

Volumen 28, No. 2

Abril/junio 1994

Educación Médica y Salud

LA DIVERSIFICACIÓN DEL TRABAJO
EN RECURSOS HUMANOS
EN LAS AMÉRICAS

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

E EDUCACION MEDICA Y SALUD

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

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

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

ISSN 0013-1091

Últimos números publicados:

Vol. 27, No. 4: Trabajo y educación en los servicios de salud: la experiencia latinoamericana.

Vol. 28, No. 1: El cambio en la profesión médica y sus implicaciones para la educación médica.

Próximo número:

Vol. 28, No. 3: México: un esfuerzo conjunto para el desarrollo de recursos humanos.

Educación Médica y Salud

Volumen 28, No. 2
Abril/junio 1994

ARTÍCULOS

- 157 **Formación escolar, capacitación profesional y calidad de los servicios de salud.** *Lilia Blima Schraiber*
- 171 **Análisis sectorial para la formulación de políticas de salud.** *Cristina Puentes-Markides y Margarita Hurtado*
- 199 **Profesiones de salud: una formación cuestionada.** *Celia Regina Pierantoni y María Helena Machado*
- 211 **Profesionalización del personal auxiliar de enfermería: una experiencia estratégica para la transformación de las prácticas de trabajo y docencia.** *Susana Espino, Ana María Heredia y Cristina Davini*
- 223 **La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable en el desarrollo de la salud.** *Gustavo I. de Roux*
- 234 **Estudio evaluativo del programa de capacitación: talleres de atención primaria.** *Nina Horwitz C., M. Graciela Muñoz S., José Alberto Ochoa D., Isabel Ringeling P., Eduardo Sarué D. y Gonzalo Valdivia C.*
- 249 **La capacidad de crítica de los estudiantes de medicina ante el quehacer médico.** *Domingo Vázquez y Leonardo Viniegra*
- 262 **Colombia: la investigación básica y el proceso de formación de recursos humanos de salud.** *Luis Caraballo*

269 **RESEÑAS**

310 **NOTICIAS**



Impreso en papel reciclado a partir del Vol. 25 No. 1, 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)
- Dra. Judith Navarro, Programa de Publicaciones, OPS
- Dr. Jean Pillet, Banco Mundial
- Dr. Carlos Martini, American Medical Association
- 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.

FORMACIÓN ESCOLAR, CAPACITACIÓN PROFESIONAL Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

*Lilia Blima Schraiber*¹

INTRODUCCIÓN

Al observar atentamente los estudios sobre la calidad de los servicios de salud, vemos que en la mayoría de los casos la responsabilidad de los problemas relacionados con la práctica médica recae en la capacitación profesional y en la formación escolar. Esto adquiere mayor certeza en la medida en que la situación crítica en cuestión guarde más relación con la actuación de los profesionales universitarios.

La calidad de la profesión médica está relacionada ante todo con el **plan de trabajo**, más exactamente con la articulación entre las actividades de trabajo y el agente de salud, y corresponde al ámbito de la estructuración de las acciones y de la planificación de los recursos humanos en la organización de los servicios de salud. Pero esa calidad se ha puesto en tela de juicio con frecuencia, debido al resultado inadecuado o insuficiente de la capacitación relacionada con el **plan de aprendizaje escolar**.

Esta forma de pensar produce una serie de equivalencias e identidades que se reflejan en la atención proporcionada por los servicios de salud. Si el centro del problema consiste en los resultados concretos de las prácticas de salud y en la calidad correspondiente de los servicios asistenciales brindados a la población, el problema se considera como el resultado de la calidad de los recursos humanos y esa calidad como el principal producto de la formación escolar.

El resultado de estas transposiciones hace que la importancia del problema se reduzca, ya que dentro de ese proceso global que representa la producción de los servicios de salud, se destaca la figura del trabajador

¹ Profesora del Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad de São Paulo, Brasil.

y sus problemas como el principal aspecto a considerar. Además, entre las distintas problemáticas de cada trabajador como agente de trabajo, solo se consideran aquellas que se derivan del proceso educativo.

En primer lugar, se trata así de interpretar la realidad de la transposición de los problemas **del trabajo** como intervención técnica adecuada a las demandas sociales, a los problemas de desempeño del trabajador, como si todo no procediese del *dominio de una técnica*. En la realidad, además de ese dominio se deben considerar los objetivos técnicos de la práctica articulados con los objetivos institucionales, organizando la práctica en una u otra producción concreta de servicios. Y esta última, en razón de los intereses y las políticas administrativas, representa compromisos mayores o menores frente a complejos financieros o complejos médico-industriales, lo que crea en el profesional cierta disponibilidad de medios de trabajo, instalaciones y formas diversas de interactuar con la clientela. Como resultado, tendremos una mayor o menor satisfacción en el trabajo, lo que también conformará los patrones de trabajo de ese profesional.

El insertarse efectivamente en la producción de los servicios y en el ejercicio de la profesión como *la actuación exclusivamente personal del agente* equivale, por tanto, a reducir bastante la problemática del trabajo.

En segundo lugar, la idea citada produce el desplazamiento de los problemas concernientes al dominio de la técnica, esto es, el dominio de una **tecnología eficaz de trabajo** en dirección a problemas referentes a la posesión del conocimiento. Esta posesión se adquiere por medio de la enseñanza de los conocimientos científicos a lo largo de la educación escolar. En ese proceso el adiestramiento técnico se define en forma de una técnica cuyas habilidades corresponden a procedimientos sumamente seleccionados: una intervención que se da sobre el complejo patológico —la situación asistencial actual en la producción de la atención— en las enfermerías o ambulatorios de los hospitales-escuela.

En este caso, la base pedagógica descansa en el principio educativo del aprendizaje basado en lo más difícil desde el punto de vista científico, suponiéndose que de esta forma se abarcará toda una posible gama de situaciones en el plan de trabajo que casi siempre corresponde a las demandas más simples desde el mismo punto de vista científico. Con esta forma de actuar se supone que la complejidad científica precede y equivale técnicamente a cualquier tipo de dificultad que pueda ocurrir en el ámbito tecnológico de la producción de los servicios.

Todo ocurre como si la complejidad científica respondiese de forma adecuada a la complejidad técnica del trabajo, por contener lo más simple de la ciencia no solo en escala progresiva sino también la "simplicidad" de las demandas habituales actuales en la producción general de los servicios de salud.

Pueden recordarse muchas situaciones en las que se cuestiona o por lo menos se relativiza, la cobertura de esas hipótesis. Por ejemplo la actuación tecnológica del equipo avanzado de los hospitales-escuela responde mal cuando se utiliza en la red ambulatoria, incluso si consideramos una situación patológica igual, como ocurre en la asistencia a los enfermos crónicos de hipertensión, diabetes o enfermedades similares. La insuficiencia e, incluso, la incompetencia de esas transposiciones simples se exacerban mucho más cuando se consideran situaciones patológicamente simples, aunque epidemiológicamente complejas, como ocurre con el impacto efectivo en cuanto al control de las enfermedades infecciosas y transmisibles a partir de una asistencia basada esencialmente en la terapéutica médica.

Si consideramos los aspectos de la técnica del agente en el trabajo como un problema de la enseñanza escolar y del aprendizaje de la ciencia, reduciremos el problema. La insuficiencia de ese aprendizaje para solucionar los problemas de la práctica en el trabajo cotidiano guarda relación con cuestiones complejas que producen esa transposición mecánica y casi inmediata del conocimiento científico a la capacidad tecnológica.

Cabe destacar el hecho de que si se establece una secuencia de reducciones, se debe a que cuando se examinó la calidad de los servicios como un problema, se seleccionaron sus componentes, dándose mayor valor al agente en el plan de trabajo y a la posesión del conocimiento en la esfera del agente. Estos aspectos parciales de la calidad de los servicios se transformaron en elementos jerárquicamente superiores a los demás, representándolos y haciéndolos simbólicamente equivalentes a la realidad que se pretendía estudiar.

Sin embargo, debido a que estas equivalencias son transposiciones que reducen los cuestionamientos, por más que estudiemos la problemática educativa y por más que perfeccionemos la enseñanza escolar apenas conseguiremos mejorar la calidad del aspecto parcial al que se refiere esta enseñanza. A veces ni eso, ya que depende de la jerarquía concreta de los elementos constitutivos del trabajo la determinación de su producción efectiva pues el impacto de las propuestas de cambio derivadas de esos estudios se supedita al grado objetivo de influencia del aspecto parcial elegido. El límite de innovación lo dictarán las equivalencias presupuestas, es decir, la disminución del problema original al cuestionarlo, y la definición de los aspectos pertinentes a su problematización.

Por eso, me gustaría proponer una reflexión sobre el origen de ese proceder tan común: ¿por qué son verosímiles estas equivalencias? ¿por qué parecen tan coherentes como formulaciones sobre los problemas reales y por qué son posibles las transposiciones intelectuales en que se fundan? Si la capacitación profesional es una problemática de la calidad de los servicios, ¿por qué parece ser su componente de mayor valor pudiendo presentarse como el mejor representante de todos los demás?

Será una reflexión de esta naturaleza la que propongo en el presente artículo. No la haré examinando la educación sino el trabajo, puesto que es este el que demostrará la razón por la cual, dada la importancia que en su ámbito adquiere el trabajador directo o el agente ejecutor de las intervenciones de salud, el plan de actuación personal de este o de formación escolar adquieren un valor igualmente elevado y mucho más valorizados además, cuanto más se trate de agentes especializados y con un alto grado de intelectualización en su cualificación como trabajadores.

Por tanto, examinaré solo un segmento del trabajo de salud: la práctica de los médicos. Este es también un aspecto parcial pues, sobre todo actualmente, el trabajo de salud no se limita al ejercicio que los médicos hacen de la profesión. No obstante, lo tomo como caso ejemplar. No solo por ser socialmente legitimado como una práctica nuclear en el interior de los trabajos de salud sino porque adquiere este valor en razón de haber sido históricamente el trabajo estructurador de la actual práctica técnico-científica de salud y del cual los demás trabajos constituyen subdivisiones.

Hay también una segunda razón: reflexionar sobre la pertinencia del propio agente en el proceso de trabajo, que produce la supremacía que hasta hoy muchos atribuyen al médico en su papel de componente de ese proceso. Para tal propósito debemos examinar exactamente la estructuración del trabajo de salud como práctica de la base científica. Se trata de examinar la constitución del trabajo médico moderno que ocurrió debido a las transformaciones producidas por los médicos en el ejercicio de su profesión. Estas transformaciones radican en las características que el trabajo adquirió principalmente a lo largo del siglo XIX y guardan relación con una intervención que abarca las necesidades sociales relativas a los **procesos de salud-enfermedad**; pero que se estructuró como intervención sobre el **cuerpo docente** cuando pasó a ser ejercida y conquistada como monopolio de los médicos, de la práctica y del conocimiento.

EL TRABAJO MÉDICO MODERNO: TÉCNICA Y ÉTICA EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS

Uno de los rasgos más distintivos del trabajo médico está en su inmediata configuración como trabajo técnico y ético simultáneamente (1).

La técnica muestra su gran alcance en forma de intervención que proporciona condiciones vitales ampliamente deseadas. Se trata, por tanto, de la dimensión operante, de acción manual directa o instrumentalizada de ese trabajo, referida siempre a una actuación. La actuación se fundamenta en un conocimiento: la técnica se vincula a la ciencia, a la biología y a conocimientos afines, se sitúa en la esfera del "mundo natural".

La dimensión ética de ese trabajo, por su parte, guarda relación con la intervención sobre los seres humanos. Y si está estructurada en la forma de intervención de **un** hombre sobre **otro**, mostrándose a primera vista solo como una relación interpersonal, representa un momento específico y particular de la realización de la vivencia social. Es la concretización de las relaciones sociales y, más en este momento singular, la relación entre médico y paciente. Debido a que se presenta como una relación "simple" interpersonal, esta dimensión ética rara vez se percibe supeditada a la relación social, a las reglas de reproducción de la vida en sociedad. Pero, si por eso mismo no se comprende de inmediato su valor político e ideológico también, es considerada ciertamente por su interferencia sobre las vidas, la privacidad y las pasiones de las personas, como algo que pertenece al dominio de lo subjetivo, lo que contrasta con la objetividad que se suele atribuir al "mundo de lo natural".

Por tanto, para la medicina no debe ser algo muy simple obedecer simultáneamente a esas dos órdenes de determinación. Tratemos de comprender mejor esa dificultad, así como los esfuerzos de los médicos para enfrentarla históricamente.

