by the year 2000*. Geneva. 1981.
- 2 Taylor, S. Health Psychology: the science and the field. *Am Psychol* 45(1):40-50, 1990.

- 3 Bandura, A. *Social Foundations of Thought and Action*. New Jersey, Prentice-Hall, 1986.
- 4 Moscovici, S. *Psicología Social*. Tomo II. Buenos Aires, Edit. Paidós, 1986.
- 5 Ajzen, I. y Fishbein, M. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. New Jersey, Prentice-Hall, 1980.
- 6 Rotter, J. Internal versus external locus of reinforcement. *Am Psychol* 45(4):489-493, 1990.
- 7 Lau, R., Hartman, K. y Ware, J. Health as a value: Methodological and theoretical considerations. *Health Psychol* 5(1):25-43, 1986.
- 8 Campbell, J. Illness as a point of view: The development of children's concepts of illness. *Child Dev* 46:92-100, 1975.
- 9 Millstein, F. e Irwin, C. Concepts of health and illness: Different constructs or variations on a theme?. *Health Psychol* 6(6):512-524, 1987.
- 10 Alruiz-Torres, M. La representación social del fenómeno mágico religioso "rezo" o "secreteo" en el Táchira. *Comportamiento* 1(2):23-34, 1990.
- 11 Kristiansen, C. y Eiser, R. Predicting health-related intentions from attitudes and normative beliefs: The role of health locus of control. *Br J Soc Psychol* 25:67-70, 1986.
- 12 Lau, R. Origins of health locus of control belief. *J Per Soc Psychol* 42(2):322-334, 1982.
- 13 Briceño-León, R. *La casa enferma*. Caracas, Fondo Editorial Acta Científica de Venezuela, 1990.
- 14 O'Leary, A. Self-efficacy and health. *Behav Res Ther* 1(4):437-451, 1985.
- 15 Nederhof, A. Self-involvement, intention certainty and attitude-intention consistency. *Br J Soc Psychol* 28:123-133, 1989.
- 16 Mechanic, D. The stability of health and illness behavior: Results from a 16-years follow-up. *Am J Public Health* 69(11):1142-1145, 1979.
- 17 Infante-Castañeda, C. Bases para el estudio de la interacción familia-redes sociales-uso de servicios de salud. *Salud Pública Mex* 30(2):175-196, 1988.
- 18 Díaz, C., García, R., Romero, M. y Villegas, L. Actitud de los trabajadores de la salud ante la participación de la comunidad, Municipio de Medellín. *Rev Perspectiva* 3(2):13-58, 1986.
- 19 Cohen, S. Psychosocial models of the role of social support in the ethiology of physical disease. *Health Psychol* 7(3):269-297, 1988.

COLOMBIA: EVALUACION DEL MAGISTER EN ENFERMERIA, UNIVERSIDAD DEL VALLE 1988-1990

*Blanca Aguirre de Cabal,¹ Nohemy Barona de Infante,² Edelmira Castillo E.,³
María Victoria Granada P.,³ Julia Lerma G.,² María Clara Tovar de A.³ y
Martha Lucía Vásquez T.³*

INTRODUCCION

El Programa de Magister del Departamento de Enfermería de la Universidad del Valle en sus tres campos de énfasis: Atención a la madre y al recién nacido, Atención al niño y Atención al adulto y al anciano, se desarrolló para preparar al egresado en docencia, asistencia e investigación y para fortalecer el desarrollo de las instituciones de docencia y servicio en el campo de la salud y, específicamente, de enfermería.

Con el fin de retroalimentar el proceso de planeación y desarrollo del programa se evaluó el plan de estudios, lo cual permitió realizar ajustes a la segunda versión del Programa.

La evaluación la realizó el grupo docente que intervino en el diseño y ejecución del plan de estudio con la participación de las estudiantes, de docentes de otras facultades de la Universidad y del personal de servicio que tuvo alguna vinculación con el plan.

La presente investigación se fundamenta en la conceptualización del Programa de Magister en Enfermería como un sistema abierto. Este sistema se define como una unidad con metas específicas de partes interactuantes e interdependientes que se nutren a través del tiempo (1).

La evaluación es un proceso continuo que comienza desde el planeamiento de un programa (2); puede definirse como el conjunto de procedimientos para juzgar los aspectos positivos y negativos de un programa y proveer información sobre sus objetivos, expectativas, actividades, resultados, impacto y costos. La evaluación debe ser parte integral del diseño y ejecución de un programa y la información se debe recoger y utilizar para la toma de decisiones antes, durante y después de la realización del mismo (3).

¹ Profesora Asistente Departamento de Enfermería, Universidad del Valle.

² Profesora Titular Departamento de Enfermería, Universidad del Valle.

³ Profesora Asociada Departamento de Enfermería, Universidad del Valle.

En la práctica se pueden observar dos problemas cuando se realizan las evaluaciones:

- La información recolectada no siempre proporciona los elementos necesarios para hacer un juicio sobre la situación y tomar una decisión.
- La evaluación se hace con frecuencia al término de un programa sin hacerle ajustes (2). Sin embargo, la evaluación del Programa del Magister en Enfermería permitió realizar ajustes al mismo y a los futuros programas.

MATERIALES Y METODOS

La evaluación del Magister en Enfermería se realizó mediante un estudio descriptivo, llevado a cabo en el Departamento de Enfermería de la Universidad del Valle, durante el período comprendido entre 1988-1990.

La muestra la conformaron 15 estudiantes matriculadas en el primer programa de Magister, 7 docentes del Departamento de Enfermería que participaron en el mismo y 17 funcionarios responsables de servicios y programas de las instituciones de salud donde las estudiantes desarrollaron sus actividades prácticas.

Las variables estudiadas fueron las siguientes:

Ejes integradores: Son los elementos que están permanentemente en el programa y que orientan la estructura curricular. Estos ejes son: Sociedad, familia, proceso salud-enfermedad, atención primaria, investigación e intervención de enfermería.

Estructura curricular: Son las experiencias de enseñanza-aprendizaje organizadas en áreas y asignaturas que conforman el plan de estudios. Las áreas y asignaturas son las siguientes: área de instrumentación con las asignaturas de biometría e inglés, área de fundamentación con las asignaturas de comunidad, familia y salud, atención ambulatoria y hospitalaria según campo de énfasis; área de investigación con las asignaturas de: metodología de la investigación, seminario de tesis I, seminario de tesis II y tesis. Cada asignatura incluye: objetivos, contenidos, metodología y evaluación.

Perfil profesional: Es la función que se define para la egresada del Programa y que se refiere a la adquisición de conocimientos, desarrollo de habilidades y fortalecimiento de actitudes que el plan estima como deseables. Los elementos del perfil están definidos dentro de los campos de acción del desempeño profesional, o sea, la atención directa, administración, educación e investigación.

Satisfacción del estudiante: Es la manifestación de agrado del estudiante por el cumplimiento de las metas y el logro de sus expectativas en el programa.

Satisfacción del docente: Es la manifestación de agrado del docente por los logros del programa y su desarrollo profesional y personal.

Se elaboraron instrumentos diferentes para estudiantes, docentes y personal de servicios. El cuestionario para las estudiantes y los docentes incluyó: información relacionada sobre ejes integradores, perfil profesional, cumplimiento de objetivos, metodología y satisfacción con el programa.

El cuestionario para el personal de servicio incluyó: participación en planeación, ejecución y evaluación del programa; pertinencia y continuidad de actividades, intereses y comunicación demostrada por estudiantes y docentes. También se analizaron las evaluaciones aplicadas al finalizar cada asignatura; igualmente se tomó información de las actas de las reuniones de estudiantes y docentes efectuadas durante el desarrollo del Programa.

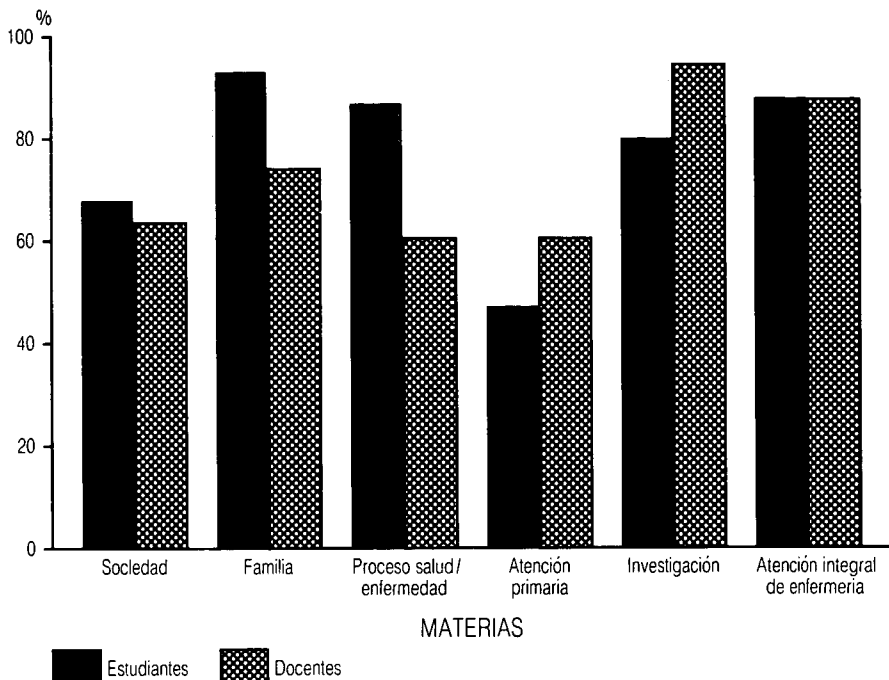
RESULTADOS Y DISCUSION

En relación con la presencia de los ejes integradores en el plan de estudios, 14 estudiantes (93%) consideraron que el eje "Familia" se mantuvo siempre en el plan de estudios, lo cual corresponde con el marco conceptual del currículo que plantea a la familia como grupo básico de las acciones de salud. Los ejes "Proceso salud-enfermedad" y "Atención integral de enfermería" se mantuvieron siempre para 13 estudiantes (87%) (Figura 1). El eje integrador "Atención primaria" se mantuvo siempre en el plan de estudios para 7 estudiantes (47%). Este resultado podría explicarse por el hecho de que en la actualidad la conceptualización de la atención primaria no es clara ni universal y esta estrategia se encuentra en proceso de desarrollo, si se tiene en cuenta que la infraestructura existente no es suficiente para el trabajo intersectorial, la participación comunitaria, la gerencia de programas y la tecnología apropiada (4).

En promedio, el 77% de las estudiantes opinaron que los ejes integradores se mantuvieron siempre en el currículo. La continuidad de los ejes integradores en el currículo según opinión de los docentes se muestra en la Figura 1. "Investigación" y "Atención integral de enfermería" fueron los ejes con mayor presencia en el plan de estudios; "Atención primaria" y "Proceso salud-enfermedad" se mantuvieron en el currículo en menor proporción. En promedio, el 73% de las docentes consideraron que todos los ejes integradores se mantuvieron en el desarrollo del plan de estudios.

"Realizar investigaciones que lleven a la aplicación y generación de conocimientos en salud y en particular en enfermería" y "Diseñar, desarrollar y evaluar el componente de enfermería" fueron los aspectos del perfil profesional que más se lograron durante el proceso enseñanza-aprendizaje según opinión de estudiantes y docentes (53 y 82% y 67 y 82%,

FIGURA 1. Opinión de las estudiantes y los docentes sobre presencia de los ejes integradores en el plan de estudios del Magister en Enfermería, 1988-1990.



respectivamente). “Administrar servicios y programas de salud” y “Diseñar y desarrollar planes de estudio” fueron los aspectos que menos se lograron: 13 y 35% en el primero y 20 y 35% en el segundo, según estudiantes y docentes. Con relación al último hallazgo se puede comentar que a pesar que el programa proporcionó elementos teóricos básicos faltaron experiencias prácticas que reforzaran dichos aspectos del perfil profesional.

Al observar en su totalidad el logro del perfil profesional, las estudiantes y los docentes opinaron que este se alcanzó completamente en un 35 y 56%, respectivamente, durante el desarrollo del programa y parcialmente en un 42 y 44%, respectivamente.

Los hallazgos descritos en relación con el logro del perfil permiten subrayar la necesidad de incrementar la oportunidad de experiencias de aprendizaje en aquellos componentes en que hubo menor logro.

Según la opinión de las estudiantes, la asignatura del área de fundamentación que mayor porcentaje obtuvo en el logro de los objetivos fue Atención hospitalaria (80,0%) (Cuadro 1). Este resultado podría explicarse porque en las asignaturas previas las estudiantes habían recibido

CUADRO 1. Opinión de las estudiantes y los docentes sobre el logro de los objetivos generales de las asignaturas, evaluación final, Programa de Magister en Enfermería 1988-1990.

Asignaturas	Logro de los objetivos generales							
	Estudiantes				Docentes			
	Sí		En parte		Sí		En parte	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Biometría	10	66,6	5	33,4	9	90	1	10
Inglés	10	66,6	5	33,4	7	70	3	10
Comunidad-familia y salud	9	60,0	6	40,0	14	93	1	15
Atención ambulatoria	9	60,0	6	40,0	10	83	2	12
Metodología científica	7	46,7	5	33,3	8	73	3	11
Seminario de tesis I	13	86,7	2	33,3	10	83	2	12
Atención hospitalaria	12	80,0	3	40,0	9	69	4	13
Seminario de tesis II	8	53,3	5	33,3	10	91	1	11
Total	78	65,0	37	31,0	77	82	17	94

elementos teórico-prácticos sobre diagnóstico comunitario e institucional y elaboración de planes de acción para la atención de enfermería, los cuales se retoman y profundizan en esta asignatura. Por otra parte, la formación básica del profesional de enfermería enfatiza los aspectos clínico hospitalarios.

En las asignaturas Comunidad, familia y salud y Atención ambulatoria el 60% de las estudiantes consideraron que se lograron los objetivos. Al respecto es necesario tener en cuenta los comentarios hechos por las estudiantes y que posiblemente influyeron en este resultado. Las estudiantes manifestaron falta de habilidad para realizar trabajo comunitario y falta de motivación de la comunidad para participar en las actividades planeadas por haber recibido exceso de trabajo por parte de los estudiantes universitarios.

Los objetivos se lograron tanto en Inglés como en Biometría en un 66%. Es importante mencionar que la mayoría de las estudiantes a su ingreso no leían el inglés y el aprendizaje se orientó a la comprensión de lectura.

Respecto a Biometría el grupo de estudiantes era bastante heterogéneo en sus conocimientos previos debido a que los contenidos relacionados con esta asignatura se han desarrollado en la formación básica con diferentes niveles de profundidad.

En el área de Investigación, el logro de los objetivos fue mayor en el Seminario de tesis I con un 86,7% y menor en Metodología de la investigación, con un 46,7% (Cuadro 1). Esta baja proporción puede de-

berse a la dificultad que estudiantes y docentes tuvieron para integrar los elementos de las asignaturas Comunidad, familia y salud, Biometría y Metodología de la investigación en la realización del diagnóstico comunitario.

En la asignatura Seminario de tesis II se encontró una diferencia notable entre los resultados de la evaluación del proceso (93%) y la evaluación final (53%) en relación con el logro del objetivo general. En la evaluación de proceso los estudiantes identificaron como elementos positivos el aprendizaje sobre el manejo del computador, los refuerzos y los avances en los proyectos de tesis.

Para los docentes, la asignatura Comunidad, familia y salud obtuvo el mayor porcentaje (93%) en el logro del objetivo general y la asignatura Atención hospitalaria alcanzó el menor porcentaje (69%) (Cuadro 1). La realización del diagnóstico comunitario y familiar permitió la integración de elementos de Biometría e Investigación, el trabajo coordinado con el área de administración y los distintos campos de énfasis. Asimismo se mantuvo el enfoque psicosocial y la metodología práctica-teoría-práctica, aspectos considerados innovadores por el grupo de docentes en el plan de estudios.

El alto porcentaje en el logro del objetivo general de Biometría (90%) se podría explicar por la aplicación de sus contenidos en las diferentes asignaturas del plan de estudios. El porcentaje relativamente bajo de Inglés (70%) posiblemente se deba a la discontinuidad de las lecturas en inglés en las diferentes asignaturas.

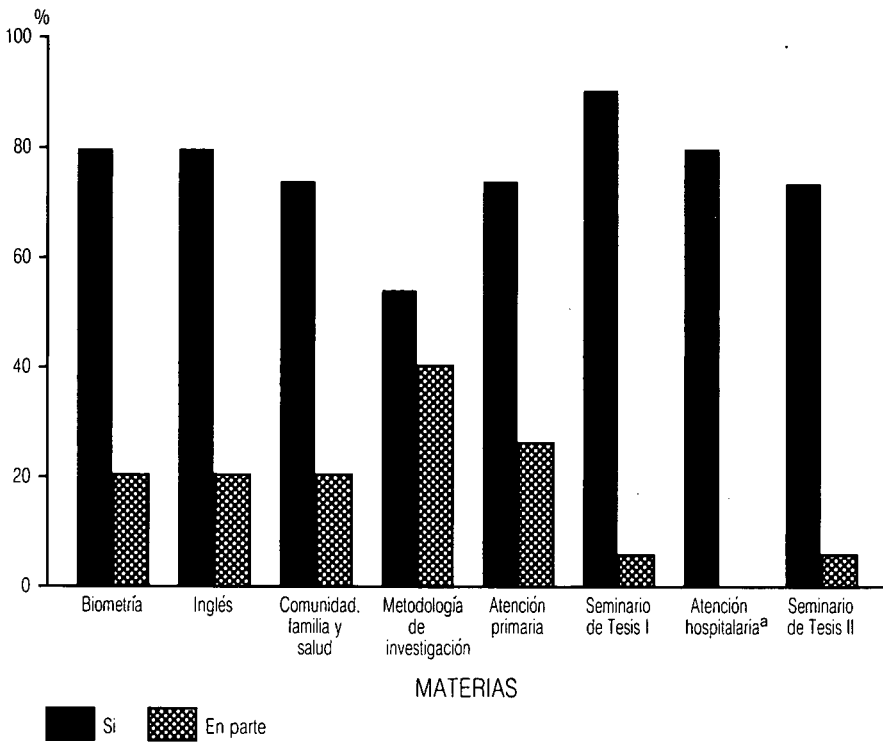
Los porcentajes altos en el logro de los objetivos de las asignaturas Seminario de tesis I, II y Tesis pueden atribuirse a los avances alcanzados en las tesis, el trabajo permanente entre las coordinadoras de las asignaturas, las directoras y los asesores de tesis. El logro del objetivo general fue mayor en la asignatura Seminario de Tesis II (91%) y menor para Metodología de investigación (73%) (Cuadro 1).

Comparando las opiniones de los docentes y las estudiantes sobre el logro de los objetivos en las asignaturas del plan de estudios se encontró lo siguiente: el 82% de los docentes y el 65% de las estudiantes consideraron que sí se lograron los objetivos generales de las asignaturas del Plan de Estudios, el 18% de los docentes y el 31% de las estudiantes opinaron que los objetivos se lograron parcialmente, ningún docente y el 4% de las estudiantes consideraron que los objetivos no se lograron en algunas asignaturas (Cuadro 1).

Estos resultados sugieren la necesidad de revisar los objetivos y analizar permanentemente el logro de los mismos a lo largo del plan de estudios entre docentes y estudiantes.

Al analizar la congruencia de las evaluaciones con los objetivos en cada una de las asignaturas, 7 de las 8 asignaturas mostraron que dicha congruencia estuvo por encima del 73% (Figura 2).

FIGURA 2. Relación entre los objetivos de las asignaturas y la evaluación del aprendizaje según opinión de las estudiantes en la evaluación final.



^a En atención hospitalaria 3 estudiantes no respondieron.

Los elementos evaluados en relación con los aportes de las estudiantes al desarrollo de los servicios fueron los siguientes:

- 1) Promoción de cambios favorables a nivel de programas ambulatorios, comunitarios y hospitalarios.
- 2) Factibilidad de continuar las actividades de enfermería realizadas por las estudiantes una vez finalizada la rotación práctica.
- 3) Coordinación intra y extra institucional de las acciones de enfermería realizadas por las estudiantes.
- 4) Aplicación de estrategias conducentes a motivar a las personas del equipo de salud y de la comunidad en la participación eficiente de las actividades realizadas.
- 5) Cumplimiento de actividades formuladas en el Plan de Acción de Enfermería elaborado con base en el diagnóstico comunitario y familiar y el perfil epidemiológico.

Entre los aportes de estudiantes y docentes al desarrollo de los servicios se destacan: el cumplimiento de las actividades realizadas durante la práctica (88%), la factibilidad de continuidad de las acciones (71%), la motivación del personal (47%) y la promoción de cambios favorables en la prestación de los servicios (23%) (Cuadro 2). En promedio, 59% de las personas encuestadas opinaron que el programa sí aportó a los servicios los cinco elementos considerados y el 34% restante opinó que la contribución fue parcial. Estos resultados sugieren que en los próximos programas debe fortalecerse el trabajo coordinado entre servicio y docencia. Igualmente es recomendable hacer un seguimiento de las actividades realizadas por las estudiantes para determinar si los cambios propuestos a nivel de los programas y servicios comunitarios, ambulatorios y hospitalarios lograron continuidad. Se consideraron como factores que influyeron en la satisfacción de la estudiante los siguientes: 1) tiempo asignado a las asignaturas; 2) los elementos del apoyo proporcionado por los docentes en el proceso enseñanza-aprendizaje; 3) los logros propiciados por la metodología del programa, y 4) los recursos físicos utilizados en el desarrollo del programa.

El tiempo global asignado a las asignaturas fue suficiente para el 85% de las estudiantes (Cuadro 3). En "Atención ambulatoria" y "Atención hospitalaria" el 100% de ellas opinaron que fue suficiente. En inglés, el 27% opinó que el tiempo fue suficiente, sugiriéndose se mantenga la asignatura a lo largo del Magister, dado que la mayoría de los materiales bibliográficos se encuentran en inglés. En las asignaturas del área de investigación el tiempo fue suficiente para el 93% de las estudiantes.

Los elementos de apoyo considerados como factores influyentes en la satisfacción de la estudiante fueron: orientación oportuna, retroalimentación, conocimientos específicos y aportes al desarrollo profesional. Las estudiantes consideraron que dichos elementos estuvieron presentes

CUADRO 2. Opinión del personal de las instituciones sobre aportes de las estudiantes y docentes al desarrollo de los servicios.

Opinión Elementos	Sí		En parte		No		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	No.
Impulsaron cambios en la prestación de servicios	4	23	9	53	4	24	17
Factibles de continuidad en los servicios	12	71	5	29	—	—	17
Coordinación de acciones	12	71	4	24	—	—	16
Motivación de personal	8	47	6	35	2	12	16
Cumplimiento de actividades	15	88	2	2	—	—	17
Totales	51	59	30	34	6	7	87

CUADRO 3. Opinión de las estudiantes respecto al tiempo dedicado a las asignaturas en el Programa de Magister en Enfermería, 1988–1990.

Asignatura	Tiempo asignado			
	Suficiente		Insuficiente	
	No.	%	No.	%
Biometría	13	87	2	33
Inglés	4	27	11	73
Comunidad-familia y salud	13	87	2	33
Metodología de investigación	14	93	1	7
Atención ambulatoria	15	100	—	—
Seminario de tesis	14	93	1	7
Atención hospitalaria	15	100	—	—
Seminario de tesis ^a	14	93	—	—
Total	102	85	17	14

^aUna sin respuesta.

con una distribución porcentual similar (60–66%) (Cuadro 4). Las estudiantes recibieron mayor apoyo de los docentes en las asignaturas de Inglés (86,6%) y Seminario de tesis II (80%).