Esta búsqueda nos remite al momento de su constitución como práctica moderna y que correspondió al establecimiento de la medicina como **profesión**. Y cualificarse como profesión significa una intervención técnica nuclearmente apropiada en la actuación de su agente para la producción del trabajo. Por ese motivo, la profesión nace como actividad que se da fundamentalmente en función de las características del profesional: monopolio de un área específica con base en una formación intelectual prolongada y en un sistema específico de valores que sustenta los desempeños profesionales en los que encontraremos un ideal de autonomía técnica y de autonomía mercantil (2).

En principio estamos por tanto, ante un trabajo en el que es sumamente importante la cualificación técnico-científica de sus agentes. Pero sobre todo su código de ética, ya que la profesión se caracteriza por ser un trabajo de amplia *autonomía* de desempeño y carácter *intelectual* significativo. Debido a esto, su cualidad tecnológica que consiste en la acción de intervención manual se concebirá como radicalmente distinta de otras similares en cuanto a la igualdad en la manipulación directa de los objetos del trabajo.

La profesión médica se distingue de los demás trabajos técnicos no solo porque sus acciones exigen técnicas especiales o porque el conocimiento (la ciencia) que entraña sea complejo y extenso, o incluso porque tenga reglas propias de ejercicio, sino más bien porque posee normas de conducta bien establecidas, que definen una moral de práctica y entrañan una sabiduría acerca del uso de ambas cosas: conocimientos y valores. Ese conjunto de atributos permite que se aparte de la práctica la idea del *trabajo*,

pasando la medicina a ser representada como *acción social genérica* y cualificada como acto que trascendería de su carácter operativo para significar un acto moral en el que la manipulación apenas se da fundamentada y dependiente de éticas de interacción entre el médico y el paciente (*técnica moral-dependiente*).

No cabe duda de que este modo de interpretar la profesión médica —desde su génesis en la sociedad capitalista— produce, en relación con los demás trabajos, una distinción y elitización de los médicos, y una vez que requiera el “buen” uso de la ética, no solo exigiría prácticas peculiares sino fundamentalmente **personas peculiares**: hombres de “aptitud”. Las imágenes de *aptitud* y *vocación* están muy unidas a la medicina y el estar “naturalmente dotado” de estos atributos surge casi siempre como justificación en la selección de la profesión o entre sus ramas parcelarias (especializaciones médicas).

Desde esa perspectiva, nos interesa subrayar el hecho de que estos cualificativos, que no solo se yuxtaponen al dominio de un conocimiento y de una intervención técnica sino que los abarcan, representan una mezcla de componentes objetivos y subjetivos de la práctica: la habilidad técnica, cualidad objetiva con una tendencia natural a la “habilidad”; cualidad intrínseca de quien la posee y solo subjetivamente disponible. Pero una vez que esta última está unida supuestamente a aquella misma habilidad, la apreciación positiva de esta habilidad pasa a ser el modo en que objetivamos la **aptitud** o la **vocación**, legitimando esta imagen de la medicina, la forma de construir su representación y su sistema de valores (3).

La noción de profesión, en el sentido arriba indicado, cualifica la práctica de los médicos de técnica de “talento”, una combinación de **arte** y **ciencia**. El arte, esa capacidad de aplicar los conocimientos científicos conforme a preceptos “correctos” de comportamiento personal como oír, interesarse, tranquilizar, orientar —contexto de disposición obligatoria para las acciones técnicas. Podríamos afirmar que esa capacidad del médico radica en elaborar una tecnología de lo “afectivo”, es decir el ejercicio de la subjetividad aplicado a la técnica. Así, no será tan extraño que se tome el arte por “humanismo” y que se le atribuyan elementos ajenos a la competencia técnica en su sentido estricto.

Vamos a detenernos un poco en este doble tratamiento conceptual de *ciencia* y de *arte* acuñado para la práctica médica. Observemos que el concepto de medicina en cuanto a arte y a ciencia es formulado en su fase liberal, siendo el término arte de uso menos corriente después de los años sesenta, a partir de los cuales el carácter de la práctica científica es el que destaca en la medicina. Aun así, el abandono de la idea de arte anula obviamente la dimensión más subjetiva de la práctica a la cual correspondió ese término y en la que se inscribe la autonomía decisoria del médico sobre su desempeño profesional, pues este no se limita a la técnica que aplica

objetivamente a su ciencia, sino que persiste entrañando componentes de la subjetividad que en el pasado constituyeron el **arte médico**.

Podemos comprender la posibilidad concreta del aludido tratamiento doble de la práctica como emanado de la popularidad del trabajo de los médicos en razón sobre todo del objeto especialísimo de que se ocupan: por coincidir en la persona que llega al médico el **cuerpo-objeto del trabajo médico** (cuando entonces significa *enfermedad*) con el **cuerpo-necesidad social-finalidad del trabajo médico** (cuando entonces significa *enfermo* a ser transformado), es posible tomar como equivalentes la **terapia del enfermo** —que se da como arte de curar— y el **modo de curar las enfermedades** —que se da como ciencia, conocimiento de las enfermedades— confundiendo los planos arte y ciencia de curar (4).

Trasmutar enfermos a enfermedades al igualarlos cuando se enjuician las necesidades sociales de salud es una formulación central en el trabajo médico. Al hacer esta transferencia, la medicina conseguirá interpretar los aspectos normales de la vida mediante la enfermedad y lo patológico, capacitándose así para actuar sobre los enfermos —sujetos de la sociedad— mediante un conocimiento del organismo patológico, en que se excluye el conocimiento de lo social y de sus sujetos.

La dualidad enfermos-enfermedades, como demostró muy bien Canguilhem (5) está presente como movimiento sustantivo de la decisión médica en el trabajo. El enfermo busca la atención médica, el médico diagnostica la enfermedad y a partir de esta, proyecta una terapia que debe ser pertinente y eficaz para ese enfermo. Estas cualidades no solo deberán aplicarse en la dimensión que representa la enfermedad, es decir, en el plano de lo corporal-objetivo sino en la totalidad del enfermo. Y en la esfera de este último el plano personal-social se superpone con mayor valor a lo corporal-objetivo, pues para el enfermo, una intervención solo es pertinente y eficaz si de hecho puede realizarla y si esta le permite seguir viviendo en las mismas condiciones objetivas y singulares en que vivía antes de su afección.

El enfermo es algo particular dentro del conocimiento general que representa la patología. Pero no es solamente un particular en relación con lo general, pues, es conocido el lema clínico que reza: "Todo caso es un caso"; y no "todo caso es caso", como ley general repetida en el caso en particular. Los casos han sido *uno y único* porque ha sido doble el modo por el cual la individualidad de cada enfermo es apropiada por el médico en el acto del trabajo: lo singular en relación con lo general, pero también simultáneamente lo singular absoluto. En otros términos, para el médico cada situación se presenta hasta cierto punto como una novedad: todo diagnóstico es simultáneamente *aplicación*, en un sentido, pero es descubrimiento en otro.

Si como práctica técnica, en el primer sentido, opera un *reconocimiento*, una identificación del caso no conocido en ese momento por la ciencia, en el segundo sentido es *conocimiento* que produce nuevas verdades. Y el hecho de que sean verdades singulares, específicas al caso, no les resta el mérito de ser verdaderas como haría suponer la ciencia de las leyes generales del “mundo natural”. Al contrario, es en esa peculiaridad de la realidad médica donde reside su virtud, pues toda terapia es simultáneamente un acto de rutina, que aplica el conocimiento científico, y un acto de creatividad, que solo los “descubrimientos” pueden producir.

Por un lado, en el acto médico tenemos una independencia relativa del médico en lo concreto y singular del enfermo, pues este acto no deja de ser práctica técnica, aplicación ya sea del conocimiento clínico de forma más inmediata, o de la patología de forma más mediatizada. Por otro lado, tenemos una independencia relativa en el sentido contrario, es decir, una separación del conocimiento científico, en una especie de “re-lectura” con base en otro conocimiento, de naturaleza más práctica y empírica: la **experiencia personal** del médico. En ese sentido, para el término arte es mucho más favorable.

Esas relativizaciones que cada médico siempre reitera en el carácter cotidiano de su trabajo, solo son el ejercicio de una autonomía con referencia a la ciencia y simultáneamente el ejercicio de autonomía con referencia a lo social, en el momento intelectual de ese trabajo. Ese momento, que es la asimilación y proyección de la transformación de su objeto, se califica entonces como la **autonomía técnica** de ese trabajo.

En lo cotidiano, el arte no es tan pródigo en materia de creatividad personal. Pero en el plano de lo ideal, esta práctica se hace representar por la cualidad del acto siempre “único”, lo que contribuye a hacer de la relación médico-paciente una cuestión pertinente ante la rutinización del trabajo para el médico y ante el valor de la enfermedad para el enfermo (6). Estas últimas consideraciones indican aparentemente una “distancia entre la intención y el gesto”; o sea, harían suponer un ideal sin apoyo de la acción. La cuestión es, en realidad, un poco más compleja puesto que si para el paciente —pero no para el médico— cada episodio mórbido es único, lo que será único para este último es todo el acto de la clínica, es decir, el modo a través del cual se “conectan” el enfermo y la enfermedad porque el médico desconoce las particularidades de cada enfermo, la persona “en la enfermedad”. Lo difícil exactamente será hacer frente con éxito a una situación ya conocida pero al mismo tiempo no conocida una vez que también el médico se da cuenta y sabe que debe tener presente la singularidad del enfermo.

He aquí la razón por la que la práctica médica es práctica que entraña enjuiciamientos complejos, riesgos y algún grado de incertidumbre en las decisiones diagnósticas y terapéuticas. Por eso se representa, también

por esta vía, como intervención fundamentada en la competencia personal del médico. Esta le haría adquirir el sentido de particularización necesario que establece incluida las propias reglas de decisión y los límites de su intervención. En otros términos, el médico deberá desarrollar los criterios y los mecanismos de su *autorreglamentación* (7).

No cabe duda, por tanto, de que el acto médico se caracteriza por una forma de proceder en la que se inscribe plenamente el ejercicio de la subjetividad del agente. He ahí por lo que el médico no se identifica como cualquier otro trabajador dentro del proceso de trabajo. Por el contrario, en la medicina el agente es casi el proceso propio, su componente nuclear, al que se subordinan los demás.

Reducida la esencia de la estructuración del trabajo al plano personal de los agentes, el acto médico pasa a significar una acción desencadenada por la voluntad del sujeto, es decir, dependiente del médico, de su disposición personal. De ahí se establecerán, desde el punto de vista de los valores éticos, las características de *responsabilidad* y *dedicación*, como cualidades necesarias para el desempeño en el ejercicio de la profesión. Y esta necesidad las transforma en instrumentos técnicos, en "herramientas" apropiadas para el trabajo.

Desde el punto de vista de los mismos valores, hay una contrapartida que se espera del paciente: el reconocimiento de la capacidad técnica. Este reconocimiento abarca el conocimiento personal del médico por parte del cliente (enfermo individual), cuando este busca al médico **espontáneamente**, es decir lo selecciona entre los demás y lo acepta como el sujeto absoluto de esta relación. De ahí emerge una conducta moral de **libre elección**, basada en la **confianza personal** como criterio de evaluación, incluida la calidad técnica del trabajo médico.

El acto médico requiere esa conducta para que así el paciente pueda presentarse sin restricción y sentirse libre de expresar lo que sabe sobre su enfermedad como algo que es parte de sí mismo. Sin embargo, esa libertad del médico y el paciente se confronta cuando este observa, compone, elabora y actúa sobre el conocimiento que tiene de la enfermedad. Desde el punto de vista técnico, ya vimos que esos comportamientos representan una posibilidad de construcción de la enfermedad: el entendimiento abstracto, intelectual, de la realidad del sujeto-enfermo como "dilucidación" de la enfermedad que le trae el enfermo, separando los planos personal-subjetivo y corporal-objetivo. Pero el médico también deberá tener conocimiento de la forma exacta de actuar con el fin de que el enfermo sienta la confianza necesaria para mostrar su personalidad con exactitud y entregar su subjetividad. Los términos "mi médico-mi paciente" ilustran bien la situación de esta relación.

Para un ejercicio de esta índole, imbuido de tantas y tan complejas imposiciones, la autonomía técnica, tal como la definimos anterior-

mente, constituyó un modo bastante adecuado de producir la atención médica. Históricamente se hace necesaria otra autonomía: *una relación de trabajo autónoma*, en la transformación de la independencia del pequeño productor de consulta, estructura tan bien conocida en la medicina liberal. Es así que un ideal de la práctica se articula a un ideal de la producción en la sociedad en forma de actos individualizados, privados y hasta directamente dependientes del médico: acto de relación interpersonal y siempre exclusiva; acto de competencia personal, por vocación, por formación familiar y por cualificación escolar, medios a través de los cuales puede el médico desarrollar personalmente la calidad central de la profesión —el arte con que utilizará sus conocimientos científicos.