Los recursos físicos utilizados en el desarrollo del programa de Magister fueron adecuados para 87% de las estudiantes. Analizando individualmente cada uno de los recursos, se encontró que 27% de las estudiantes consideró parcialmente adecuado lo relacionado con libros y material de consulta. Es necesario determinar en evaluaciones posteriores los factores que influyeron en este resultado, con el fin de proporcionar las soluciones pertinentes.

Analizando globalmente los factores que influyeron en la satisfacción de la estudiante, se encontró que el tiempo y los recursos físicos fueron los aspectos de mayor contribución según opinión de las estudiantes (87%). Por el contrario, el apoyo de docentes en el proceso enseñanza-aprendizaje y los logros de las estudiantes propiciados por la metodología del programa (67%) fueron los factores que menos influyeron en la satisfacción de la estudiante. Estos resultados muestran la necesidad de reforzar los factores relacionados con el apoyo de docentes en el proceso enseñanza-aprendizaje y la metodología del programa. La satisfacción de la estudiante facilita el crecimiento de los participantes en el programa y fortalece la actitud positiva hacia la labor y compromiso del profesional en la atención de individuos y grupos comunitarios.

El crecimiento y desarrollo profesional (94%) y el crecimiento y desarrollo personal (88%) e integración del grupo de docentes (76%) fueron los aspectos que más influyeron en la satisfacción del profesor. Este porcentaje indica que el reinicio de los Programas de Magister en el Depar-

CUADRO 4. Opinión de estudiantes sobre el apoyo de docentes en el proceso enseñanza-aprendizaje, Magister en Enfermería, 1988-1990.

Elementos de apoyo	Biometría		Inglés		Comunidad familia salud		Atención ambulatoria		Atención hospitalaria		Metodología científica		Sem. I		Sem. II		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Orientación oportuna	8	53,3	15	100	9	60,0	7	46,6	10	66,6	6	40,0	12	80,0	13	86,6	10	66,6
Retro-alimentación	6	40,0	13	86,6	7	46,6	8	53,3	11	73,3	6	40,0	13	86,6	13	86,6	9	60,0
Conocimientos específicos	13	86,6	13	86,6	8	53,3	8	53,3	8	53,3	4	26,6	7	46,6	10	66,6	9	60,0
Desarrollo profesional	12	80,0	10	66,6	9	60,0	9	60,0	12	80,0	6	40,0	11	73,3	10	66,6	10	66,6
Total	10	66,6	13	86,6	8	53,3	8	53,3	10	66,6	6	40,0	11	73,3	12	80,0	10	66,6

tamento ha incentivado al grupo de profesores en el desempeño de su quehacer docente y profesional.

La evaluación del programa facilitó la realización de ajustes curriculares a la nueva versión del Magister con el fin de mejorar su calidad. La participación de docentes, estudiantes y personal de servicio es una estrategia que permite evaluar el programa objetivamente desde diferentes puntos de vista.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Evaluación participativa. Proyecto Warmi Wawantn. La Paz, Bolivia. 1981.
- 2 Organización Panamericana de la Salud. Evaluación para el planeamiento de programas de educación para la salud. Washington, D.C., 1990.
- 3 Lewy, Arie. Desarrollo sistemático y evaluación de un programa educacional. Telaviv, UNESCO, 1986.
- 4 Organización Panamericana de la Salud. Salud para todos en el año 2000. Estrategias. *Documento Oficial 173*, 1980, y Salud para todos en el año 2000. Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales. *Documento Oficial 179*. Washington, D.C., 1982.

BIBLIOGRAFIA

- Gilbert, J.J. *Guía pedagógica para el personal de salud*, 4ª ed. Ginebra, OMS, 1981.
- Katz, F. y Snow, R. Evaluación del rendimiento de los trabajadores de salud. *Cuadernos de Salud Pública 72*. Ginebra, OMS, 1981.
- Larrea, Julio. *Las pruebas, la evaluación y las promociones escolares*. Argentina, Losada, 1967.
- Mushkin, Sehna J. y Billings, Bradley. *Utilización de las mediciones de resultados*. Centro Multinacional de Investigación Educativa. (CEMIC), San José, Costa Rica. Seminario No. II. 1976, pág. 41.
- Neufeld, Anne. Making the Process Work. *J Adv Nur* 8:213-220, 1983.

PERU: PROMOCION DE LA SALUD/USO DE PLAGUICIDAS. Reflexiones acerca de un Curso de Capacitación para Agricultores¹

Emma L. Rubín de Celis T.,² *Kenneth Peralta Quiróz*,² *Hugo de la Cruz R.*,²
*Jaime Bayona García*² y *José L. Bazo Robles*²

PRESENTACION

El proyecto de investigación y acción Uso de pesticidas y educación rural que el Instituto Huayuná, con el apoyo financiero del Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo (CIID) realizó en el valle de Mala, a 97 Kms al sur de Lima, tuvo como instrumento central de la acción de cambio la capacitación de diferentes actores sociales involucrados en el problema del uso de pesticidas. Capacitación percibida, para todos los actores, como un proceso educativo cuyas características, potencialidades y limitaciones presentamos en esta Reseña.

De todos los actores sociales: agricultores, promotores de salud, promotores agrícolas, profesores, técnicos y profesionales de la salud y de la agricultura, indudablemente que los actores centrales son los agricultores. Ellos son las víctimas directas de la intoxicación por pesticidas y también los principales actores de cualquier posibilidad de cambio. Por esta razón el esfuerzo del equipo interdisciplinario de profesionales encargados del desarrollo del Proyecto centró todos sus esfuerzos en el diseño y ejecución de un programa educativo para agricultores que se desarrolló en tres ciclos educativos orientados a identificar los conocimientos y prácticas adecuadas e inadecuadas del agricultor en el uso de pesticidas, a experimentar alternativas de prácticas adecuadas en el uso de pesticidas y a evaluar y difundir los resultados de esta capacitación y experimentación, apoyando así la creación de un programa de vigilancia epidemiológica en esta problemática.

El objetivo general del proyecto era investigar la intoxicación humana por el uso de pesticidas y defoliantes en el trabajo agrícola y su

¹ Este trabajo es extraído de un Informe de Trabajo y los resultados del Proyecto Uso de plaguicidas y educación rural, financiado por el Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo (CIID) del Canadá.

² Instituto Huayuná, Lima, Perú.

modificación mediante la acción educativa de la población y la creación de un sistema de vigilancia epidemiológica.

El proyecto tenía además, como objetivo específico, diseñar, ejecutar y evaluar un programa de educación en salud dirigido a los agricultores y sus familiares.

La metodología utilizada incluyó reuniones de grupo con agricultores y sus familiares, atención individual de seguimiento en diálogo personal o con material escrito, experimentación de algunas prácticas de protección, de manejo adecuado de los pesticidas o de alternativas de abono orgánico y jornadas de evaluación.

Las temáticas (contenidos) propuestas fueron transformadas en interrogantes para formularlas a los agricultores, ordenándolas de manera que respondieran mejor a las demandas y a la lógica del agricultor. Estas interrogantes fueron:

1. El uso de plaguicidas ¿es un problema o una ventaja?
2. ¿Qué plaguicidas usamos y cómo son?
3. ¿Cómo usamos los plaguicidas?
4. ¿Qué efectos causan los plaguicidas en la salud humana?
5. ¿Qué podemos hacer ante los efectos negativos del uso de plaguicidas en la salud humana?
6. ¿Qué efectos negativos causan los plaguicidas en el ambiente y qué podemos hacer para evitarlos?
7. ¿Qué diferencias y qué similitudes hay en el diagnóstico, tratamiento y prevención de las intoxicaciones?

SISTEMATIZACION DEL PROCESO EDUCATIVO

El diseño del programa de capacitación para agricultores tenía como objetivos: introducir prácticas sociales apropiadas de uso de pesticidas, y difundir el uso de un instrumento científico de autodiagnóstico.

Dos principios fundamentales guiaron el diseño del proceso:

1) Respetar el **carácter integral del problema** del uso de pesticidas, es decir, que el programa debía considerar tanto los aspectos de la producción agrícola que condicionan la probabilidad de intoxicarse, como los efectos de los pesticidas en el organismo humano, y

2) Utilizar **adecuadamente la metodología de educación de adultos** lo que quiere decir: partir de la experiencia del adulto, hacer conciente en él los conocimientos que posee, fruto de esa experiencia y construir los nuevos conocimientos a partir del cuerpo de conocimientos que ya tiene.

El primer principio se tradujo en la construcción de los contenidos del curso y en la determinación de los temas especiales que debían tratarse simultáneamente desde el aspecto agronómico y desde el aspecto médico. Así, teniendo como punto central de estudio la intoxicación aguda por el uso del defoliante Selinon (DNOC), que se usa en el momento de iniciar el ciclo productivo, los contenidos de reflexión de las reuniones de capacitación tuvieron en cuenta las prácticas productivas y la racionalidad de dichas prácticas desde el primer tema.

El enfoque agro-médico exigía desde el inicio un trabajo interdisciplinario. De todos los temas, se pensó que debían trabajarse especialmente en forma conjunta, aquellos que se referían a los efectos de los pesticidas en la planta y en el organismo humano. En la ejecución del proceso, y debido a que la metodología de trabajo (nuestro segundo principio) creó en los participantes un papel muy activo, todos los temas exigieron la presencia y el tratamiento conjunto del médico y del ingeniero agrónomo. Esto en razón a que el campesino tiene una estructura de pensamiento más integral frente a su realidad, que el abordaje desde la formación disciplinaria específica de cada uno de los profesionales (agronomía, medicina, sociología, educación, etc.).

La tarea de constituir un **equipo de trabajo** con características interdisciplinarias fue un proceso también lento y no exento de tensión entre los profesionales de las ciencias médicas, agronómicas, sociales y pedagógicas que intervinieron en este proceso de capacitación. Comprendiendo que un trabajo de equipo no es la simple suma de los trabajos individuales y que sobrepasando las limitaciones disciplinarias, el equipo tenía que adquirir una visión integral del problema, cada tema fue trabajado escuchando la visión de cada disciplina, intercambiando opiniones y asumiendo responsabilidades específicas pero no exclusivas. En resumen fue un interaprendizaje previo y paralelo al interior del equipo.

En la aplicación de la metodología, los aspectos más difíciles para los profesionales del campo de las ciencias médicas y agronómicas surgieron al introducir el tratamiento dialogal de los temas, la simplificación y graficación de conceptos y la explicación de procesos no visibles de la fisiología de la planta o del organismo humano, lo que exigía conocimientos previos de microbiología (acción de las enzimas en la planta o acción del pesticida sobre la acetil-colina en el cuerpo humano, por ejemplo). Uno de los elementos principales de la metodología era **no dar ninguna recomendación (agronómica o médica) sin explicar la teoría que la sustenta.**

La hipótesis de partida es que el **hacer** del campesino, al igual que el del profesional o del técnico tiene bases de racionalidad, posiblemente con diferentes fundamentos u orientación. En efecto, como vemos en los ejemplos del desarrollo de algunas reuniones, la dosis de defoliante que los agricultores deciden utilizar o las medidas de prevención o trata-

miento que practican para los síntomas de intoxicación, tienen sus razones: desde la textura del suelo de su huerto, o el tiempo de agoste, hasta la confianza en la experiencia de otro campesino, el precio del pesticida o la necesidad de tener una cosecha más pronto.

Razones tales como “la madurez de la luna”, tienen connotaciones culturales de una cosmovisión muy alejada de lo que denominamos “el saber científico”; sin embargo **tienen la misma o mayor fuerza en la decisión de las acciones, que las teorías agronómicas**. En esos casos nuestra posición fue de reconocimiento de nuestra propia ignorancia sobre ese tipo de racionalidad pero de respeto por la creencia: “En la Universidad no nos enseñan esa relación, no la conocemos, por lo tanto no podemos decirles si es cierta o no”.