Ahora se puede tener una idea mejor de la complejidad de lo que estamos llamando “arte médico”. También se puede comprender mejor la presencia de la ética asociada con esta dimensión del arte en el ejercicio de la profesión médica.

Pero ¿por qué decimos que hay una asociación? La pregunta no significa solo indagar si la medicina puede o no dejar de ser una práctica que entrañe también actos en la esfera moral, lo que resumiría toda nuestra problemática a una simple respuesta —tan frecuente en el propio conjunto de ideas profesionales— de que la razón la proporciona obviamente el hecho de aplicarla a las personas, y de ahí, la ética.

En nuestras reflexiones tratamos de demostrar que el ejercicio de la moral en el acto técnico no se reduce a comportamientos “simpáticos”, es decir, a un “buen tratamiento” en el sentido de cordialidad de las relaciones interpersonales. El médico más “seco y antipático” conseguirá ser ético si conjuga de forma adecuada su arte con su técnica, aplicando en el caso particular la ciencia genérica. Y su actuación será mucho más ética que la del más alegre y jovial de los médicos si este, aun teniendo una elevada preparación científica, no sabe utilizar en la vida cotidiana su conocimiento y tiene en cuenta la subjetividad de cada enfermo.

Lo que destacamos es el hecho de que la ética, como relación personal, es la presencia de la dimensión personal y subjetiva del enjuiciamiento y un proceso decisorio clínico, lo que tiene un sentido tecnológico. Cabe decir que es una herramienta indispensable para que el trabajo del médico se lleve a cabo con éxito, poniendo de relieve la autonomía técnica como cualificación propia e inalienable de este trabajo. Y si esta herramienta aparece como si fuese solo el ejercicio de una moral personal, como rasgo de carácter individual de cada médico, es ante todo porque dejamos de ver la problemática de este agente como un problema del trabajo en la sociedad, lo que se refuerza por la percepción de ese trabajo como acto genérico, ya sea por su materialización técnica en cuanto a la relación interpersonal o por su producción social en cuanto a consultas individuales buscadas en el consultorio particular del médico.

Así, dejamos de ver las cuestiones de este trabajo como cuestiones no meramente personales sino trazadas por el trabajo médico en cuanto a ente colectivo-singular. Por eso, son cuestiones que se presentan a todos los agentes, a todos los médicos.

La ética profesional se refiere sin duda a una relación de respeto entre las personas, lo que a nuestro juicio debería permear toda y cualquier relación en la sociedad. Sin embargo, en la medicina esta forma de relación adquiere otro sentido más, que establece una relación interpersonal que ha sido, en términos de tecnología apropiada para su trabajo, una *relación desigual*. Es por eso que la problematización de esa articulación entre las fases técnica y ética del trabajo médico, mucho más allá de las cuestiones más aparentes de la relación interpersonal, guardará relación, combinándose con su significado de herramienta de la medicina moderna, con la problemática no muy explorada en esta dimensión más técnica del trabajo: la relación médico-paciente como espacio legítimo del ejercicio de la ciudadanía, del ejercicio para el médico y para el paciente según sus condiciones como sujetos sociales.

La reducción de toda esta amplia gama de temas en cuanto al trabajo en dirección del agente y de este en dirección de la enseñanza, corresponde, en relación con el conjunto que ponderamos aquí, a su conversión en simples cuestiones de capacitación técnica o de formación escolar, que si no son tan simples en lo que se refiere a cambios educativos o reformas de la facultad de medicina, son, en relación con la esfera del trabajo, solo una pequeña parte de sus problemas. Esta forma de proceder reducirá al mínimo la problemática de los servicios, aun cuando paradójicamente fuese de la calidad del ejercicio de la profesión o de la participación de los sujetos involucrados en ella de lo que quisiéramos hablar.

Por último, es necesario hacer tres observaciones. La primera radica en las grandes alteraciones que se están produciendo en la relación médico-paciente a partir de la práctica médica más actual, por caracterizarse como progresivamente especializada e incorporadora de equipos-instrumentos materiales que son competencia de la *medicina tecnológica*. Resaltamos el hecho de que, ya sea por la intensa división del trabajo en especialidades bastante individualizadas o por el hecho de que el instrumental material permite objetivizar el raciocinio clínico, se abren nuevos espacios para la participación-presencia del paciente en su relación con el médico.

En relación con el primero de estos aspectos, podemos destacar la totalización asistencial que el paciente está casi obligado a hacer (obligado en el sentido de no haber solicitado ese papel, pero que tiene que ejecutarlo debido a las alteraciones tecnológicas del trabajo médico), al crear él mismo el conjunto de acciones especializadas que se necesitan para resolver una insuficiencia dada (todo el sufrimiento del paciente) y completar la intervención de cada uno de los especialistas que consultó. Esto se debe al hecho

de que, ejerciendo cada médico su práctica especializada de forma bastante independiente de cualquier otro colega, y además en ausencia de mecanismos de referencia exactos puesto que la asistencia se basa solo en redes informales de atención médica para que el paciente consiga satisfacer su demanda, que siempre se refiere a su todo orgánico y no solo a la parte especializada en la que cada médico sabe intervenir, tendrá este que administrar la composición de los actos o su secuencia para la provisión de su atención.

En lo que respecta al segundo aspecto citado —el de mayor presencia de tecnología material— observamos que el equipo que amplía la vista del médico, haciendo más subjetivo su enjuiciamiento clínico sobre el caso, también aumenta la visibilidad de este enjuiciamiento y lo hace asequible al propio paciente o a otros sujetos distintos del agente directo de intervención. En este punto se presentan igualmente oportunidades, no siempre percibidas o adecuadamente utilizadas con el fin de producir un efecto en la calidad de los servicios para la participación del paciente u otros sujetos en términos de compartir las decisiones con el médico.

Los cambios considerados ahora en la relación médico-paciente transforman sin duda el trabajo médico en lo que respecta a la articulación de sus dimensiones técnicas y éticas. Podemos percibirlo en el aumento de la tecnificación de esa práctica así como en la creciente falta de personalización que permean. No las hemos explorado todavía en lo que representan, en contraste con la práctica liberal, en el sentido de otra ética, otro comportamiento personal y otra cualidad de desempeño profesional en la producción efectiva de la atención asistencial.

La segunda observación se refiere al carácter instrumental que indicamos a lo largo del texto para la dimensión ética del trabajo médico. Aunque ya opinamos sobre la naturaleza de las relaciones interpersonales, para que no quede duda al respecto, nunca será superfluo recordar que el análisis presentado aquí acerca de ese carácter tuvo por fin poner de relieve las distintas esferas en las que se enmarca la ética en el trabajo médico. Por lo tanto, no constituye como tal una proposición de que este deba ser el carácter de la ética profesional, sino que simplemente se acepta esta inscripción histórica que constituye un subestrato de relaciones desiguales. Tampoco aspira a reducir el ejercicio de la moral a un instrumentalismo cualquiera, como no lo es en el caso del trabajo médico. Antes pretendíamos demostrar el hecho de que la propia actuación tecnológica está comprometida desde su interior, ética y políticamente, con la sociedad. Las opciones técnicas son la forma específica en que las prácticas técnicas realizan las opciones sociales de sus agentes-sujetos. Las propuestas terapéuticas e, incluso, asistenciales de carácter más amplio, médico-sanitario, significan la adopción, por la vía técnica, de formas de vivir o de recuperarse

para un modo dado de vida, formulando-reiterando unas y no otras propuestas de la vida colectiva.

La ética configura también el desempeño tecnológico y demuestra que este aspecto de la práctica es fundamental para que podamos aprender y transformar el trabajo individual del médico y la calidad del mismo, no solo por medio de ajustes posibles o interferencias externas en el trabajo sino por su vertiente interior. No se modifica a partir de factores surgidos en el acto técnico, coadyuvantes de la intervención, sino actuando en el plano del trabajo y en el plano educativo, en la sustancia misma de esa intervención; actuando más exactamente en los elementos constitutivos de la propia técnica y en la dirección única en la que la técnica tiene sentido: en su significado humanístico.

Finalmente, podemos articular mejor la esfera educativa con el trabajo. Consideremos, **completando** la reflexión sobre la calidad de los servicios, lo que desde el principio parecía ser su punto de partida. Indaguemos de qué forma pueden y deben también tanto la capacitación personal como la formación escolar penetrar en el desenvolvimiento del agente en su trabajo. Recordemos que, aun cuando la capacitación pueda realizarse en el espacio geográfico del trabajo, casi siempre, e incluso por esto, se califica como práctica de este ámbito. Por el contrario, la capacitación "en servicio" se vale frecuentemente del trabajo pero operando este uso en la modalidad escolar de reflexión y adquisición de conocimientos. Por esta razón, trataremos en conjunto estas dos formas de cualificar al agente de trabajo en cuanto a formas bastante aproximadas de prácticas educativas: la "capacitación escolar", bien sea realizada en el interior de la escuela de graduación de los profesionales o en el espacio geográfico del trabajo (8).

De un modo coherente con nuestras reflexiones precedentes, destaquemos que, si la intervención de la capacitación escolar en el ámbito del trabajo es solo complementaria, cualquier posibilidad de que se haga realidad pasa necesariamente por la comprensión del significado de ese carácter de **complemento**. Y esta comprensión solo se obtendrá cuando la problemática del desempeño del médico se exprese en términos que son concretamente propios de los procesos escolares, esto es, en cuanto a la cualificación del trabajador para el trabajo lo que por cierto no significa cualificación inmediata y equivalentemente del trabajo a través del trabajador.

La cualificación del trabajo solo se produce en el trabajo y no para el trabajo a partir del desarrollo de la ciencia o, en consecuencia, de la apropiación de este conocimiento por el trabajador futuro. En este sentido, la jerarquía de definiciones se invierte: la cualificación del trabajador responde a las necesidades de cualificación del trabajo, siendo la capacitación profesional un atributo subordinado y una característica complementaria de las exigencias globales del trabajo, exigencias estas que son

determinadas en el propio espacio de la producción social de bienes o servicios.

La capacitación escolar reafirma la cualificación del trabajador. Una cualificación que a la vez de ser técnica, con la adquisición de conocimientos científicos y habilidades prácticas afines, sea ética, basada en el aprendizaje genérico del ejercicio de la moral en la sociedad y del que se desprende el ejercicio particular en la intervención de la salud. En otros términos, se trata de reformar así la educación, hoy reducida a procesos de capacitación científico-tecnológica. En el plano tecnológico, la educación debe dejar de ser un aprendizaje prioritario basado en conocimientos prácticos y convertirse en un proceso que permita al hombre servir a la sociedad y responder a las necesidades sociales de acuerdo con su cualificación. La educación debe permitir igualmente, que el hombre, con su propia cualificación, sea capaz de reflexionar críticamente acerca de las necesidades sociales existentes, y argumentarlas como un conjunto que conforma la calidad de la vida en la sociedad. La capacitación escolar, además de servir como práctica de socialización, será también —redefinida de este modo en cuanto a **práctica educativa**— acción en el proceso de la construcción social. Solo así comprendida como existencia humana, como proceso social, podrá dar al trabajo un significado a partir del cual, y solo entonces, podrá alcanzarlo desde su propio interior.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Schraiber LB. **O médico e seu trabalho — limites da liberdade.** São Paulo: Hucitec; 1993. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1982.
- 2 Donnagelo MCF. *Medicina e Sociedade.* São Paulo: Pioneira; 1975:126.
- 3 Bisseret N. A Ideologia das Aptidões Naturais. En: Durand JCG (org.) — *Educação e hegemonia de Classe.* Rio de Janeiro: Zahar Ed.; 1979:31–67.
- 4 Gonçalves RBM. *Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico* (tesis de Maestría). São Paulo: FMUSP; 1979:19–53. (Disertación de Maestría).
- 5 Canguilhem G. *O Normal e o Patológico.*
- 6 Freidson E. **Profession of Medicine—a study of the sociology of applied knowledge.** Nueva York: DODO, MEAU and Company, Inc.; 1970.
- 7 Freidson E. **Professional Dominance: the social structure of medical care.** Nueva York: Atherton Press Inc.; 1970.
- 8 Schraiber LB. **Educação Médica e Capitalismo — um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista.** São Paulo: Hucitec; 1989:21–62.

ANÁLISIS SECTORIAL PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD

Cristina Puentes-Markides¹ y Margarita Hurtado²

INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene el propósito de señalar las características generales de los análisis sectoriales para la formulación de políticas, y contribuir al fortalecimiento de la capacidad nacional en la identificación de áreas-problemas y alternativas de solución, con un enfoque analítico y de formulación de políticas que consiste en una investigación en la que sus bases de decisión se enriquecen con el análisis. Según los objetivos, el interés, la necesidad y las posibilidades nacionales en cuanto a recursos humanos y financieros, se podrán llevar a cabo estudios posteriores con mayor o menor profundidad sobre diversos problemas detectados mediante el análisis sectorial.