En otros casos la identificación de las razones que sustentaban las prácticas preventivas y terapéuticas nos permitieron transmitir conocimientos que corrigieron los errores de esas prácticas. Como ejemplo, nos referimos al caso de la utilización de la leche para aliviar síntomas de intoxicación aguda, por considerar que el tóxico se queda en el estómago. La terapia era muy lógica: si el tóxico está en el estómago hay que aplicar un “vomitivo” para eliminarla. El descubrimiento de que el tóxico, entrando por cualquier vía, llegaba a la sangre y por ella se iba a cualquier órgano (explicándose así mucho mejor los diferentes síntomas de los intoxicados), permitió desechar la práctica en los participantes y en especial en las señoras asistentes que generalmente son las que atienden al enfermo y deciden “qué hacer”.

La otra característica del saber campesino que dificultó muchas veces el esquema previo de contenidos es el hecho de la **práctica** de ese saber. Casi podemos afirmar que al campesino le interesa sobre todo, el conocimiento que puede traducirse rápidamente en acciones de superación de lo que **él hace** o de la dificultad que tiene. *No se trata de tener saber por saber sino saber para hacer*. La acción de las enzimas en la planta o del acetilcolina en el organismo humano, no son importantes si no permiten comprender inmediatamente que por eso hay que dejar más tiempo de agoste o descanso a la planta; o que sus medidas preventivas o terapéuticas son insuficientes para contrarrestar la inhibición de la colinesterasa y que **el hacer** correcto es trasladar al enfermo al Centro de Salud.

Para la comprensión de las características del **saber campesino** y de su racionalidad, así como para la estructura de la acción de transferencia de conocimientos en relación a la práctica, son importantes los aportes de las ciencias sociales y de la pedagogía, tanto como los aportes de la medicina y agronomía que señalamos anteriormente. Todos los miembros del equipo tuvieron que aprender unos de otros. Este aprendizaje, no solo profundizó la formación disciplinaria, sino que la amplió de manera que sin ser pedagogo el médico o ingeniero y sin ser ingeniero o médico el

pedagogo o el sociólogo, cada miembro podía comprender el punto de vista del otro y las exigencias de cada disciplina.

Es por el **carácter integral** del problema que el proyecto tiene tres componentes: investigación, proceso educativo y acción de control y vigilancia. Esta característica también exige la interdisciplinariedad y la construcción de un equipo de trabajo.

Hay, por consiguiente, dos razones: el carácter integral del problema y el carácter integral del saber campesino, que se conjugan para hacer indispensable la construcción de un equipo de trabajo interdisciplinario.

Esta construcción, sin embargo, no ha sido una tarea fácil dentro del proyecto. Elementos **objetivos**: entendimiento de la orientación general del proyecto, claridad de los aportes disciplinarios que se necesitan, claridad del papel de cada una de las profesiones dentro del proyecto, o elementos **subjetivos**: expectativas o intereses personales que en determinado momento se ponen en conflicto con los del proyecto, rasgos de personalidad y otros incidieron en las tensiones.

LA METODOLOGIA DE LA EDUCACION DE ADULTOS

El **segundo principio** nos llevó a tratar los temas, aun aquellos en que la investigación previa nos había dado elementos suficientes para considerarlos concluyentes, con una primera fase de búsqueda del conocimiento de los participantes, para luego contrastar ese conocimiento con el que habíamos recogido en la investigación o con la propuesta técnica. En algunos casos, si presentábamos previamente los resultados de algún aspecto de la investigación, utilizábamos esta presentación únicamente como elemento que permitiera la auto-investigación. Esto es, como instrumento de reflexión de los participantes sobre **los porqué** o razones de esos resultados. Es el caso del uso de los resultados de niveles de DNOC en sangre para descubrir en conjunto un **cuerpo de conocimientos de base** sobre las razones, las causas o los factores de riesgo.

Los pasos seguidos fueron:

- el intercambio o **puesta en común** de las experiencias y conocimientos de los agricultores en relación con el tema a tratar;
- la ampliación de la información a partir de la comparación de las experiencias de los agricultores con los resultados de la investigación en la zona y con las experiencias e información académica de los profesionales del equipo de investigación, y
- el logro de conclusiones (nuevos conocimientos), fruto del proceso seguido.

Hemos tratado de utilizar diversas técnicas pedagógicas que permitan la participación de los agricultores en su propio proceso de apren-

dizaje, incluyendo trabajo de grupos, socio-dramas, demostraciones, comentarios sobre testimonios, etc.

La puesta en común o intercambio de experiencias exige en primer lugar, que **los agricultores valoren sus conocimientos**, fruto de su práctica cotidiana. Esta valoración permite que ellos reconozcan sus conocimientos como SABER y que puedan darle un valor a su propio saber (que descubran qué aspectos de ese **saber** son adecuados, cuáles no y por qué).

De esta forma se busca que el agricultor asuma que su asistencia a las reuniones no es únicamente para escuchar a otro, y que es tan importante el auto-análisis de los conocimientos que él aporta como los que le transfiere el profesional.

En segundo lugar, **exige** que los profesionales intenten un acercamiento **interdisciplinario** de **los temas** y que **los asuman como hipótesis de trabajo** y no como tesis, así mismo que **valoren y reconozcan los conocimientos de los agricultores**.

La importancia de la puesta en común de conocimientos previos no es solo una "pose estratégica" para captar la simpatía de los participantes. Analizando la interdisciplinarietà ya hemos visto que esta puesta en común, fue de gran importancia para el intercambio de experiencias, para conocer la racionalidad de su conocimiento y poder construir sobre ese cuerpo, nuevos conocimientos. Enriqueció, a su vez, el conocimiento del propio profesional. También resultó importante para romper la dinámica tradicional entre educador y educando. Dinámica donde, tanto el profesor como el alumno, suponen que uno sabe y el otro va para escuchar la sabiduría del primero. Si **la puesta en común** no cumple esos requisitos se hace difícil y estéril la fase de transferencia de conocimientos y, por tanto, imposible la construcción del nuevo saber.

A partir de nuestra propia experiencia, se analizan ahora brevemente los aportes del método y la técnica y algunas de sus dificultades.

Al principio, las reuniones comenzaban con una breve exposición de cómo y por qué se realizó el análisis de laboratorio y una presentación gráfica de los resultados. Fue a partir de esos resultados que se inició la auto-investigación de los **por qué** se intoxicaban. El resultado fue un ordenamiento de las prácticas productivas que era el objetivo que el equipo buscaba.

La representación gráfica del **triángulo epidemiológico**, cumplió la función de "criterio de ordenamiento" del conocimiento de los agricultores sobre las causas de intoxicación. Este esquema daba origen a otros esquemas (riesgos y precauciones), daba idea del conjunto de riesgos y de la interrelación entre ellos.

- No siempre es posible iniciar las reuniones con el intercambio de experiencias. El indispensable esquema de contenidos pre-

vios, debe poder variarse de acuerdo con las demandas de los participantes, pero también de acuerdo con las necesidades o los vacíos que se vayan descubriendo en el mismo desarrollo del proceso.

- En el método es importante definir esos “criterios de ordenamiento” teniendo en cuenta que ellos ayuden a realizar la sistematización y el análisis. La definición de los criterios puede partir de los participantes o del equipo capacitador en relación con los objetivos que intenta conseguir.
- El propósito de partir de la experiencia de los participantes no es siempre fácil de alcanzar, especialmente al comienzo del proceso. Ellos esperan una reunión con el modelo clásico donde no tienen nada que decir y sí mucho que escuchar. Es necesario incentivar la participación con muchas preguntas.

DIFICULTADES DE BASE QUE CONDICIONAN EL METODO

Encontramos tres dificultades de base para la utilización del método:

- a) la heterogeneidad ocupacional y de edad de los participantes;
- b) factores culturales que rigen la relación familiar y ocupacional, y
- c) expectativas sobre el proceso.

La metodología se basa en la recuperación del saber campesino. Este saber no es igual en los conductores de los huertos, que tienen un conocimiento general sobre todas las etapas del proceso, que en el peón, el cual interviene solo en determinadas tareas y toma pocas decisiones.

Además, el método también rompe con algunos aspectos culturales que usualmente condicionan las relaciones familiares y de trabajo y, por último, la expectativa tradicional de asistir para conocer el saber de otros, tiende a frenar la valoración del propio saber.

Relación entre los tres resultados centrales previstos

Se prevé que al final del proyecto se percibirá un afinamiento del autodiagnóstico, cambio de conductas individuales y colectivas y el reforzamiento de las organizaciones existentes. Estos tres resultados centrales del proyecto corresponden separadamente a cada uno de sus componentes: La investigación se encarga del afinamiento del autodiagnóstico; la educación de los cambios de conductas; y en el programa de vigilancia se produce el reforzamiento de la organización.

Esta interrelación permitió descubrir el conocimiento base de la población sobre los diferentes aspectos del problema, sistematizarlo con

ellos y llegar a la **toma de conciencia de su saber y de la magnitud del problema**; permitió además intercambiar y transferir conocimientos sobre el problema a fin de detectar prácticas adecuadas e inadecuadas, propiciar **cambios de conductas individuales** en el manejo de los pesticidas, motivar **cambios de conductas colectivas** para la prevención de problemas de la población y del medio ambiente, y facilitar el diálogo sobre el autodiagnóstico espontáneo y transferir conocimientos a fin de **afinar dicho autodiagnóstico y crear un instrumento científico**, base del programa de control epidemiológico.

Se establece además una relación entre el proceso educativo y el sistema de vigilancia de por qué la población participa activamente en las organizaciones de salud u otras, previene y/o notifica a su promotor sobre casos personales o vecinales de intoxicación, para lo cual es requisito indispensable que haya alcanzado un afinamiento del autodiagnóstico, y por qué los promotores de salud adquieren conocimientos y destrezas sobre técnicas de primeros auxilios, de registro y de transferencia a centros de servicios de salud de mayor nivel tecnológico, en caso necesario, para lo cual es también indispensable que hayan pasado por un proceso educativo. Finalmente, los técnicos y profesionales de las ciencias agrícolas han adquirido conciencia del problema y contribuyen en su trabajo de asistencia técnica a garantizar el uso racional de estos tóxicos, lo que exige también un proceso de capacitación.

El proceso educativo y la investigación

No es necesario explicar cómo la investigación sirve al proceso educativo, le proporciona información nueva sobre el problema o le da bases para presentar con datos locales un problema general.

La base del proceso educativo, el **partir del conocimiento y experiencia del adulto**, es también un proceso de investigación por el que el adulto reconoce su experiencia. Es una investigación que carece del sustento de una acuciosa cuantificación de los fenómenos, pero es una investigación en la que el diálogo que sostienen los agricultores entre sí y con los profesionales, permite el conocimiento de las razones de su comportamiento y la explicación de las variantes que este presenta.

Pero, además, la acción educativa ha resultado igualmente importante para el nivel alto ya que por ejemplo, la información proporcionada por los agricultores sobre casos de decesos por intoxicación aguda con DNOC en los últimos cinco años, indicaba que esos casos fueron tratados con atropina. La atropina, antídoto para las intoxicaciones por órgano fosforados y carbamatos, tiene efectos negativos en los casos de intoxicación aguda de DNOC, para los que, además, no existe antídoto. Los centros de formación médica siguen impartiendo una formación adecuada para la

actividad agrícola de hace 20 años y, lo que es peor, los médicos de zonas rurales no reaccionan ante la existencia de casos de intoxicación por pesticidas cuyos efectos y tratamiento desconocen (piretroides y dinitros).