La palabra "análisis" se deriva del griego y significa descomponer en partes. El tipo de análisis propuesto se desglosa en dos partes principales: el estudio y el análisis de los problemas, y la búsqueda e identificación de las soluciones, e incluye un paso intermedio que consiste en recuperar la información y un paso final que deriva en la comunicación de los resultados. Las alternativas u opciones de políticas identificadas a través del análisis constituyen la "síntesis". Esas alternativas, una vez implementadas y evaluadas, entran nuevamente en el proceso de análisis de una manera cíclica, cuando a la luz de la situación presente y los escenarios futuros se decide terminar, modificar los cursos de acción elegidos o definir otros más adecuados.

La definición e instrumentación de los análisis sectoriales han sido objeto de estudio y discusión durante más de dos décadas (1). El análisis

¹ Asesora en políticas de salud, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC.

² Consultora de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC.

sectorial apareció como tal durante los años setenta, cuando las propuestas para el estudio del sector salud se concentraron generalmente en diagnósticos de la situación de salud (2-6), y el método OPS/CENDES³ base de la planificación en salud hasta hace unos años, centraba su enfoque en la aplicación de técnicas de planificación económica-financiera al sector salud. Barrenechea y Trujillo aplicaron el enfoque estratégico en la planificación de la salud, pero a pesar de haberse dedicado con profundidad al análisis sectorial, se concentraron fundamentalmente en materia de diagnóstico institucional (7, 8). Debido a la rigidez o restringida aplicabilidad de las metodologías diseminadas en contextos muy dinámicos y externos al sector, la planificación en salud fue convirtiéndose en un proceso rígido y tecnocrático que dificultó la elaboración de propuestas que apoyaran proactiva y efectivamente la formulación e implementación de programas y políticas de salud (9).

En los últimos años las autoridades nacionales de salud, a veces con el apoyo de las agencias de cooperación financiera y técnica, realizaron análisis sectoriales para reorientar el sector salud (10-12). El Banco Mundial, la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos y más recientemente el Banco Interamericano de Desarrollo, impulsaron este tipo de análisis con varias orientaciones. Por una parte, los análisis se utilizaron para evaluar proyectos de inversión y otorgar préstamos sectoriales en el marco de los ajustes estructurales (13). Los análisis sectoriales se utilizan con el fin de proponer políticas sectoriales para lograr más equidad y eficiencia en la provisión de servicios de salud, o como parte del proceso de formulación de planes de desarrollo sectorial, o planes de inversión.

En la actualidad los ajustes macroeconómicos significan una operación de amplio espectro que involucra cambios institucionales, reformulación de políticas y sus correspondientes inversiones, así como el desembolso rápido de fondos para el cumplimiento del cronograma de reformas sectoriales en los países. A fin de enfrentar las dificultades inherentes a los ajustes, los objetivos específicos de los análisis sectoriales deberán definirse en cada caso, en colaboración estrecha con los gobiernos y las agencias de cooperación financiera y técnica, a partir de un análisis cuidadoso de los principales problemas de la población y el sector salud. Los análisis sectoriales además de ser un instrumento clave para la planificación y la gerencia del sector, adquieren importancia como técnicas de estudio de la coyuntura para garantizar la efectividad, eficiencia y equidad de los ajustes, así como para definir y orientar las operaciones de ajuste que se acuerden entre los bancos y los países interesados (14).

³ Este método considera los siguientes elementos: diagnóstico de situación y necesidades, disponibilidad de recursos, y políticas sectoriales.

La OPS/OMS se ha comprometido a apoyar iniciativas nacionales mediante la conceptualización e implementación de los análisis sectoriales en la Región de las Américas y el Caribe, con el fin de reestructurar los sistemas de servicios y hacer que el sector sea más equitativo, efectivo y eficiente. Se trata de instituir esfuerzos endógenos y continuos de reforma sectorial basados en un análisis del sector salud que permitirían un mejor direccionamiento y efectividad de las inversiones en ambiente y salud, además de constituir una herramienta definida en función de un préstamo sectorial o un proyecto específico. Se espera que esos análisis se dirijan a identificar "las formas actuales y posibles de organización y coordinación del sector en los países, las acciones intersectoriales dirigidas a lograr los objetivos de salud y la capacidad operativa del sector salud con énfasis en la gerencia y producción de servicios en el nivel local" (15).

ENFOQUE PROPUESTO

El análisis sectorial corresponde a un estudio o un conjunto de estudios de la situación y problemas de salud de la población, de los elementos que conforman el sector salud, y de las relaciones entre estos. Para que se convierta en un instrumento de planificación de políticas, debe servir a los analistas⁴ para identificar y estructurar los problemas,⁵ señalar las metas y objetivos⁶ de las alternativas y recomendaciones generales (16, 17) para resolver los problemas identificados según las opciones de políticas⁷ definidas por los decisores (18). El análisis sectorial debe ser un instrumento que pueda actualizarse según la necesidad, con el fin de optimizar su utilidad en los procesos de toma de decisión.

El esquema sugerido en la Figura 1 sistematiza el enfoque propuesto, centrándose en el análisis del problema y el análisis de la solución, y considera aspectos relacionados con la recopilación de información y la comunicación de los resultados a los decisores. La propuesta surge de la

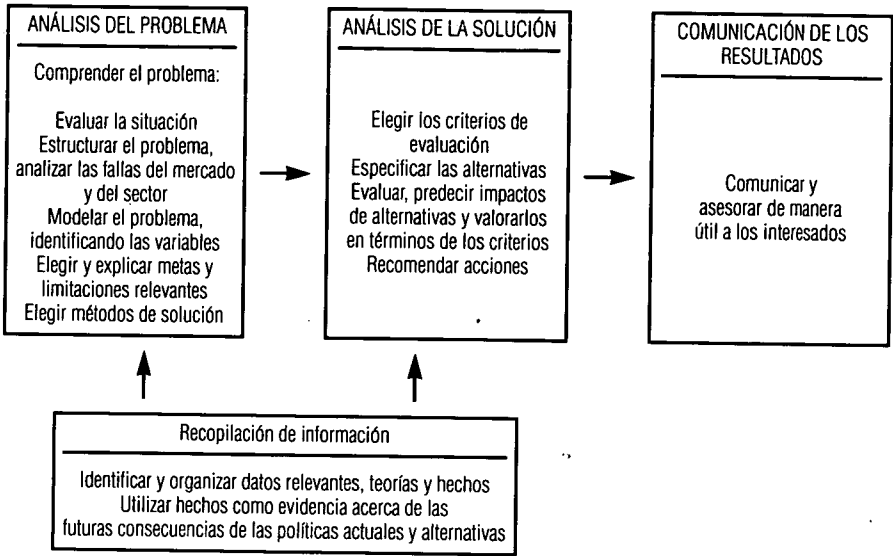
⁴ El analista de políticas es una figura renovada del planificador, y requiere un nuevo profesional capacitado en técnicas de análisis de políticas.

⁵ Los problemas en el caso del sector salud son problemas de políticas de salud y se definen como aquellos valores, necesidades u oportunidades que pueden alcanzarse mediante la acción del sector público.

⁶ La literatura norteamericana y la OMS definen las metas como expresiones de propósitos generales no cuantificables, acerca de lo que deseamos lograr en el futuro, mientras que los objetivos son afirmaciones más focalizadas y concretas acerca de los resultados últimos.

⁷ Política, según Hugh Hecio citado por G. Malone es "una construcción intelectual, una categoría de análisis cuyos contenidos deben ser primero identificados por el analista". Hace además una distinción entre política y meta-política, refiriéndose esta última a "las ideas, conceptualizaciones y propuestas de los actores, analistas, académicos y expertos burócratas que comparten un interés en esa política específica".

FIGURA 1. El proceso de análisis de políticas.



Fuente: Weimer D y Vining A. *Policy Analysis: Concepts and Practice*. 2a. ed., Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1992:205.

necesidad de renovar las perspectivas de análisis sectoriales dadas las necesidades actuales de los países, y de la apreciación de algunos análisis sectoriales tradicionales identificados, los que tienden a hacer un corte del sector en el tiempo, con una débil apreciación de las interrelaciones entre los elementos del sistema desde ángulos políticos, económicos, históricos y sociales, y limitada prospectiva en términos de la formulación de políticas adecuadas.

Aunque el análisis propuesto incluye una etapa que se puede caracterizar básicamente como descriptiva, con el fin de constituirse en un instrumento oportuno de planificación estratégica el resultado del análisis deberá reflejar las dimensiones dinámicas del sector con una dirección clara hacia la formulación de políticas. El enfoque y las técnicas utilizadas permitirán capturar los espacios relacionales entre los elementos del sector, los actores sociales, el juego de fuerzas, motivaciones, y valores que predominan y se antagonizan, así como las tendencias internas y externas futuras del sector y la situación de salud, y la viabilidad política de las propuestas. Este enfoque fue exitosamente probado en un país latinoamericano durante 1992 y se percibió que este tipo de análisis sectorial ofrece renovación y posibilidades de transformación cuando se presenta un cambio en el gobierno, ya que facilita la estructuración de una visión prospectiva del sector con alternativas sólidas y viables para el futuro. El análisis sectorial

propuesto supera el diagnóstico pues conjuga una visión retrospectiva con un enfoque prospectivo en la planificación de políticas.

Se propone el enfoque de análisis de políticas,⁸ el que aparece como una alternativa adecuada para definir y contribuir a la resolución de problemas de políticas de salud (19-23). El análisis de políticas, entendido en su sentido más general, no es más que un análisis que genera y presenta información y que tiene como objetivo contribuir a mejorar las bases de aquellos que toman las decisiones para ejercitar su juicio en la elección de los cursos de acción más adecuados.

El análisis de políticas como un método surgido de lo que se llama "ciencias de las políticas"⁹ tiene un carácter aplicado, socialmente relevante, multi-disciplinario, integrativo y dirigido a la resolución de problemas. Los marcos teóricos y las técnicas de análisis utilizadas están destinadas para que aquellos individuos con poder de decisión en cuanto a las políticas públicas, exploren diferentes caminos dirigidos a lograr los objetivos planteados con el mayor grado de racionalidad posible, mediante la utilización de los resultados del análisis, la argumentación y la decisión. Sin embargo, sería incorrecto afirmar que el análisis y los procesos de determinación (o formulación) de políticas son eventos neutros, donde los analistas se sitúan objetivamente frente a los problemas y de la misma manera identifican las alternativas. Por el contrario, el analista de políticas es quizá aquel que produce argumentos de política y cuyas destrezas básicas son "la habilidad de indagar los supuestos críticamente, de producir y evaluar evidencia, mantener muchas líneas a la mano para producir un argumento desde fuentes diversas, y comunicar esto efectivamente" (18).

En teoría se exige a veces la racionalidad y la objetividad de un análisis que pretende ser exhaustivo y probar absolutamente todos los pros y los contras de las alternativas. En la práctica estos supuestos son poco viables. El trabajo de los analistas no es resolver problemas, sino ofrecer las alternativas para resolverlos basadas en los datos reales y el examen de las opiniones, valores y puntos de vista opuestos que van a construir un argumento de política. Este argumento puede ser apoyado por ellos. De

⁸ Análisis de políticas es una traducción del inglés "policy analysis". El campo del análisis de políticas así entendido, coincide en parte con el de la planificación, en general, ya que el objetivo de ambas disciplinas está dirigido a promover el bienestar de la sociedad. Las políticas anticipan eventos futuros e intentan cambiar el curso de algunos. La planificación de políticas es así una forma de proyección social, y en este sentido es de naturaleza estratégica.

⁹ Se ha traducido el término "policy-sciences" como ciencias de las políticas. Esta disciplina se construyó en los Estados Unidos de América utilizando marcos conceptuales y metodológicos de otras disciplinas como la sociología, las ciencias políticas, la economía, la abogacía, las matemáticas, así como instrumental de la investigación de operaciones y análisis de sistemas.

ser así, se entraría en un proceso de abogar por algunas alternativas, más que por otras ("policy advocacy"). Esto apunta a fortalecer nuevos cursos de acción o eliminar o modificar otros. El análisis no es un sustituto del buen juicio y experiencia de los técnicos y los decisores. Sería además poco realista pensar que algunas decisiones, por más racionales que parezcan ser, puedan por sí solas cambiar el estado de salud de una sociedad.