Pero la acción educativa no solo es necesaria en el nivel alto para garantizar un tratamiento adecuado en casos de intoxicación aguda. Es también necesaria para posibilitar el trabajo preventivo. Para la gran mayoría de los médicos, la población forma parte de un programa de vigilancia como "beneficiarios". Los promotores, cuando su existencia es tomada en consideración, son considerados "instrumentos" que informan y ejecutan, pero no opinan formalmente y mucho menos deciden, aunque informalmente pueden ser bien recibidas sus apreciaciones sobre el problema.

En resumen, la explicación de los cambios que sufrieron algunos de los principales supuestos muestra que un proceso educativo es condición indispensable para un programa de vigilancia epidemiológica. Podemos añadir que sin una relativa validación y afinamiento del autodiagnóstico no vale la pena instalar un programa de vigilancia, pues el agricultor no da importancia a manifestaciones leves o moderadas de intoxicación, considerándolas naturales, y solo las notificaría en casos graves. Ese afinamiento solo se puede lograr mediante un proceso educativo como el descrito.

Pero la relación entre proceso educativo y programa de vigilancia no se da solo a nivel de producto terminado (el proceso educativo entrega al programa de vigilancia un agricultor con capacidad de autodiagnosticarse en situación de intoxicación leve o moderada, o entrega un médico que sabe cómo tratar un caso de intoxicación aguda por DNOC).

La construcción de grupos de trabajo de población, promotores y médicos no se inicia a partir de la instalación formal del programa de vigilancia. Se inicia en el proceso educativo mismo puesto que este incluye la ejecución de acciones y no es solo un proceso puramente intelectual que se desarrolla en un aula. Los grupos constituidos en el proceso educativo están sirviendo para incentivar (directamente o como efecto demostrativo) la creación de otros grupos en el ámbito mayor que ha de cubrir el programa de vigilancia. Sin embargo, siendo el programa de vigilancia la forma global de organización de las acciones de control del problema de intoxicación por pesticidas, el problema es urgente y un proceso educativo que pretende modificar prácticas y actitudes es lento. No es posible esperar a que el proceso educativo haya alcanzado todos sus objetivos para luego iniciar el Programa de Vigilancia, ni es posible que el proceso educativo se desarrolle previamente en cada una de las localidades en las que funcione el programa. Así, el proceso educativo de la población, médicos y promotores, ha de continuar en el programa de vigilancia convirtiéndose en su instrumento preventivo básico.

Esta relación, ahora tan clara para nosotros, no lo fue tanto en un comienzo. Como lo hemos dicho con respecto a la relación entre proceso

educativo e investigación, fue trabajoso ir comprendiendo y aceptando desde las diversas disciplinas las exigencias y posibilidades planteadas por las características del tipo de acción educativa propuesto.

CONSTRUÇÃO COLETIVA E UTILIZAÇÃO DE MATERIAL INSTRUCIONAL PARA O ENSINO MÉDICO: UMA PROPOSTA PARA A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

Dyla Tavares de Sá Brito¹ e Vera Helena Ferraz de Siqueira¹

INTRODUÇÃO

Desde 1986 o Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (NUTES) da Universidade Federal do Rio de Janeiro vem desenvolvendo, em convênio com o Ministério da Saúde, uma proposta que visa facilitar a integração ensino-serviço. Essa proposta que já se destina prioritariamente aos cursos de graduação em Medicina, compreende quatro projetos, cada um focalizando uma das seguintes patologias prevalentes no país: tuberculose, hanseníase, câncer e hipertensão arterial.

Nesses projetos desenvolvem-se conjuntos de materiais educativos (livros didáticos, programas de videoteipe e de eslaide-som), construídos a partir de metodologia de trabalho coletivo. A mesma abordagem metodológica é utilizada em todos os projetos. Neste artigo descreve-se o processo de produção, implantação e avaliação dos materiais.

A PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVICO

A metodologia de integração ensino-serviço, cuja importância é reconhecida pelo Ministério de Educação, ao favorecer, a partir dos anos 70, o desenvolvimento de programas de Integração DocenteAssistencial (IDA) nas universidades, representa relevante auxílio para a revisão das práticas educativas utilizadas na formação de profissionais de saúde.

¹ Professoras visitantes em exercício no Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (NUTES/UFRJ).

O curso de graduação em Medicina não foge à influência da ciência positivista prevalente na educação brasileira — e que na área médica se traduz no modelo biológico de saúde e doença — que dicotomiza teoria e prática e acarreta o divórcio individual x coletivo, clínico x epidemiológico, curativo x preventivo. Essas dicotomias refletem, é claro, as relações entre a escola e as estruturas sociais, como bem aponta Schraiber (1).

Sabe-se que a integração ensino-serviço implica uma forma crítica de ensino, sendo fundamental nessa abordagem enfatizar aspectos como:

- O entendimento de saúde em seu sentido mais abrangente, como resultado das formas de organização social da produção e, portanto, das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde (2).
- A indissociabilidade das dimensões preventivo/curativo, individual/coletivo e clínico/epidemiológico nas ações de saúde.
- O reconhecimento da possibilidade que é dada a todo cidadão, particularmente àquele que, como médico, tem um relacionamento mais direto com a população de contribuir para a construção de uma sociedade mais justa.

Concebida nessa perspectiva, a proposta de integração docente-assistencial é um meio válido de se proporcionar uma formação em que a competência profissional abranja não só a dimensão técnica mas também a social e a política, ponto que vem sendo enfatizado por inúmeros educadores críticos de nosso sistema educacional (3-5).

A opção por doenças prevalentes no país reflete essa preocupação. Doenças como tuberculose e hanseníase, conhecidas como “doenças de pobre”, são geralmente desvalorizadas no curso de graduação, dando-se prioridade ao ensino das “doenças nobres” e até mesmo a doenças raras — objeto de estudo de docentes e pesquisadores em hospitais universitários. Por outro lado, o câncer e a hipertensão arterial são muitas vezes estudados sob a ótica do especialista e do exercício da medicina liberal, ignorando-se o perfil epidemiológico dessas patologias nas classes menos favorecidas.

É pressuposto básico, nesses projetos, que para se conseguirem mudanças substantivas nos currículos é necessário considerar-se diretamente a prática docente nas relações que se estabelecem entre professor, metodologia de ensino, conteúdo e aluno. Assim, pensou-se em um processo coletivo de trabalho que envolvesse docentes e profissionais do serviço, desde a concepção dos materiais até a fase de sua implantação, e que partisse de uma reflexão sobre as condições reais de ensino. Chegou-se, assim, à definição de uma proposta educacional que orientou a elaboração e a utilização desses materiais com base em concepções de educação, saúde e

doença que se contrapõem ao modelo positivista predominante. Sob esta perspectiva, a elaboração dos materiais contrapôs-se à produção de pacotes de ensino “acabados”, preparados e testados em laboratório.

METODOLOGIA

O planejamento, a elaboração, a avaliação e a implantação dos materiais conta com a participação ampla de docentes das diferentes universidades públicas brasileiras (em média, participam 28 universidades por projeto) e de alguns representantes dos serviços. Em todo o processo procura-se incluir docentes de diferentes áreas, privilegiando-se as mais relacionadas ao agravo em questão. Por exemplo: no projeto da hanseníase participam, entre outros, professores de dermatologia, neurologia, medicina social, clínica médica, psicologia médica e fisioterapia. Essa metodologia foi concebida pela equipe do NUTES, sob a orientação de sua diretora na época, Professora Nilma Santos Fontanive.

O processo de trabalho em cada projeto abrange as fases de planejamento, elaboração e implantação dos materiais, além de acompanhamento e avaliação ao longo de todas as etapas. Nessa metodologia enfatiza-se a realização de seminários, conforme descrito a seguir.

Planejamento e elaboração dos materiais

É importante ressaltar que, apesar de se ter utilizado a mesma metodologia para o desenvolvimento dos materiais referentes às quatro patologias, cada projeto desenvolveu-se independentemente, cumprindo um cronograma próprio. Observa-se que o primeiro projeto — tuberculose — teve início em 1986 e começou a ser implantado nas universidades no ano seguinte. Por sua vez, os projetos de hanseníase e câncer iniciaram-se em 1987 e foram introduzidos nos cursos de Medicina a partir de 1990. O projeto de hipertensão arterial vem sendo desenvolvido desde 1987, encontrando-se seus materiais em fase final de edição.

Como estratégia básica para o trabalho coletivo de planejamento, desenvolvimento e avaliação dos materiais, realizaram-se seminários com a participação de docentes e profissionais dos serviços.

Na fase de planejamento, realizaram-se dois seminários para cada projeto. No primeiro, procedeu-se a uma análise do quadro epidemiológico da patologia no Brasil e de seu ensino nos cursos de graduação em Medicina, identificando-se aspectos críticos a serem priorizados. Na ocasião, elegeu-se um Conselho Editorial para coordenar o projeto. Aproximadamente 20 docentes participaram em cada projeto. O segundo seminário teve como objetivo planejar os materiais a serem elaborados (livros

didáticos, vídeos e eslaides), definindo-se os conteúdos e a forma de abordá-los nos materiais. Atribuíram-se responsabilidades aos professores participantes para o desenvolvimento dos conteúdos. A este seminário compareceram os mesmos professores presentes no primeiro.

De volta às suas instituições, os professores escreveram os textos do livro, enviando-os ao NUTES, à cuja equipe coube dar o enfoque pedagógico aos textos e trabalhar na editoração do livro. Os programas de eslaide e de videoteipe foram realizados no NUTES, por suas equipes docente e técnica a partir do planejamento feito no seminário. Todo o trabalho desenvolvido no NUTES contou com a assessoria de especialistas sobre o material coberto.

Ao se concluir a primeira versão dos materiais, realizaram-se seminários regionais para sua avaliação. As sedes para os seminários do projeto de tuberculose foram o Rio de Janeiro e Fortaleza; para o de hanseníase, Salvador, Rio de Janeiro e Brasília; para o de câncer, Brasília, em duas ocasiões, e para o de hipertensão arterial, Fortaleza, Goiânia e São Paulo. Em cada um desses seminários, contou-se com uma frequência média de 60 participantes, representando os diversos estados da região. A seguir, fez-se uma revisão dos materiais, no NUTES, atendendo a sugestões resultantes dos seminários. Essa nova versão do material foi, então, submetida a um grupo de consultores (quatro a cinco especialistas altamente reconhecidos em suas áreas), para uma última apreciação.

Os materiais produzidos em cada projeto

Para cada projeto foram produzidos: um livro didático, programas de vídeo e programas de eslaide-som. Esses materiais apresentam uma abordagem de conteúdo que foge à forma tradicional dos compêndios e das aulas prevalentes nos cursos de Medicina, conforme se evidencia a seguir.

O livro didático. No início do livro, um capítulo é dedicado à discussão da importância da patologia como problema de saúde pública no Brasil. É feita uma análise dos determinantes sociais da patologia, de seus indicadores epidemiológicos e de seu impacto social e econômico. O reconhecimento do papel norteador desses conhecimentos no raciocínio clínico e no planejamento de programas de prevenção justifica sua ênfase. Este conteúdo precede a etiopatogenia da doença e a abordagem de seu diagnóstico e tratamento, o que é feito a partir do relato de casos. A seleção de casos obedece, principalmente, aos critérios de prevalência no Brasil e dificuldades no diagnóstico. O relato dos casos cobre desde o momento em que o paciente procura o serviço de saúde, até a resolução do caso, incluindo seu acompanhamento.

O diagnóstico é facilitado pela explicitação do processo percorrido pelo médico para chegar a uma conclusão. Esse processo pressupõe uma análise crítica e cuidadosa do caso por parte do médico, com base em uma série de conhecimentos técnico-científicos, dados epidemiológicos e informações obtidas a partir da anamnese, exame físico e a solicitação e análise de exames complementares. Nesse processo evidencia-se a importância de se considerar o paciente como um todo, o que implica, entre outras coisas, a realização de exame físico e anamnese completos, incluindo informações sobre as condições sociais e psicológicas do paciente. Dá-se ênfase à importância do diagnóstico precoce, sendo que as consequências adversas do diagnóstico tardio ou incorreto aparecem em alguns dos relatos de caso. Valorizam-se as representações sociais da patologia e sua influência na vida do paciente (relações familiares, de trabalho, etc.), incluindo-se, em alguns relatos, diálogos que ilustram os processos de comunicação que se estabelecem entre pacientes, seus familiares e médicos. Outro aspecto ressaltado diz respeito à contribuição da equipe multidisciplinar de saúde para o sucesso do caso.