El análisis sectorial utiliza, además de esos elementos, los enfoques gerenciales, y tres tipos de análisis (24): el análisis social y político de las relaciones de poder existentes y la capacidad de influencia de los actores sociales, especialmente de las restricciones al poder de decisión y regulación estatal; el análisis económico y financiero de las opciones-alternativas identificadas, y el análisis histórico del origen y la evolución de las instituciones de salud, que permite explorar y hacer proyecciones sobre la estructura del sistema de salud en el futuro.

En resumen, el enfoque teórico y la metodología propuesta se dirigen a lograr un conocimiento más fidedigno de las condiciones de desarrollo y funcionamiento del sector y evidencian aquellas áreas críticas, así como otras favorables al desarrollo, en un lapso prudente que permita que la toma de decisiones informadas se dirijan a mejorar las situaciones identificadas. En ese sentido, la determinación de la viabilidad política de las opciones en el momento del análisis y en el futuro próximo es uno de los ejercicios vitales durante el análisis sectorial puesto que quizá lo que hoy no es viable políticamente puede serlo, dado un escenario diferente.

Los objetivos principales del análisis sectorial para la formulación de políticas contribuyen a lograr más eficiencia, efectividad y equidad en un sector cada vez más pluralista, y pueden resumirse en los siguientes:

- identificación de políticas y alternativas de acción destinadas a intervenir frente a las principales áreas-problema¹⁰ definidas con respecto a la situación de salud, la organización de los servicios y el financiamiento del sistema de atención;
- identificación de probables cambios en las tendencias sociales, tecnológicas, económicas y políticas internas y externas, incidiendo sobre la organización, estructura y capacidad de resolución de las instituciones frente a problemas sectoriales y extra-sectoriales que afectan la salud en corto, mediano y largo plazo;
- determinación de la factibilidad y viabilidad de las opciones de políticas identificadas (este objetivo no siempre puede ser logrado a ca-

¹⁰ El término "áreas-problema" es una traducción aproximada del inglés "issue-areas", y significa aquellas áreas sobre las cuales se debe actuar para resolver uno o varios problemas, así como también las áreas estratégicas en las cuales es necesario intervenir para optimizar los resultados en el futuro.

bilidad en la primera etapa del análisis sectorial sino que generalmente depende de estudios posteriores).

A través del análisis se recoge e integra información, se establece una línea de base para futuras evaluaciones, se identifican los principales vacíos de información, y se mide la capacidad administrativa, gerencial y planificadora del sistema de salud. De esta manera, la utilización del análisis sectorial puede contribuir a la formulación de políticas de salud coherentes e integradoras, dirigidas a modificar el sector o a resolver problemas específicos de salud con el fin de mejorar el nivel de salud de la población.

El componente referido al análisis de los problemas debe equilibrarse cualitativa y cuantitativamente con el análisis de las soluciones. Es decir, el documento final debe analizar los problemas como primer requisito, pero también debe incorporar sugerencias con respecto a la solución o soluciones de los mismos y evitar que el documento se convierta únicamente en una descripción de problemas, o en un listado de recomendaciones sin una clara fundamentación en los problemas identificados o en la viabilidad y factibilidad de las alternativas de políticas.

DELIMITACIÓN Y COMPONENTES DEL SECTOR SALUD

La definición del sector salud incluye las autoridades, los proveedores de salud del subsector público, los recursos humanos, y la infraestructura de servicios. Desde la perspectiva estructural o el punto de vista organizacional, el sector salud es considerado generalmente sinónimo de sistema de servicios de salud, inclusive a veces los servicios de agua y alcantarillado. Alternativamente, el concepto del sector salud puede definirse a partir de las determinantes de salud, considerando las respuestas institucionales creadas para responder a esta situación como dependientes de las primeras.

Algunas definiciones incorporan "universidades y centros de formación de recursos humanos, ministerios, secretarías u otros organismos que crean o reproducen normas y conocimientos específicos para aquellos servicios" (25). En algunos casos, el grado de control que los actores del sector tienen sobre estas áreas se utiliza como criterio para incluir en la delimitación del sector. Si el grado de control es muy bajo, debe considerarse únicamente cuando represente un obstáculo para el desarrollo de los servicios de salud, ya que su influencia para hacer modificaciones desde el sector, será limitada.

Los siguientes componentes del sector salud pueden definirse según el tipo de institución y según el subsector en público, privado o informal (7, 8). Esta, aunque es una de muchas categorizaciones posibles

del sector salud, puede facilitar la identificación de los subsectores y sus componentes, o actores. Osborne y Gaebler identifican asimismo tres sectores: público, privado y un tercer sector, donde se ubicarían todas aquellas organizaciones sin fines de lucro, asociaciones religiosas, etc.

La delimitación del sector debe generarse a partir de objetivos específicos determinados por los equipos nacionales que han recogido las experiencias del país en esta área, así como los aportes de los grupos de interés, el conjunto de respuestas para resolverlos emanadas del Estado¹¹ y de la sociedad. Desde esta perspectiva, el sector salud se podría definir como “el conjunto de organizaciones que tienen como objetivo principal brindar servicios de salud, ya sea en la forma de actos o normas y procedimientos” (25). Incluye el conjunto de instituciones públicas y privadas, funciones, relaciones, insumos, regulaciones, incentivos, así como los actores involucrados en actividades de producción de servicios de salud con el fin de prevenir enfermedades y daños, promover, mantener y restaurar la salud de la población.

En definitiva, parece conveniente tratar de no forzar una definición estrecha del sector, sino más bien ampliarla en lo posible de manera tal de incorporar aquellos factores, fenómenos y elementos que de una manera u otra lo conforman e influyen en él (papel y tamaño del Estado, participación creciente del sector privado, procesos de democratización, integración regional, desregulación, u otros que afectan muchas áreas que inciden directa o indirectamente sobre el quehacer y resultados de las acciones de salud).

CARACTERÍSTICAS Y ETAPAS DE LOS ANÁLISIS SECTORIALES

El análisis sectorial puede considerarse como un conjunto de estudios no necesariamente sincrónicos, que alternativamente contemplan el sector salud en su conjunto, o se concentran en un tema o área-problema específico, que enfocado desde una perspectiva sectorial, mantiene una visión general del mismo. Es decir, el análisis sectorial como instrumento de planificación deberá contribuir al establecimiento de enlaces entre las metas de las políticas públicas que surjan como opciones a los problemas identificados y las acciones específicas dirigidas a lograr las metas. El mismo debe caracterizarse por la integración de los aspectos estudiados y no ser una mera suma de descripciones sobre temas relacionados con el sector salud. Los actores deben incorporarse temprano a la elaboración del análisis, inclusive la población beneficiaria de las acciones en la recopilación y

¹¹ Para una discusión sobre el Estado y la salud en América Latina y el Caribe ver: *La salud en el desarrollo*. Washington, DC; 1990. (Documento OPS SPP15/4)

el análisis de la información acerca de aquellos factores que determinan el comportamiento de las instituciones y de los grupos sociales a quienes las políticas públicas y los programas están dirigidos.

En general, un análisis sectorial incluye tres etapas centrales: la caracterización de la situación del sector salud (análisis de la situación de salud e institucional); la identificación y análisis de las áreas-problema, y por último, la definición de alternativas de políticas y de cursos de acción. El Banco Mundial, por ejemplo, envía misiones a los países para dirigir un análisis que comprende en general, las siguientes etapas (26): definición de prioridades sectoriales, análisis de políticas sectoriales, evaluación del sector, y formulación de una estrategia de desarrollo sectorial según el criterio de costo-efectividad. Los consultores del Banco Mundial preparan un memorandum sobre la situación de salud del país, que además incluye propuestas estratégicas para el desarrollo de operaciones en el país que indican las áreas que necesitarán estudios sectoriales u otros más profundos.

La Agencia para el Desarrollo Internacional comienza en los años setenta el desarrollo de instrumentos sobre planificación del sector salud en países en desarrollo. Estas técnicas enfatizan los elementos de corte financiero y de gasto en la planificación de salud, e incluyen pautas operativas y formatos para la recolección de la información. El esquema metodológico incluye la definición de componentes y una ordenación funcional-organizativa en función de la forma de organización, las funciones y los programas, el nivel de autoridad y las interrelaciones (27).

El Banco Interamericano de Desarrollo presenta un enfoque de análisis sectorial dirigido a las reformas sectoriales como base para formular préstamos de ajuste sectorial (28), que propone un trabajo en dos etapas. La primera, dedicada a identificar los problemas del sector, en el que se incluye la recopilación de estudios e información adicional, identificación de problemas sectoriales comunes, desarrollo de escenarios alternativos, y selección del conjunto de políticas en función de los escenarios. La segunda etapa plantea una agenda de reforma con recomendaciones para realizar análisis más profundos si fuera necesario, y un cronograma de implementación.

CONTENIDOS DE LOS ANÁLISIS SECTORIALES

Si consideramos los propósitos delineados, los problemas de salud definirán los contenidos y cómo se enfrentan estos problemas a través de una conformación del sector definida por un cierto recorte institucional. Los contenidos o las categorías de análisis dependen entonces de la definición y delimitación del sector salud adoptada, los objetivos específicos del estudio, la coyuntura social, política y económica por la que esté atravesando

el país, así como de los factores extra-sectoriales que afectan o puedan afectar la salud.

Los siguientes criterios pueden ser útiles en la determinación de los contenidos ya que sirven para visualizar el estado o momento en que se encuentra el proceso de desarrollo del sector; apuntan a las áreas de mayor significado estratégico para el desarrollo del sector; y, permiten sistemática y paulatinamente el aumento del grado de desagregación para su estudio. Por otra parte, todo tema escogido debe tener un propósito. No existe una gama de contenidos inmutables, y la información utilizada para elaborar el análisis puede organizarse de varias maneras dependiendo de su calidad y del tipo de problemas relevantes para el país o la región en particular, así como la intención del análisis.

En un estudio sectorial reciente, Colombia seleccionó como temas principales la situación de salud, el medio ambiente, la nutrición, el financiamiento, los recursos humanos, la infraestructura, la atención primaria que incluye la participación comunitaria y la investigación (10-12). En otro caso, con el fin de analizar los sistemas de servicios de salud de los países (como tema central de un análisis sectorial), se plantearon las siguientes categorías: impacto, estructura, y relaciones (29).

Los estudios dirigidos por el Banco Mundial y el BID manejan en general ciertas categorías constantes. El reciente Estudio Básico del Sector Salud de Guatemala financiado por el BID, comprende 11 apartados que documentan antecedentes del estudio, marco macroeconómico, marco institucional nacional, indicadores generales del nivel de salud, recursos del sector, producción de servicios, financiamiento, red de servicios del área metropolitana, y cooperación externa para inversiones en salud (13).

El documento de análisis debe ser conciso y con énfasis en los aspectos analíticos, y resalta los principales hallazgos y recomendaciones. La utilidad del análisis sectorial dependerá de la habilidad de los analistas para definir las principales áreas-problema y formular estrategias más factibles y viables. Lo fundamental es que a partir del análisis sectorial, los investigadores logren estructurar mejor los problemas, identificar alternativas viables y hacer las recomendaciones pertinentes a los dirigentes del sector salud.

POSIBLES CONTENIDOS

Se contemplan los aspectos mencionados a continuación, aunque en cada país y según los propósitos y la coyuntura actual, el temario puede ser diferente. Las partes o contenidos del análisis se condensan en las dos partes descritas en la Figura 1, el análisis de problemas que comprende el

diagnóstico situacional y la identificación de las áreas-problema y el análisis de soluciones que es esencialmente la definición de alternativas de políticas.

CARACTERIZACIÓN DE LA SITUACIÓN DEL SECTOR SALUD

La caracterización debe permitir que se obtengan explicaciones sobre la situación de desarrollo del sector y su relación con el contexto político, económico y social donde está inmerso. Se trata de obtener un panorama general de la situación del sector, para luego en la segunda etapa, definir los problemas, donde es probable que algunos de estos tópicos ameritaran estudios especiales posteriores, más específicos y puntuales. Esta primera etapa del análisis puede ser organizada conceptualmente de la manera descrita. Algunos temas están interrelacionados y se han separado según su contexto para facilitar su descripción y análisis.

CONTEXTO

Macroeconómico. Es necesario concentrarse en las variables internas y externas al sector, que afecten el proceso de producción de bienes y servicios de salud y que modifiquen las condiciones de vida y salud de la población. Además, es necesario revisar el programa de gobierno en cuanto a políticas macroeconómicas, planeación nacional y asistencia oficial para el desarrollo (30).

Político. Puede incluir temas tales como naturaleza, evolución y poder regulador del Estado, nivel de centralización-descentralización, evolución del gasto social y de salud, propuestas históricas y actuales en política social y de salud de los partidos políticos, y la incidencia de los procesos de integración y creación de entidades supra-nacionales; el impacto de fenómenos políticos que generan estrategias tales como las conversiones de deuda por salud y medio ambiente; clara identificación de actores (motivaciones, creencias, valores, posiciones), así como los objetivos, importancia y evolución de los sindicatos, asociaciones empresariales, organizaciones comunitarias y otros grupos de presión.

Social. Esta sección incluiría el estudio de la situación social en cuanto al nivel de equidad y todos los factores que la afectan, especialmente el empleo, la distribución de ingresos, aspectos de género, raciales y étnicos, y otros. Este tópico está relacionado con el de condiciones de vida descrito, pero en este caso se refiere al contexto general y no solamente a aquellos aspectos que impactan directamente sobre la condición de salud.

Intersectorial. Es relevante examinar la naturaleza, intensidad y las relaciones del sector salud con otros sectores. Los sectores deben

examinarse de acuerdo a los principales macro-determinantes de la situación de salud. Es necesario concentrarse en la caracterización de los grupos de interés extra-sectoriales, su participación e influencia sobre la definición de políticas de salud, las intersecciones entre los varios sectores y las perspectivas de acciones conjuntas entre ellos.

Cooperación externa y movilización de recursos. Caracterizar el proceso de movilización de recursos en el país, así como los objetivos y trayectoria de las agencias bilaterales e internacionales que operan en el país en el área de salud, monto de los recursos de cooperación externa, distribución entre donaciones y préstamos (inclusive condiciones de pago y amortizaciones), programas nacionales y regionales a los que se aplica la cooperación, recursos externos para inversión en las áreas de atención a las personas y al medio ambiente, y contenido de la cooperación en cuanto a fondos directos, asesoría técnica o programas de capacitación.

SITUACIÓN DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE (31)

Situación demográfica. Estructura y dinámica poblacional con especial atención en la fertilidad y teniendo en cuenta variaciones según estratos sociales y grupos étnicos, así como patrones migratorios.

Perfil epidemiológico. Patrones de morbimortalidad e incapacidad, análisis de factores de riesgo, factores protectores y factores condicionantes de la salud de diferentes grupos poblacionales. Criterios para la definición de grupos de riesgo y focalización de acciones en salud.

Salud y medio ambiente. Efectos del ambiente físico y social sobre la salud y control de factores de riesgo, calidad del agua y acceso a agua potable y alcantarillado.

Condiciones de vida y nivel socioeconómico de la población (32). Nivel de ingresos y satisfacción de necesidades básicas según estrato socioeconómico, etnias y región del país.

SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

Estructura del sistema de servicios. Las instituciones de salud pueden clasificarse según diversos criterios tales como naturaleza de su función, sector de actividad, esfera de acción, tipo de administración y otros. Se pueden examinar aspectos como estructura administrativa; infraestructura física, especialmente capacidad instalada vs. capacidad operativa (número, condiciones, mantenimiento y distribución territorial, inclusive equipos); políticas de personal; cobertura geográfica, poblacional y

técnica; regionalización y sistema de referencia y contrarreferencia; aspectos legales y marco jurídico institucional.

Economía y financiamiento sectorial. Incluye la contabilización del impacto económico resultante de la acción del sector salud, en términos de la contribución sectorial a la actividad económica para resaltar la importancia del sector como sector productivo frente a la visión tradicional del sector salud como ámbito social que solo consume recursos. Se pueden examinar aspectos como empleo sectorial, producción y comercialización de medicamentos, equipos e insumos, y otros según las características nacionales; las fuentes y modalidades de financiamiento; inflación sectorial; ejecución presupuestal y financiera del Ministerio de Salud y gastos en salud. Mientras que las políticas y los planes sectoriales indican lo deseado, la distribución actual de recursos revela el verdadero compromiso y el nivel de desarrollo del sector.

Recursos humanos. Formación de recursos humanos en salud, mercados de trabajo, utilización y administración de la fuerza de trabajo, son temas de estudio. Se sugiere atender especialmente el tema de la fuerza de trabajo sectorial en su doble condición de recurso crítico para la producción de servicios y actor político de apoyo o resistencia a las reformas sectoriales; la dinámica de circulación y utilización de la fuerza de trabajo en el mercado de trabajo en salud; las condiciones de empleo y remuneración en los diferentes subsectores; el impacto de los incentivos sobre la productividad del personal de salud y la eficiencia del sector y el rol del sindicalismo en salud y del corporativismo profesional en la producción de servicios (14).

Investigación. Se trata de identificar la existencia de condiciones e instituciones que permitan llevar a cabo investigaciones sobre los sistemas de servicios de salud en sus dos vertientes: teórica y aplicada, u operativa, ya que estas podrán suministrar insumos teóricos y generales para el proceso de determinación de políticas. Paralelamente, se requiere identificar las actividades de investigación destinadas a solucionar problemas puntuales o acotados, ya que esto determinaría la capacidad del sistema para producir los elementos necesarios que permitan incrementar su grado de desarrollo y adecuar sus procedimientos y métodos a las circunstancias en las que le toca actuar.

Tecnología en salud. Entre otras, se requiere información sobre la capacidad tecnológica nacional; estructura del sector institucional público y privado; fuerza de trabajo especializada y de gestión tecnológica; proyectos; negociaciones y acuerdos; evaluación de tecnologías; sistemas regulatorios; procesos de comercialización internos e internacionales; investigación y desarrollo; sistema de protección a la propiedad intelectual e individual; procesos de planificación y difusión de tecnología; mecanismos

de selección y adquisición; procesos de inversión y su estructura; ingeniería y normas técnicas reglamentarias y legales.

Organización y modalidades de participación social. Examinar el grado, expresión y áreas de acción de la participación social entendida como “los procesos sociales a través de los cuales los grupos (incluidos los de la comunidad), las organizaciones, las instituciones, los sectores— todos los actores sociales a todos los niveles dentro de una zona geográfica determinada— intervienen en la identificación y manejo de las cuestiones de salud u otros problemas afines y se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones” (33).

CONDUCCIÓN Y PLANIFICACIÓN DEL SECTOR

Liderazgo y capacidad de conducción en relación con la legislación y las políticas de salud. Se debe examinar la formulación e implementación de políticas nacionales del sector social y de salud (traducidas en legislación específica o creadas por legislación); la validez de un marco jurídico para la implementación de políticas (contextos de hecho o de derecho). Estas políticas de salud pueden ordenarse y resumirse para facilitar el análisis según diversos criterios: estructura del sistema de salud, a otros sectores y/o, aquellas que se refieren al impacto sobre una situación de salud determinada. Estas políticas deben confrontarse con los enunciados de políticas de desarrollo y con los programas de salud en operación, para detectar las coherencias, contradicciones y desajustes, y definir sus causas (7). Deben considerarse los principales programas y proyectos sectoriales de años recientes.

Una vez ordenadas estas políticas, el análisis puede complementarse si se examinan la capacidad de conducción y liderazgo del sector alrededor de las siguientes preguntas sugeridas por Lashman y otros:

1. ¿Cuál es el proceso de formulación de políticas y planes de salud y qué implicaciones tiene este sobre el desarrollo del sector?
2. ¿Cuáles son los principales actores en el proceso político sectorial y cuáles son sus posiciones frente a varios aspectos de reforma del sector?
3. ¿Cuáles son las prioridades enunciadas y qué correspondencia tienen con las prioridades reales que han resultado de la caracterización de la situación del sector salud?
4. ¿Cuál es la capacidad del sector salud de implementar las políticas y los planes recomendados?
5. ¿En qué medida el marco legal da apoyo efectivo al desarrollo sectorial?

6. ¿Qué efecto tienen las condiciones macroeconómicas sobre el proceso de planificación e implementación de políticas?¹²

Programas y proyectos. Los programas pueden considerarse el eje central del análisis del sistema de servicios de salud, por lo tanto para cada institución se deben identificar los programas en operación señalando los que son comunes a todo el sistema y analizar los objetivos, organización y logros de cada uno.

MÉTODOS Y TÉCNICAS

En la elaboración del análisis sectorial, los responsables en cada país deberán estudiar los diversos métodos y técnicas disponibles y seleccionar los más adecuados según las necesidades. Estos deben aplicarse críticamente, adaptándolos creativamente y cuando sea necesario. También deben generar métodos nuevos en función de las situaciones y condiciones concretas de desarrollo de cada realidad.

Algunos temas del análisis requerirán técnicas cuantitativas, por ejemplo en las áreas de análisis económico y financiero, y en el análisis de la situación de salud (específicamente los aspectos de demografía y epidemiología). Por otro lado, debido al tipo de información requerida en un análisis sectorial y por el poco tiempo disponible, se investigarán otros temas más apropiadamente, con técnicas cualitativas capaces de capturar la riqueza intersubjetiva de las relaciones entre los diferentes actores dentro del sector (grupos de interés tales como líderes políticos, asociaciones, comités de vecinos, y los mismos analistas que no solo son influenciados sino que también influyen en las políticas).

Es importante identificar claramente los grupos de interés, sus percepciones de los problemas sectoriales, los recursos disponibles, y cómo sus motivaciones y creencias con respecto a las propuestas de política han apoyado o tenderían a apoyar desde sus plataformas. Dependiendo de los intereses en juego de cada segmento, estos interpretarán de manera diferente la información contenida, por ejemplo, en las estadísticas nacionales, los informes de agencias de cooperación, las universidades y demás, y en consecuencia las alternativas de solución serán también diferentes. Las contribuciones de las ciencias sociales y las técnicas y métodos de investigación social asisten en captar, sistematizar e interpretar datos de tipo social, cultural, político e histórico en la elaboración del análisis sectorial. Es de-

¹² Algunos problemas comunes en la implementación de políticas incluyen metas irrealistas dadas las condiciones de desarrollo, falta de recursos y falta de compromiso político. Se puede contemplar la capacidad de alcanzar los objetivos planteados frente a la disponibilidad de recursos humanos, físicos y financieros, y la capacidad administrativa y gerencial.

seable utilizar información ya recogida por diferentes entidades, que generalmente se encuentra disponible.

El Cuadro 1 resume las principales técnicas para el análisis de políticas, muchas de las cuales pueden aplicarse a los análisis sectoriales, dependiendo su utilización del objetivo de cada fase del estudio. El análisis sectorial no comprende todas las etapas de un análisis de políticas ya que el segundo generalmente se desarrolla en torno a una sola área-problema. En un análisis sectorial, los analistas se concentran en la caracterización de los problemas, definiendo las principales áreas-problema y esbozando algunas alternativas de solución (las etapas 1, 2 y 3 en el Cuadro 1), pero no siempre se llega a la evaluación, selección y monitoreo de las alternativas de políticas.

Las técnicas de investigación cualitativa enriquecen, clarifican, corroboran y ajustan a la realidad la información recopilada por otros medios, y hace posible recurrir a una extensa bibliografía para mayor información. La elección de las técnicas dependerá del tipo de información que se desea, de la disponibilidad de personal capacitado para realizar las tareas, del entorno local, de los recursos financieros disponibles y de las limitaciones de tiempo. En general se utilizan varias técnicas simultáneamente lo que facilita la aproximación a la realidad desde varios ángulos con el fin de validar los datos obtenidos. Algunas técnicas útiles pueden ser: *recopilación documental*¹³; *observación*; *entrevistas cualitativas*; *estudios de caso*; *construcción de escenarios*; *investigación-acción participativa* (29-32).

En la primera etapa de definición del problema, *el análisis rápido de decisiones* (técnica analítica para la toma de decisiones), sirve para identificar los componentes críticos de los problemas y las fortalezas y debilidades de las diversas alternativas de solución u opciones de políticas. Se basa en árboles de decisiones simplificados donde se anotan los componentes críticos de una decisión, las incertidumbres, los posibles resultados con su respectiva probabilidad y las preferencias.

El *análisis político* es un método que comúnmente se utiliza en la etapa de selección de alternativas de políticas pero es necesario considerarlo también en la etapa de definición del problema y en la de los criterios de evaluación de las políticas. Se refiere al análisis de los principales actores, sus motivaciones y creencias, sus recursos y el escrutinio de los varios aspectos de las decisiones para determinar las características de una solución exitosa.

¹³ El Banco Mundial utilizó esta técnica con éxito en la evaluación de proyectos en Ecuador y Brasil, y con requerimientos de tiempo de menos de tres meses. Para más información referirse a Salmer LF. Listen to the People. Nueva York: Oxford University Press; 1987.

CUADRO 1. Métodos básicos para el análisis de políticas.