Chama-se a atenção para o fato de que os casos clínicos não aparecem como situações que possibilitem a aplicação de conhecimentos aprendidos anteriormente; ao contrário, exercem o papel de "veículo" do conteúdo, isto é, são situações concretas em que a patologia aparece através de seu portador, uma pessoa com determinadas características físicas, sociais, emocionais, inserida em determinado contexto de vida. A discussão do caso clínico propicia o aprofundamento sobre as características da patologia e do tratamento do paciente em questão. É claro que, sempre que necessário, desenvolvem-se sessões no livro para sistematizar aspectos como tratamento, condições de alta, exames para diagnóstico (bacterioscopia, biópsia, etc.).

Explica-se também ao leitor que medidas (tais como diagnóstico e tratamento dos doentes e notificação dos casos) são insuficientes para o controle da patologia. Isto leva a um capítulo que trata das estratégias-base da política de controle da patologia sendo desenvolvidas no país e do planejamento das ações de controle nos diferentes níveis do sistema de saúde. Propõe-se, inclusive, que o aluno desenvolva atividades de planejamento, procurando motivá-lo e capacitá-lo a atuar de forma mais eficaz no sistema de saúde. Esse aspecto dinâmico aparece também ao longo do livro, em vários exercícios que apresentam situações-problema para serem discutidas por alunos e professores. Muitas dessas situações requerem, dos estudantes, o contato com os serviços e com os portadores da patologia. Procura-se, também, familiarizar os alunos com as normas e documentos utilizados nos serviços, como fichas para registro de dados dos pacientes, para notificação de casos, etc.

Programas de vídeo. Cada um dos quatros projetos conta com, pelo menos, dois vídeos. Um deles se propõe, antes de tudo, a sensibilizar o espectador para a problemática da patologia em questão e para o atendimento médico no sistema de saúde. Os demais ocupam-se de temáticas específicas dentro de cada patologia. Por exemplo, no projeto de hanseníase, há um vídeo sobre prevenção e correção de incapacidades; no de tuberculose, um sobre educação e saúde na comunidade e outro sobre atendimento a pacientes com tuberculose na consulta de enfermagem.

O vídeo de sensibilização preocupa-se em contextualizar o atendimento a portadores da patologia em questão, evidenciando a realidade complexa e conflituosa do sistema de saúde. Essa realidade é construída a partir da voz que se dá aos diversos sujeitos que, de um modo ou de outro, se relacionam no atendimento médico. Assim, os personagens desses vídeos são os próprios pacientes e membros da equipe de saúde, como médicos, enfermeiros e atendentes. Algumas vezes, as representações da doença e os seus reflexos na vida dos pacientes são também trabalhados por meio de entrevistas com elementos da população em geral. Em alguns vídeos o argumento é construído utilizando-se depoimentos; em outros, a mensagem é veiculada através da ficção. Conhecimentos básicos sobre os problemas de saúde abordados também são desenvolvidos ocupando, entretanto, papel secundário em relação ao objetivo maior de sensibilização. Por serem materiais que problematizam a realidade, deixando questões importantes em aberto, considera-se essencial realizar discussões após sua apresentação.

Eslaides. O conjunto de materiais para cada projeto inclui coleções de eslaides, que podem ser apresentados independentemente ou como programas de eslaide-som. Valoriza-se este recurso didático, sobretudo para caracterizar a patologia e seu controle, dentro da concepção defendida nos projetos de saúde-doença, ou seja, incluindo também problemas psicológicos e sociais associados a seus portadores, bem como aspectos relacionados à organização do serviço.

É importante ressaltar que os materiais têm caráter complementar, à medida que privilegiam diferentes aspectos do conteúdo em questão. O quadro 1 sintetiza a produção de material em cada projeto.

Para subsidiar o planejamento da utilização dos materiais, a equipe do NUTES e representantes do Ministério da Saúde desenvolveram sugestões que acompanham o material.

Implantação e utilização do material nos cursos médicos

Uma vez concluídas a edição e a reprodução dos materiais, a fase seguinte refere-se a sua implantação nas instituições de ensino. Essa

fase inclui uma experiência-piloto, para a qual é selecionada uma instituição-pólo em cada uma das cinco regiões do país. O processo é acompanhado por elementos da equipe do NUTES, do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde, e por coordenadores dos projetos nas demais instituições de ensino em cada região.

A experiência-piloto estende-se, de três a cinco dias letivos, em cada instituição-pólo. No primeiro dia, realiza-se uma reunião preparatória envolvendo, principalmente, coordenadores de ensino, docentes e chefes de departamento da instituição-pólo e professores representantes do projeto nas demais instituições da região. Durante a reunião, discute-se a proposta de ensino do projeto e a programação do evento. No decorrer da semana, o material é utilizado de acordo com o planejamento feito, sendo as atividades acompanhadas pela equipe visitante. Diariamente realizam-se reuniões de acompanhamento do processo.

Este evento compactado em um período de uma semana, não corresponde, naturalmente, à utilização regular do material nas escolas de Medicina, mas se faz necessário, por possibilitar a vivência de uma situação concreta da utilização dos materiais que são, ao mesmo tempo, uma oportunidade de testagem e uma referência para futuros planejamentos.

A implantação do material nas demais instituições é feita usando esta experiência-piloto como base, a partir das observações feitas pelos coordenadores do projeto, no decorrer dessa fase experimental. A utilização dos materiais deve preservar alguns princípios que dizem respeito à oportunidade de discussão aberta, à reflexão e à participação, sempre que possível, de professores de diferentes áreas afins no processo de ensino e de profissionais do serviço. Espera-se que a utilização regular do material proporcione melhores condições de contato direto dos alunos com os serviços.

Acompanhamento e avaliação dos projetos

Coerente com os pressupostos que fundamentam os projetos como um todo, o plano de acompanhamento e avaliação é centrado na compreensão da experiência e não no alcance de objetivos pré-determinados. Isto implica:

- o envolvimento de todos os participantes como sujeitos do processo, favorecendo o compromisso com a transformação da realidade;
- o reconhecimento de que mudanças a longo prazo podem ser mais importantes que efeitos imediatos;
- a flexibilidade e pluralidade de procedimentos utilizados na avaliação;

Quadro 1. Material produzido nos projetos de integração ensino e serviço.

Projeto	Material		
	Vídeoteipe	Eslaides-som	Livros
Tuberculose	<p>Tuberculose: um perigo real, 26 minutos.</p> <p>Tuberculose: Mesa redonda, 33 minutos.</p> <p>O milagre somos nós, 25 minutos.</p> <p>Consulta de enfermagem, 22 minutos.</p>	<p>Etiopatogenia, diagnóstico e tratamento da tuberculose, 66 eslaides, teipe 20 mins.</p> <p>Controle da tuberculose, 48 eslaides, teipe 15 mins.</p>	<p><i>Controle da tuberculose</i>, 102 pp, Cap. 1 — O problema da tuberculose.</p> <p>Cap. 2 — Ações de controle da tuberculose: diagnóstico, tratamento e prevenção.</p> <p>Cap. 3 — Programação do controle da tuberculose.</p>
Hanseníase	<ul style="list-style-type: none"> • Para onde é que eu vou? 18 minutos. • Prevenção de incapacidades físicas em hanseníase, 42 minutos. 	<ul style="list-style-type: none"> • O que é hanseníase? 52 eslaides, teipe 11 mins. • Atividades de controle de hanseníase, 73 eslaides, teipe 17 minutos. 	<p><i>Controle da hanseníase</i>, 124 pp. Cap. 1 — Aspectos históricos, sociais e epidemiológicos. Cap. 2 — A assistência na rede básica de saúde e manifestações cíclicas de hanseníase.</p>
Câncer	<ul style="list-style-type: none"> • Câncer: Fundamental é a vida, Parte I, 35 mins. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese e exame físico: base do diagnóstico do 	<p><i>Controle do câncer</i>, 151 pp. Cap. 1 — O problema do câncer no</p>

Hipertensão arterial

- Câncer: Fundamental é a vida, Parte II, 40 mins.
- Câncer: Fundamental é a vida (compacto 59 mins).

- Treinamento para medida e registro da pressão arterial, 25 minutos.
- Fala, coração (em edição)

- câncer de mama, 54 eslaides, teipe 15 minutos.
- Anamnese e exame físico: base do diagnóstico do câncer cérvico-uterino, 54 eslaides, teipe 17 mins.

- Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial — Normas técnicas, Parte I, 42 eslaides, teipe 8 mins.
 - Parte II, 63 eslaides, teipe 14 minutos.
 - Parte III, 80 eslaides, teipe 15 minutos.

Brasil.

- Cap. 2 — O estudo das neoplasias e a suspeita no diagnóstico do câncer.
- Cap. 3 — Diagnóstico e tratamento do câncer.
- Cap. 4 — O controle do câncer no Brasil.

- *Controle da hipertensão arterial* (em edição)
 - Cap. 1 — Caracterização da hipertensão arterial.
 - Cap. 2 — Hipertensão arterial como problema de saúde pública.
 - Cap. 3 — A hipertensão arterial na prática médica.
 - Cap. 4 — O tratamento da hipertensão arterial.
 - Cap. 5 — Bases para reformulação de programas de controle de hipertensão arterial.
-

- a ênfase em procedimentos que proporcionem oportunidade de diálogo e discussão, favorecendo a explicação de posicionamentos e valores diversos e a compreensão da situação;
- o compromisso com a sistematização e divulgação de resultados e conclusões, a fim de que os grupos envolvidos professores, alunos, profissionais dos serviços possam repensar sua prática a partir da reflexão sobre esses dados.

O acompanhamento e a avaliação estão presentes ao longo do desenvolvimento dos projetos. O plano detalhado a seguir refere-se à avaliação da utilização dos materiais nas instituições de ensino. Esse estudo compreende duas fases: uma avaliação a curto prazo, focalizando a fase inicial de uso dos materiais, e uma avaliação a longo prazo, para investigar em que medida esses materiais foram incorporados à prática pedagógica e possíveis influências de seu uso no currículo e na competência de professores e alunos.

Primeira fase. Consiste no acompanhamento do uso piloto dos materiais, nas cinco instituições-pólo, e tem como principal objetivo avaliar o material e o processo de sua utilização. Esse estudo, conduzido pela equipe do NUTES, tem a duração de cinco dias letivos em cada instituição de ensino e compreende os seguintes procedimentos:

- observação e registro de processo de utilização dos materiais (Ex: departamentos e docentes envolvidos, condições de acesso aos materiais, formas de utilização dos materiais, discussões e outras atividades decorrentes do uso do material, motivação dos alunos e professores, etc.);
- administração de questionários a todos os estudantes e docentes, para avaliar os materiais, quanto a seu formato e conteúdo, e o plano de sua utilização;
- realização de entrevistas com docentes e com uma amostra dos alunos, como forma de obter informações mais detalhadas sobre a qualidade dos materiais e de detectar aspectos facilitadores e/ou dificuldades do seu uso;
- aplicação de pré e pós-teste, para medir a competência dos alunos antes e após o uso dos materiais (Ex: apreensão dos conceitos saúde/doença, percepção das dimensões do ato médico, conhecimentos específicos quanto ao controle, a nível individual e coletivo, da patologia focalizada no material, etc.);
- discussão, nas reuniões diárias de acompanhamento do processo, sobre as atividades de ensino que envolveram o uso dos materiais;
- realização de uma reunião final para a avaliação da semana de

- trabalho, incluindo planejamento geral da implantação do material nas demais unidades de ensino de cada região. Nessa ocasião, cada coordenador discute seu plano com os presentes, tendo por base as condições peculiares de sua instituição e as observações decorrentes das experiências vivenciadas durante a semana de trabalho;
- organização e análise dos dados coletados e elaboração do relatório;
 - envio do relatório aos coordenadores em cada instituição para divulgação dos resultados.

As conclusões do estudo são utilizadas tanto para reformulação dos materiais, se necessário, como para embasar o processo de sua utilização nos cursos médicos. No projeto de tuberculose, a avaliação propicia a edição revista do livro didático e a produção de dois novos programas de vídeo.

Segunda fase. Considera-se prematuro chegar a conclusões sobre os efeitos da utilização do material após somente uma semana de seu uso piloto porque, entre outras coisas, o alcance de certas modificações visadas pressupõe um período mais prolongado. Por essa razão, planejou-se uma avaliação do uso de cada conjunto de materiais, a ser desenvolvida em cinco anos, tendo como objetivo identificar:

- possíveis influências dos materiais no currículo: freqüência da utilização do material, aumento do número de departamentos envolvidos no ensino da doença e do planejamento conjunto, aumento do número de horas dedicadas a seu ensino, mudança das bases epistemológicas do conteúdo e do processo de ensino, estímulo à interação escola-serviço, etc.;
- possíveis efeitos na competência dos estudantes e professores: modificações na concepção e na prática de ensino-aprendizagem (relação teoria-prática) e na concepção de saúde-doença, maior habilidade no controle individual e coletivo da doença, etc.

A coleta de informações incluirá visitas às instituições de ensino, entrevistas, envio de questionários e realização de seminários regionais.

CONCLUSÃO

A proposta relatada extrapola o ensino das quatro patologias. Na verdade, trata-se de uma proposta metodológica para o curso de graduação em Medicina, comprometida com a formação de um profissional consciente da realidade brasileira, capaz de influir criticamente na trans-

formação da sociedade. Entende-se que a integração ensino-serviço não se limita ao contato direto com os serviços. Impõe-se um processo de ensino no qual a seleção e o tratamento dos conteúdos estejam comprometidos com a realidade, possibilitando a construção de um conhecimento que, como diz Luckesi (6) permita “ações adequadas para a satisfação de nossas necessidades, sejam elas físicas, biológicas, estéticas ou outras.

Considera-se componente essencial desses projetos o seu processo coletivo de trabalho que possibilita:

- confronto de idéias e posições de docentes de todas as regiões do país;
- oportunidade de questionamento, esclarecimento e muitas vezes de reformulação de concepções e posicionamentos de educação e saúde;
- explicação da proposta educacional que subsidia a construção e a utilização dos materiais instrucionais;
- qualidade científica do material, uma vez que este é produto da elaboração e revisão por um grande número de autoridades da área médica e educacional;
- uma visão integrada do trabalho médico, facilitada pela participação de profissionais de diversas especialidades médicas;
- abordagem de especificidades regionais em termos de condições sociais da população e disponibilidade de recursos do setor saúde, de hábitos culturais, etc.

Ressalta-se também que a abordagem metodológica não se identifica como um processo linear, com definições rígidas e pré-estabelecidas de objetivos e etapas; pelo contrário, o projeto se constrói na própria ação, estimulando-se a crítica e a criatividade. Esta dinâmica imprime à proposta uma característica de flexibilidade e abertura, permitindo que cada projeto incorpore as experiências dos outros. Não existe, pois, um modelo definitivo, quer para a elaboração do material, quer para sua utilização no ensino. O processo é de construção contínua.

NOTAS

1. Foram assinados os seguintes convênios: a) com a Campanha Nacional contra a Tuberculose, Secretaria Nacional de Projetos Especiais de Saúde (SNPES), Ministério da Saúde (MS); b) com o Departamento Nacional de Dermatologia Sanitária, SNPES-MS; c) com o Programa Nacional de Combate ao Câncer (PRÓ-ONCO), SNPES-MS e d) no caso do projeto de hipertensão arterial, diretamente com a SNPES-MS.

2. Participaram dos projetos os seguintes docentes do NUTES: Antônio Filomeno, Eliane Brígida M. Falcão, Eliana Cláudia O. Ribeiro, Maria Alice Sigaud Machado Coelho (atual Diretora), Nilma Santos Fontanive (Diretora até março de 1990) e as Professoras Visitantes Dyla T. de Sá Brito e Vera Helena F. de Siqueira.

3. Trabalharam como assessores permanentes de conteúdo: no projeto de tuberculose, Dr. José do Vale P. Feitosa (Coordenador de Recursos Humanos, Campanha Nacional contra a Tuberculose); no projeto de hanseníase, Dra. Maria Leide Wan-Del-Rey de Oliveira (Diretora da DNDS/MS) e Dra. Maria Aparecida Patroclo (Médica do Município do Rio de Janeiro); no projeto do câncer, Dra. Maria Inez P. Gadelha (Gerente do Subprograma de Educação em Câncer, Pró-Onco) e no projeto de hipertensão arterial, Dr. Francisco M. Albenesi Filho (Representante do MS e Docente da Faculdade de Medicina, UFRJ) e Drs. Nelson A. Souza e Silva e Norma C. Figueiredó (Docentes da Faculdade de Medicina, UFRJ).

4. Todos os docentes e especialistas que participaram da elaboração dos materiais, inclusive nos seminários de avaliação, figuram como co-autores ou colaboradores. Entretanto, seria impossível nomeá-los neste texto, uma vez que chegam a quase 100 em cada projeto.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem aos colegas docentes do NUTES pelas críticas e sugestão ao texto.

REFERENCIAS

- 1 Shraiber, L. *Educação médica e capitalismo*. São Paulo, Hucitec, 1989.
- 2 Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986.
- 3 Saviani, D. *Educação: do senso comum à consciência filosófica*. São Paulo, Cortez: Autores Associados, 1986.
- 4 Luckesi, C. C. O papel da didática na formação do educador. In: Candau, V. M. *A didática em questão*, Petrópolis, Rio de Janeiro, Editora Vozes, 1986, págs. 23-30.
- 5 Candau, V. M. A didática e a formação de educadores da exaltação à negação: a busca da relevância. In Candau, V. M. (Org) *A didática em questão*, Petrópolis, Rio de Janeiro, Editora Vozes, 1986, págs. 12-22.
- 6 Luckesi, C. C. *Filosofia da educação*, São Paulo, Cortez, 1991.

NOTICIAS

CURSO LATINOAMERICANO DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Tal como ya se había anunciado en números anteriores de esta Revista, el Curso Latinoamericano de Recursos Humanos en Salud se desarrolló en la Escuela de Salud Pública (Fundación Oswaldo Cruz) de Rio de Janeiro, del 17 de agosto al 10 de octubre pasados. La cuidadosa preparación de que el evento fue objeto por parte de los organizadores tanto a nivel local como en el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS en Washington, hacía prever desde el principio un exitoso resultado en términos de alcance de los objetivos y necesidades a las que el Curso se espera dé respuesta; la participación de los docentes tanto de la institución anfitriona como de otras instituciones de la Argentina, México y de la propia Organización fue también un factor que indujo al buen resultado; igual cosa sucedió con la agenda diseñada y con el abordaje metodológico escogido.

El evento desarrolló su contenido a través de cinco módulos que compilaron el conocimiento latinoamericano vigente alrededor de los asuntos siguientes:

- Políticas de recursos humanos y pensamiento estratégico
- El trabajo en salud
- El proceso educativo
- Regulación y control
- Planificación, administración y estrategias de intervención.

El abordaje metodológico implicó que las actividades partieran de una identificación de los principales problemas que los participantes enfrentan en sus respectivos países y sitios de trabajo, mediante un debate amplio, que permitió caracterizar un perfil detallado de la situación prevalente en la Región, como base para ir identificando, a lo largo del Curso, la red causal, los procesos intervinientes en cada área problema y las bases para posibles estrategias de intervención.

El curso contó con 9 participantes originarios del país sede, y 19 provenientes de Argentina, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Paraguay, República Dominicana y Uruguay.

ACTIVIDAD INTERPROGRAMATICA EN RECURSOS HUMANOS

Durante la tercera semana de octubre pasado tuvo lugar en Coolfont, estado de West Virginia, en los Estados Unidos, una reunión de trabajo convocada por el Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, en la cual participaron los miembros de dicha Unidad a nivel de la Oficina Central, así como los consultores, asesores y funcionarios de la misma a nivel de las Representaciones de la Organización en los distintos países. Es relevante el hecho de que en el encuentro participaron, por invitación, distintos Programas regionales de la Organización en cuyas líneas de trabajo existen puntos de intervención que requieren del apoyo y la colaboración mutuas en beneficio de la calidad de la cooperación técnica a los países. En ese marco, el Programa anfitrión y los Programas de Desarrollo de Recursos Humanos y de Desarrollo de Servicios de Salud dedicaron un día de la reunión a examinar conjuntamente la cuestión de la capacitación de personal en epidemiología, partiendo del análisis de las experiencias actualmente en curso en los distintos países, de la interpretación de los logros obtenidos y de la revisión de los problemas encontrados, como base para la discusión y la búsqueda de alternativas diferentes para la educación permanente de los funcionarios a cargo de las actividades de vigilancia epidemiológica y de los procesos de evaluación y toma de decisiones.

A partir de la reunión se ha continuado elaborando conjuntamente sobre este tema tanto en un nivel conceptual como en el terreno operativo, en los países de la Región.

INVESTIGACION DE PERSONAL DE SALUD EN BRASIL

Tuvo lugar en Brasilia, bajo la responsabilidad organizadora de la Coordinación General de Recursos Humanos para los Sistemas Locales de Salud, del 26 al 28 de agosto de 1992. Las discusiones enfatizaron en aspectos de mercado de trabajo en salud y en la formación de recursos humanos. La creación del Sistema Unico de Salud en Brasil, por disposición constitucional, ha dado lugar a la aparición de nuevos problemas acerca de la fuerza de trabajo, que eran desconocidos anteriormente, y el estudio de estos problemas, desde su red causal hasta las opciones de solución que pueden ser consideradas, fueron los elementos motivadores del Seminario. Las autoridades nacionales de salud señalaron la disponibilidad de recursos para apoyar proyectos de investigación en esta área, los cuales deberían ser coordinados con otros esfuerzos financieros provenientes de agencias internacionales y de la comunidad científica nacional.

REUNION SOBRE EDUCACION MEDICA EN SEATTLE

Del 12 al 14 de agosto de 1992 tuvo lugar en la Universidad de Washington en Seattle, un encuentro convocado por la Organización Mundial de la Salud y el Departamento de Educación Médica de la institución universitaria mencionada, que tenía como propósito la revisión del documento de la OMS sobre "El cambio de la educación médica", y la formulación preliminar de guías para la preparación de protocolos de investigación para ser aplicados en estudios al respecto en instituciones y países seleccionados. Los participantes provenían de distintas entidades de educación superior de Estados Unidos y Canadá, así como de las oficinas regionales de la OMS y de la propia sede de esta última en Ginebra.

Las discusiones desde su inicio señalaron la necesidad de introducir cambios fundamentales en la educación médica para adecuarla a las necesidades de la época actual, no solamente mediante acciones que tienden a mejorar el proceso educacional en sí, sino a través de la consideración de la educación médica en una forma más amplia, más como un proceso de planeación social que como una mera intervención educativa, con todas las implicaciones que esta postura tiene. Se analizaron respecto a este asunto, temas tales como el costo de la educación médica, la participación de las instituciones formadoras en las decisiones y las acciones de atención a la salud y, finalmente, la necesidad de retomar los estudios sobre el papel de las ciencias sociales en la formación de los médicos.