Etapas	Métodos y técnicas
Durante todas las etapas	Identificación de fuentes y recolección de datos Búsquedas bibliográficas Entrevistas Análisis básico de datos Comunicación del análisis
Verificar, definir y detallar el problema	Cálculos Análisis rápido de decisiones Creación de definiciones operacionales válidas Análisis político Construcción de escenarios genéricos Primera aproximación al análisis
Establecer criterios de evaluación	Factibilidad técnica Factibilidad económica y financiera (ACE y ACB) Viabilidad política Factibilidad administrativa
Identificación de alternativas	Investigación (modelos, simulación, encuestas) Análisis sobre los efectos de mantener <i>statu quo</i> Encuestas rápidas Revisión de la literatura Comparación con otras experiencias similares Elaboración de tipologías Lluvia de ideas Comparación con un ideal
Evaluación de políticas alternativas	Modificación de soluciones existentes Pronósticos y proyecciones Técnicas de descuento Análisis de sensibilidad
Selección de alternativas	Análisis rápido de decisiones Comparaciones por pares Soluciones satisfactorias ("satisficing") Matrices de opciones según criterios Análisis político
Monitoreo y evaluación de alternativas	Análisis de implementación Construcción de escenarios Comparaciones antes y después Estudios de caso-control Desempeño planeado vs. real Modelos experimentales Modelos cuasi-experimentales Análisis de costo-efectividad/costo beneficio

Fuente: Adaptado y traducido del Cuadro 2-3 en Patton C.V, Sawicki S. *Basic Methods of Policy Analysis and Planning*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1986:37.

En la etapa de evaluación de opciones de política, los pronósticos y proyecciones son *métodos de predicción* y pueden ser de diversos tipos. El más común es el extrapolativo, que asume que los patrones que existieron en el pasado se mantendrán en el futuro, son regulares y se pueden medir. Los pronósticos teóricos se basan en simulaciones y modelos cuantitativos

y cualitativos que sirven para predecir cómo funcionará algún sistema en el futuro.

En la etapa de selección de alternativas, la *técnica de comparaciones por pares* es bastante sencilla y se basa en la comparación de las alternativas por pares consecutivos hasta terminar con la opción preferida. La *técnica de soluciones satisfactorias*, significa seleccionar una solución que tal vez no sea óptima, pero satisfactoria para los actores involucrados. Las *matrices* sirven para presentar las alternativas y compararlas en cuanto a los criterios de evaluación definidos. Una técnica relevante para la selección de alternativas que frecuentemente no se contempla, es el análisis de la implementación de la opción escogida para examinar la probabilidad de que una política sea implementada y las condiciones necesarias para que sea efectiva.

La construcción de escenarios¹⁴ ofrece definiciones y visiones posibles, deseables, o probables del futuro del sector salud y contribuyen a proporcionar un contexto para la definición de políticas, o la técnica de determinación de la viabilidad de las alternativas (49-52). Los escenarios son secuencias hipotéticas de eventos contruidos con el propósito de focalizar la atención en procesos causales y puntos de decisión. Contestan dos tipos de preguntas: ¿cómo una situación hipotética puede ocurrir, paso a paso?, y ¿qué alternativas existen para cada actor, en prevenir, advertir o facilitar el proceso? Los escenarios son los lugares donde se desarrollan los hechos e interactúan los actores, caracterizándose por ser puntos decisivos de peso. Se deben construir escenarios genéricos al comienzo del trabajo, partiendo de la definición y caracterización de actores. Luego, la elaboración de escenarios debe repetirse de manera iterativa para organizar la información en la etapa de selección de alternativas y cursos de acción. Por ejemplo, en un análisis sectorial de la República Dominicana realizado recientemente, se construyeron una serie de escenarios probables a mediano plazo del contexto general y del sistema de salud según los escenarios de contexto (53).

IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS-PROBLEMA SECTORIALES

En este proceso de identificación de áreas-problema sectoriales, o decisiones-cuestiones centrales, se intenta alejar de una definición tradicional aquella que presenta el problema como la explicitación de un

¹⁴ La técnica de construcción de escenarios es una técnica de planificación a largo plazo para resolver problemas de salud concretos. Los escenarios se definen en los años cincuenta como secuencias de eventos hipotéticos para focalizar la atención en procesos causales y puntos de decisión. No son más que una descripción de la situación de la sociedad, o parte de ella, de las situaciones posibles o deseables, así como de una serie de eventos derivados de la situación actual que puede generar estas situaciones futuras.

objetivo y la identificación de la discrepancia entre este y el *statu quo*, o sea donde se pretende medir solamente la diferencia entre dos estados supuestamente objetivos. La definición de las áreas-problemas en términos de aquellas decisiones críticas que tendrán que tomarse, no es una descripción objetiva si se toma en cuenta las diferentes interpretaciones de la realidad de los diferentes actores en la sociedad, lo que resulta en representaciones a veces contradictorias.

Este es el momento de síntesis del diagnóstico y constituye el elemento que permite resumir sus resultados y buscar factores de explicación para las situaciones que se hayan detectado. Estas situaciones, ya sean las que representan problemas o aquellas que constituyen oportunidades, deben clasificarse u ordenarse utilizando cualquiera de las técnicas disponibles y según los criterios establecidos. Lo importante es poder establecer relaciones entre las áreas-problema una vez ordenadas, para buscar explicaciones y aproximarse a un planteamiento de las posibles soluciones. El eje central para identificar las áreas-problema podría estar dado por el grado de correspondencia entre la situación de salud, la capacidad de resolución del sistema de servicios de salud y las políticas sectoriales y económicas que influyen en esta relación.

La burocracia nacional, los grupos de poder político y los diferentes segmentos de la sociedad pueden perseguir objetivos y metas diferentes, ya que sus visiones del mundo pueden no ser coincidentes debido a factores de índole social, cultural, económica y laboral. Es fundamental conocer las motivaciones que han movilizad o incentivan los intereses de cada grupo con respecto a los problemas de salud. Esto servirá para definir los puntos de conflicto o intersección y formular opciones de política viables, social y culturalmente adecuadas. La consideración de estos factores en la definición de áreas-problema, y subsecuentemente en la formulación de políticas, facilita la participación de las instituciones y de grupos de población no solamente en el proceso inicial de análisis, sino también en la implementación de las políticas y programas, contribuyendo a su éxito.

ESTRUCTURACIÓN DE LAS ÁREAS-PROBLEMA MEDIANTE CONSENSO

Existen varios métodos para clasificar y analizar las áreas-problema o situaciones críticas, involucrando la participación de los interesados (54). Estos pueden ser Lluvia de Ideas, técnica del Grupo Nominal (55), técnica de Delphi (56), estructuración de las áreas-problema con otros métodos, etc. Por otro lado, aquellas áreas-problema que representan problemas de salud específicos, además de las técnicas mencionadas antes, pueden priorizarse utilizando una variedad de criterios: epidemiológico (naturaleza,

magnitud y severidad de la enfermedad, grados de inequidad); capacidad tecnológica de resolver el problema con las tecnologías disponibles; factibilidad sociocultural y política (percepción de necesidades comunitarias, teniendo en cuenta los factores sociales y culturales así como su contribución a objetivos políticos como mejoramiento de la equidad); habilidad administrativa de responder al problema; costos económicos y financieros; impacto económico; costos directos al sistema de salud y costos indirectos individuales y sociales como pérdidas en productividad e ingresos.

Al examinar las conclusiones referentes al estudio de las principales instituciones de salud se deben determinar las que sean comunes a todo el sector o la mayor parte de las instituciones, las que son interdependientes o que aunque puedan parecer particulares afectan otras instituciones y finalmente, las conclusiones aisladas que afectan una sola institución (57). Además, es necesario explorar las explicaciones o causas de los problemas determinados. Este paso constituye el puente entre la caracterización de la situación en el sector y la formulación de metas y objetivos, así como de las alternativas de políticas.

DEFINICIÓN DE METAS Y OBJETIVOS

Este es uno de los aspectos más difíciles de todo el proceso de análisis, ya que las metas se caracterizan por su generalidad y vaguedad y son frecuentemente conflictivas y múltiples. Es preciso entonces considerar las metas como insumo y producto del análisis, y tratar de sistematizar los objetivos. Algunos autores clasifican las metas en dos categorías principales: las sustantivas, representadas por valores tales como la equidad y la eficiencia, y las instrumentales, tales como la viabilidad política y la disponibilidad de presupuesto.

Según los analistas de políticas experimentados, es recomendable no establecer metas muy precisas al principio del análisis, o elicitar de los clientes (en este caso el gobierno o el Ministerio de Salud), pues esto puede resultar en la paralización del análisis, y en la incapacidad para descubrir lo que sucede en realidad.

DEFINICIÓN DE ALTERNATIVAS DE POLÍTICA Y CURSOS DE ACCIÓN

Este paso puede realizarse mediante una técnica de determinación de la factibilidad de las alternativas. La misma permite producir algunas conjeturas acerca del comportamiento de los grupos de interés en cuanto a su apoyo u oposición a algunas de las alternativas propuestas. Es necesario examinar la capacidad, interés e incentivos organizacionales que

existen para cada alternativa, especialmente en situaciones de conflicto político o cuando los problemas a resolver son tan complejos que su estructuración mediante los recursos teóricos y empíricos disponibles es difícil. Generalmente se debe analizar cada alternativa en términos del grado de consenso entre los grupos involucrados y aquellos afectados por las acciones propuestas y la magnitud del cambio que representa la alternativa.

Se deben hacer algunas aproximaciones acerca de las tendencias futuras de la sociedad, ya que sería incorrecto proponer alternativas nuevas basándose en el corte del presente que cristaliza en un instante temporal los valores y creencias de la sociedad. Deben determinarse en grandes líneas los futuros posibles, deseables y potenciales con respecto a las alternativas.¹⁵ O sea, es crucial proponer alternativas que sean deseadas, necesarias y viables, que brinden la oportunidad de implementarse en términos del interés de los grupos, de los recursos disponibles y de la importancia que estos grupos otorgan a las diferentes alternativas en el presente, y en el futuro próximo. Lo que es imposible hoy, puede ser viable a corto o mediano plazo.

El proceso de determinación debe identificar las alternativas disponibles y considerar si se deben generar otras; definir las cuidadosamente; valorarlas y compararlas utilizando criterios de tipo político, así como técnico. Todo proceso de formulación de políticas o alternativas de acción debe elaborarse una vez se finalice un estudio determinante de su factibilidad y viabilidad, y estructurarse de manera precisa y consecuente con los grupos o áreas a los que estará dirigido.

De acuerdo con los resultados del análisis sectorial, se debe conferir prioridad a las áreas-problema (pueden ser problemas de salud, problemas institucionales, problemas intersectoriales, problemas de financiamiento, y otros). En base a este ordenamiento y a las condiciones políticas y sociales imperantes, se prosigue a formular un plan para la implementación de las políticas y las estrategias indicadas.

Después de identificar las áreas-problema, así como algunas opciones de política, y de determinar su factibilidad económico-financiera, socio-cultural, técnica e institucional se debe determinar su viabilidad política. En esta fase, el poder político de los que toman las decisiones, así como el manejo inteligente de quienes lo ejecutan y los activistas para impulsar las reformas de política propuestas, se tornan factores decisivos en el proceso dirigidos hacia la resolución de los problemas identificados mediante el análisis.

¹⁵ Los futuros probables son aquellos que tienen mayor posibilidad de ocurrir, los deseables, los que queremos que ocurran, y los potenciales, los que pueden tener fuerza o impacto.

RESPONSABILIDAD EN LA ELABORACIÓN

Para que puedan utilizarse para su propósito principal —la definición de políticas y alternativas de acción— los análisis sectoriales deben ser realizados por instituciones nacionales idóneas (ministerios, instituciones dedicadas al desarrollo, universidades y grupos de investigación), cuya intervención en las áreas definidas sea factible y viable. El enfoque propuesto se apoya en el desarrollo de nuevas habilidades por los cuadros nacionales que se incorporarán de forma permanente a la gerencia del sector. Se considerará la contratación de personal especializado para algunos temas, o la recopilación y análisis de la información.

El análisis sectorial, así como todo proceso de análisis, puede tender a confrontar valores, intereses y expectativas diferentes, los que constituyen criterios para evaluar las propuestas específicas de políticas. Weimer y Vining indican que en vez de señalar los valores desde las perspectivas únicas de problemas particulares, deben considerarse también valores relevantes a la cuestión general de cómo deben conducirse los analistas en su rol de asesores en esta área. “Tres valores [que a veces entran en conflicto] son de extrema importancia: integridad analítica, responsabilidad hacia el cliente, y mantener la visión propia de lo que constituye el bien social” (58). Es deseable procurar un equilibrio entre posiciones extremas, por ejemplo, la posición del analista es confiar solamente en su idoneidad académica, distanciándose de sus clientes con el fin de ofrecer un análisis lo más objetivo posible. O aquella otra posición en la cual el analista promueve solamente los intereses de los clientes, o aun aquella donde el analista solo aboga por los valores de lo que constituye el bien común. Es necesario tratar de equilibrar estas posiciones para lograr un análisis técnico y políticamente factible donde los criterios evaluativos de las alternativas de políticas estén claramente señalados.