Dada la profundidad que requiere un análisis de asuntos de esta envergadura, se decidió que las discusiones sobre el particular serán promovidas en otros niveles y en otras sedes a corto plazo, para tratar de configurar una imagen objetiva de la educación médica del siglo XXI a través de estos debates. El reconocimiento a los planteamientos mencionados se considera un momento positivo en el proceso para inducir cambios en la formación de los profesionales médicos en el resto de esta década.

PROGRAMA DESCENTRALIZADO DE EDUCACION EN SALUD PUBLICA EN LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE HONDURAS

En números anteriores de esta revista se aludió al trabajo de preparación de un programa de posgrado en Salud Pública en Honduras, producto del esfuerzo de la Universidad Autónoma y el Ministerio de Salud de dicho país centroamericano. Finalmente el programa inició sus labores en agosto de 1992; se destaca en esta Sección esta información debido al interés de resaltar algunas características especiales del programa de posgrado mencionado, de las cuales las más importantes son las siguientes:

- es un esfuerzo conjunto del Ministerio y la Universidad;

- se desarrolla a través de un mínimo de actividades presenciales del grupo total (10%), y el resto en los servicios de salud en que los participantes laboran (la mayoría ubicada en regiones sanitarias descentralizadas);
- la estructura curricular está organizada alrededor de cuatro ejes integradores (epidemiología, ciencias sociales, planificación e investigación), y la temática a tratar se construye alrededor de un área-problema y de la “necesidad” de aprendizaje identificada en dicha área-problema;
- el seguimiento y la evaluación del progreso del proceso se desarrolla a través de un sistema de monitoreo que tiene como punto de partida la identificación de la “necesidad” como ha sido mencionado.

Posteriormente, y a medida que la experiencia vaya consolidándose, se informará sobre el curso seguido por este intento de transformar las prácticas educativas en Salud Pública en la Región.

III COLOQUIO DE INVESTIGACION EN ENFERMERIA

Del 11 al 13 de noviembre de 1992 tuvo lugar el evento de la referencia, tercero en una serie iniciada en 1989 en Colombia y continuada en 1991 en México; el encuentro a que nos referimos ahora tuvo como sede la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá, que fue la institución encargada de la organización y conducción del mismo. Igual que en las dos primeras ocasiones, el coloquio reunió a enfermeras representativas de las instituciones docentes y de servicio de los diferentes países de la Región; en el marco del tema central “La investigación y la transformación de la práctica de enfermería” se desarrollaron subtemas específicos tales como Políticas de investigación, Importancia de la investigación para la transformación de la educación y la práctica en enfermería, Plan de desarrollo de la investigación, Investigación en apoyo de procesos de educación permanente, Perspectivas de la investigación, Modelos innovadores, Evaluación del impacto de la acción de enfermería en los servicios, Ecología, enfermería y salud, Bioética e investigación, y La mujer en el desarrollo social y la investigación.

Previo al Coloquio, se desarrollaron seminarios y talleres sobre Investigación participativa, Investigación analítica, Desarrollo del pensamiento crítico y Elaboración de proyectos de investigación. Igualmente, durante el encuentro se presentaron distintos proyectos de investigación que se desarrollan en instituciones y países de la Región, con la participación de enfermeras.

Participaron en el encuentro 420 enfermeras en representación de instituciones de educación y servicios de 20 países de la Región. Las

Memorias del mismo serán publicadas en breve y de ellas emergerán lineamientos esenciales para reorientar el trabajo de formación y de utilización de este valioso recurso humano de que disponen los países para desarrollar sus estrategias sanitarias y de formación de personal para el sector de la salud.

CURSO DE ESPECIALIZACION EN SALUD PUBLICA EN BRASIL

Del 8 de marzo al 10 de diciembre de 1993 se desarrollará el Curso de Especialización en Salud Pública que anualmente se brinda en la Escuela de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz en Rio de Janeiro, Brasil. El Curso tiene como objetivo hacer que el alumno obtenga los insumos para desarrollar su juicio crítico y la calificación técnica necesaria para trabajar en los servicios de salud pública. Con estos fines, el curso se desarrollará en dos bloques: en el primero se analizan conceptos básicos, tales como salud y sociedad, fundamentos de epidemiología, planificación y gerencia en salud; sistemas de atención a la salud, ecología, saneamiento y vigilancia sanitaria; en el segundo se examinan áreas específicas, tales como planificación, epidemiología, modelación de una unidad de salud y vigilancia sanitaria.

El curso, que está abierto a profesionales de la Salud Pública de todo nivel es de 840 horas. El período de matrícula se extiende desde el 1 de marzo hasta el 3 de abril del año en curso. Para obtener mayor información, los interesados podrán dirigirse a la Secretaría Académica de la Escola Nacional de Saúde Pública, Rua Leopoldo Bulhoes 1480, Sala 317, CEP 21041, Rio de Janeiro, Brasil. El curso será coordinado por la profesora María Auxiliadora de Oliveira.

LIBROS

EPIDEMIOLOGIA SIN NUMEROS

Es una publicación de la Serie PALTEX (No. 28) para ejecutores de programas de salud, debida a la autoría del Dr. Naomar de Almeida Filho, Profesor adjunto del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de Bahía, Profesor Asociado del Departamento de Epidemiología de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, Profesor Visitante de Antropología de la Universidad de California en Berkeley, e Investigador del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico en Brasil. Su inclusión en la Serie PALTEX responde a la decisión de los Gobiernos Miembros de la OPS de privilegiar la elaboración de “nuevos tipos de materiales educativos aplicables fundamentalmente a la formación de personal técnico, auxiliar y de la comunidad”; responde a la vez al propósito del Programa Ampliado de Libros de Texto de proporcionar a los interesados el mejor material de instrucción en ciencias de la salud posible, “que resulte a la vez accesible, técnica y económicamente, a todos los niveles y categorías de personal en cualquiera de las etapas de su capacitación”.

La obra, de 112 páginas, ha sido escrita en un estilo sencillo, ajeno a fórmulas y prescripciones “clásicas”; en ese entendido, el autor señala al comienzo que “la pretensión del libro es elaborar una crítica a la epidemiología que puede servir a los que no están familiarizados con los vicios discursivos del estilo retórico predominante en el área de la salud colectiva, especialmente en América Latina”. Señala igualmente el autor que la epidemiología es producto de la práctica de instituciones sociales específicas y tiene un desarrollo vinculado a las determinaciones de las formaciones sociales; en congruencia con estos postulados, la obra se desarrolla a través de una serie de capítulos que examinan, sucesivamente, las bases históricas de la disciplina, el objeto de estudio y de trabajo epidemiológicos, la investigación, el método epidemiológico, el diseño y el desarrollo de instrumentos para la investigación epidemiológica, las cuestiones de lo social y lo epistemológico; hay un amplio capítulo final en el que se examinan las perspectivas de la epidemiología como ciencia, y las propuestas alternativas que existen al respecto.

Esta obra puede comprarse a través de la representación de la OPS en cada país por el equivalente de \$US 3,00.

EPIDEMIOLOGIA DE LA DESIGUALDAD

Es una traducción al castellano de la obra "Epidemiologia da desigualdade", publicada en 1992 por la Editora "Hucitec" de São Paulo, Brasil, y que recoge los resultados de "un estudio longitudinal de 6000 niños brasileños"; dicho estudio fue realizado por un grupo de profesionales, investigadores y estudiantes de las Facultades de Medicina de la Universidad Federal y de la Universidad Católica de Pelotas, Brasil. La coordinación editorial estuvo a cargo de los Dres. César G. Victora, Fernando C. Barros y J. Patrick Vaughan; el estudio en sí fue posible a través de la colaboración de funcionarios de las Universidades mencionadas, y del apoyo financiero de la Overseas Development Administration de Inglaterra, del International Development Research Centre, de Canadá, y de la División de Salud Maternoinfantil de la Organización Mundial de la Salud.

El estudio incluyó a 6000 niños nacidos en los hospitales de Pelotas (Población: 250 000) a los cuales se les siguió prospectivamente durante los primeros años de vida; el estudio exploraba quiénes murieron, por qué causa murieron, quiénes fueron hospitalizados, cómo se alimentaban, cómo crecían, en qué condiciones vivían y cuál era su forma de desarrollo psicológico; fue pues, un estudio longitudinal, de cohorte, planeado para "evaluar la influencia sobre la salud infantil de una serie de factores perinatales, demográficos, ambientales, alimentarios y asistenciales, dentro de un cuadro amplio definido por la estructura social". Explican los autores que cualquier estudio sobre salud infantil en un país lleno de contradicciones y desigualdades debe basarse en una comprensión y entendimiento de la realidad social, y que la salud de un grupo de niños puede ser afectada por factores tales como el estado de salud de sus madres, la alimentación que reciben, las condiciones de vivienda y ambiente y la disponibilidad de asistencia médica.

La obra analiza la metodología utilizada, y detalla a continuación los distintos componentes estudiados: la salud de la madre durante el embarazo, las causas del bajo peso al nacer, la mortalidad perinatal e infantil, las enfermedades comunes, incluidas las que causan hospitalización, crecimiento, desnutrición, amamantamiento y dieta, asistencia médica, consumo de medicamentos, clase social, condiciones de vida y desarrollo psicológico. Finaliza con un capítulo de conclusiones y recomendaciones.

La obra es altamente recomendable para estudiantes de las carreras y cursos de salud incluyendo los de nivel técnico y auxiliar, porque ilustra en forma clara que un estudio longitudinal prospectivo en un grupo poblacional puede permitir el llegar a conclusiones de aplicación práctica (en este caso sobre el enfrentamiento de problemas que ponen en riesgo

la salud infantil, tales como el bajo peso al nacer, la identificación de grupos de alto riesgo, y otras manifestaciones acerca de la influencia de las diferencias sociales en la morbimortalidad infantil).

RIESGOS DEL TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO

Publicado en 1991 por Interamericana en Barcelona, este libro forma parte de la colección Medicina y Sociedad; su autor es el Prof. Juan José Gestal Otero, profesor de Medicina Preventiva de la Universidad de Santiago, en Galicia, España, quien ha coordinado a un grupo de especialistas españoles en higiene y salud laboral. Consiste en una amplia revisión de los riesgos y enfermedades del trabajo en los hospitales y servicios de salud, que afectan a médicos, enfermeras, odontólogos, farmacéuticos, personal técnico intermedio, auxiliares, personal de mantenimiento, de laboratorios, de limpieza y otras áreas vitales en un servicio de salud. La revisión cubre desde el grupo de enfermedades infecciosas, (la amenaza más comúnmente encontrada en los trabajadores de salud), hasta los trastornos producidos por el contacto con químicos, los inhalantes y los tóxicos, pasando por los problemas de irradiaciones, quemaduras, radioexposición, otros riesgos biológicos y físicos; buena parte del texto se dedica a examinar los aspectos jurídicos del problema, cuestiones particulares tales como los efectos que sobre los trabajadores de salud pueden tener la agresividad y la violencia por parte de pacientes, familiares, usuarios, colegas, otros trabajadores; finalmente, se analiza la responsabilidad penal y civil del trabajador de salud en las diferentes situaciones a las que se ve expuesto; la obra cierra con una propuesta para el establecimiento de mecanismos de seguridad laboral para el trabajador sanitario, incluida la creación de una Unidad de Salud laboral en los hospitales, destinada al tratamiento y manejo de problemas que se han presentado, y, fundamentalmente, al desarrollo de campañas educativas para evitar que sucedan.

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.

SOBRE EL CONTENIDO DE ESTE NUMERO •
PERSONAL DE SALUD Y TRABAJO EN LAS
INSTITUCIONES • RECURSOS HUMANOS Y
SISTEMAS LOCALES DE SALUD •
PARTICIPACION Y COGESTION DE LA SALUD •
ACCION INTERSECTORIAL EN SALUD •
ADMINISTRACION ESTRATEGICA DE RECURSOS
HUMANOS • RESEÑAS • NOTICIAS • LIBROS