Las agencias internacionales cumplen un valioso papel en la promoción y desarrollo de estos estudios y los bancos prestan un importante apoyo financiero para el desarrollo de estos. La OPS/OMS por su parte, se ha comprometido a promover la realización de los análisis sectoriales; actuar como catalizadora y facilitadora de los mismos; coordinar con otros sectores y mediar el acceso a instituciones y actores fuera del alcance de aquellos que estén desarrollando el estudio. También serán responsables de la divulgación de las experiencias de otros países que pueden servir como base para la definición de opciones de políticas.

RESULTADOS ESPERADOS, DURACIÓN Y PERIODICIDAD

El principal producto de un análisis sectorial será un plan de acción que responda a los objetivos señalados con la definición de áreas-

problema, tendencias futuras, alternativas de políticas generales y estrategias, basadas en la información que se haya recogido sobre el sector y otros elementos que tengan influencia sobre él. Las políticas contempladas generalmente incluirán intervenciones específicas según problemas de salud, áreas de acción en financiamiento, organización de servicios, recursos humanos, tecnología, investigación, y demás, definidas con el fin último de mejorar la situación de salud.

En general, los análisis sectoriales deben ser de corto plazo (algunos meses) para concordar con los tiempos políticos y aprovechar al máximo las posibilidades de cambios. De lo contrario, se pueden desaprovechar las oportunidades de intervención. La naturaleza situacional y provisoria de los análisis sectoriales sugiere la conveniencia de que se realicen periódicamente. Se deben reiterar cuando surjan cambios importantes dentro o fuera del sector salud, en un proceso de rediseño periódico de la estrategia de desarrollo sectorial, u otros cambios que ameriten una reevaluación de las áreas-problema definidas y las políticas correspondientes, como por ejemplo, nuevos gobiernos, desastres naturales o provocados, operaciones financieras de gran envergadura, variabilidad de los aspectos estudiados y los indicadores seleccionados.

ANEXO 1. GUÍAS PARA ELABORAR EL DOCUMENTO DE ANÁLISIS SECTORIAL

A. Definir claramente los objetivos del análisis sectorial. Los objetivos definidos frecuentemente no se expresan de manera clara y significativa. Es necesario identificar los objetivos públicos básicos involucrados en cuanto a la relación entre las áreas-problemas estudiadas y las alternativas de políticas (o las opciones) que se definirán para resolverlos.

B. Incluir una perspectiva amplia. El grupo interinstitucional y multidisciplinario que prepare este análisis debe considerar los problemas desde la perspectiva del gobierno como un todo y de las varias instituciones involucradas e incorporar la perspectiva de la población. No deben contextualizarlo de acuerdo a los intereses de los analistas que lo preparan, o de las instituciones para las que trabajan, sino incorporarlos hábilmente en los argumentos de política, valores, opiniones y puntos de vistas relevantes pero a veces contradictorios.

C. Definir claramente los problemas. ¿Cuáles son los problemas? ¿Cuáles parecen ser los problemas reales? ¿Cuáles parecen ser las causas de los problemas? ¿Con qué grado de profundidad los conocemos? ¿Cuál es la población específica, es decir los grupos afectados?

D. Dimensión de los problemas. ¿Cuál es la magnitud de los problemas? Aquí tiende a existir una inadecuada cuantificación de la magnitud

del problema que incluye el tamaño de los grupos y la magnitud de sus "necesidades". Debe darse una consideración adecuada a los posibles cambios en la dimensión de los problemas en los próximos años. Sería útil la construcción de algunos escenarios relativos al problema-problemas en cuestión para tener una idea más acertada de las incertidumbres existentes y de los futuros escenarios posibles y probables.

E. Definir las decisiones centrales y áreas-problema ("issues") según los problemas. Una vez que se ha identificado y determinado la dimensión de los problemas, es necesario definir las áreas-problema, cuestiones o decisiones centrales que se necesitarán tomar para resolverlos. Generalmente se formula en términos de ¿se debe hacer "x" o "y"? ¿cómo se puede lograr "x"?

F. Actividades actuales y quiénes están involucrados. ¿Qué otras agencias del gobierno, qué otros sectores de la comunidad, u otros niveles de gobierno, organizaciones no gubernamentales, agencias de cooperación están involucrados? Además del gobierno, ¿quiénes están involucrados en resolver los problemas identificados? ¿Qué actividades específicas relevantes se están llevando a cabo por el gobierno? Identificar las políticas y programas más importantes, y si fuera posible, proveer costos actuales y su impacto estimado. Indicar el número en cada grupo beneficiario y otros que actualmente están siendo satisfechos y si fuera posible, proyectar estos hacia un futuro basado en la planificación actual.

G. Factores políticos y otros significativos ¿Existen factores políticos de importancia que parecen afectar los problemas? ¿Son necesarios algunos recursos poco usuales o existen problemas de limitación de tiempo de especial significación? ¿Cuáles son los problemas de información que se deben confrontar para poder realizar el análisis? ¿Cómo pueden solucionarse estos problemas a corto plazo? ¿Y a largo plazo?

H. Formular claramente criterios de evaluación. Los criterios para evaluar alternativas deben estar directa y claramente relacionados con los objetivos según como estos han sido definidos. ¿Hacia qué objetivos públicos deben dirigirse las políticas-programas para resolver los problemas? Aquí se buscan los propósitos fundamentales, no los resultados concretos inmediatos. ¿Cómo pueden hacerse las estimaciones del progreso frente a estos objetivos y los criterios de evaluación? Es necesario identificar los criterios de evaluación apropiados. Si estos criterios no pudieran evaluarse directamente, debe indicarse aquellas aproximaciones indirectas teniendo en cuenta que los criterios de evaluación tendrán dimensiones cualitativas y cuantitativas.

I. Definir las alternativas de política: ¿Qué acciones, actividades o programas alternativos pueden considerarse para resolver el problema? Describir las características más importantes de los mismos, e identificar los supuestos importantes, señalando el grado de sensibilidad a los supuestos de la selección de alternativas.

J. Identificar las incertidumbres. Se deben identificar las incertidumbres mayores, en lo posible. La incertidumbre, y a menudo la gran incertidumbre debe ser esperada en cualquier análisis realista. Los efectos de tales incertidumbres sobre las decisiones potenciales deben ser estimados y evaluados.

K. Características y número de alternativas de políticas. Identificar y describir aquellas características claves de las maneras alternativas de intentar satisfacer los objetivos. Las alternativas pueden tomar la forma de políticas, programas y proyectos según el nivel o diferentes combinaciones de estos. Al describir las alternativas, debe hacerse una clara presentación de las ventajas y desventajas de estas, considerando los costos y los efectos estimados (políticos, sociales, institucionales) de manera general. Los estimados del total del costo implicado para cada alternativa debe incluir el costo inmediato y el costo futuro aproximado. Cuadros y gráficos son útiles para las presentaciones. El número de alternativas es a veces muy limitado. Las opciones enumeradas son indicativas de la calidad y el pensamiento innovativo posible de los analistas.

L. Hacer esfuerzos hacia alguna cuantificación. Se debe intentar hacer algunas cuantificaciones durante la preparación del documento de análisis, que incluyan la identificación de algunas alternativas de política. Las medidas que son frecuentemente útiles para describir un problema son aquellas que muestran el número de personas en los grupos sociales afectados por los problemas que sufrirían el impacto de la ejecución de las opciones propuestas, así como el costo y los resultados relevantes de las actividades gubernamentales actuales, y de las propuestas según las alternativas. La selección de criterios o medidas de efectividad deben permitir estimar el progreso frente a los objetivos públicos básicos y los particulares a cada política. La selección de criterios no debe limitarse a aquellos que sean cuantificables. Hay factores difíciles de medir, y aquellos que son intangibles, si son relevantes a la selección del programa, deben ser identificados.

M. Evaluación de las alternativas u opciones de políticas. Una vez caracterizadas las alternativas de políticas, es necesario evaluar cada una según los criterios ya definidos y señalar el punto de satisfacción de los criterios en cada alternativa.

N. Formular los efectos posibles de las alternativas. Los efectos totales (económicos y sociales) de cada alternativa (relativa a cada uno de los criterios identificados) deben estimarse, a fin de incluir en el análisis implicaciones inmediatas y futuras. Si la medida de ciertos criterios parece limitada o poco factible, esto debe expresarse claramente. La factibilidad (económico-financiera, técnica, socio-cultural e institucional) de cada alternativa, así como su viabilidad política deben considerarse también (algunos de estos pueden constituir criterios de evaluación).

O. Formular recomendaciones generales sobre opciones de política. La decisión se tomará por los decisores, pero es esencial que los analistas formulen algunas recomendaciones sobre las opciones de política o alternativas deseables-aconsejables a fin de que las políticas tengan una base informada para la toma de decisiones. Este es esencialmente el objetivo del análisis.

P. Proveer recomendaciones para los pasos siguientes. El análisis sectorial sirve para definir los problemas, las áreas-problema o decisiones centrales ("issues") y para proponer alternativas de políticas. Además algunas acciones posteriores al análisis tendrán que definirse: ¿cuál es el paso siguiente que se recomienda? El documento debe incluir una recomendación sobre el cronograma del seguimiento de las políticas, proyectos y programas propuestos. Algunos de los problemas identificados y las opciones de políticas correspondientes tendrán que estudiarse con más profundidad para definir mejor las recomendaciones sobre política. Esto será necesario ya que el primer análisis sectorial generalmente pretende apenas presentar un panorama de los problemas del sector salud y una aproximación a su resolución.

Q. Buscar brevedad, claridad y objetividad en lo posible. A fin de que este documento sea lo más útil posible, los puntos esenciales deben cubrirse con la mayor claridad en la presentación textual. Es necesario un resumen ejecutivo de una o dos páginas que será utilizado por los decisores. La documentación del estudio debe organizarse de tal manera que permita a otros comprender y evaluar lo que se ha hecho en el análisis y obtener un sentido de lo exactos que son y pueden ser los datos básicos y los resultados del análisis.

REFERENCIAS

- 1 Centro Panamericano de Planificación en Salud. *Diagnóstico sectorial y análisis institucional*. Santiago, Chile; 1973.
- 2 Organización Panamericana de la Salud/CENDES. *Método OPS/CENDES*. Washington, DC: OPS; 1972. (Publicación científica 111).
- 3 Matus C. *Planificación de situaciones*. México: Fondo de Cultura Económica; 1980. (Selección de Obras de Economía).
- 4 Matus C. *Planificación en situaciones de poder compartido*. Santiago de Chile: CEPAL; 1981.
- 5 Matus C. *Planificación, libertad y conflicto: fundamentos de la reforma del sistema de planificación en Venezuela*. Caracas: IVEPLAN, 1985.
- 6 Matus C. *Estrategia y plan*. 2da. ed. México: Siglo XXI; 1972.
- 7 Trujillo E. *El análisis del sistema de servicios de salud*. Washington, DC; 1980. (Informe de Consultor).
- 8 Barrenechea JJ, Trujillo E, Chorny A. *SPT/2000: implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud*. 2da. ed. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 1990.
- 9 Pillet JV. *Sectoral analysis and sectoral lending in health*. Washington, DC: OPS; 1989:2. (Documento de trabajo).

- 10 Yepes F. Estudio sectorial de salud: la salud en Colombia, Vol. 1. Hallazgos y recomendaciones. Bogotá: Ministerio de Salud y Departamento Nacional de Planeación; 1990.
- 11 Yepes F. *Proyecto de salud familiar integral y comunitaria (SAFIC)*. Quito: Banco Mundial/Ministerio de Salud; 1991.
- 12 Zurita AG. *Informe final sobre asesoría en diagnóstico y tendencias del sector salud en República Dominicana en relación al desarrollo de los sistemas locales de salud*. Washington, DC: OPS; 1990. (Informe de Consultor).
- 13 Organización Panamericana de la Salud/Banco Interamericano de Desarrollo. *Estudio básico del sector salud*. Guatemala; BID/OPS; 1991.
- 14 Organización Panamericana de la Salud. *Ajustes sectoriales en salud*. Washington, DC: 1990:3 (Documento SPP14/7).
- 15 Organización Panamericana de la Salud. *Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la OPS en el cuadrenio 1991-1994*. Washington, DC: OPS; 1991:21.
- 16 Patton CV, Sawicki DS. *Basic methods of policy analysis and planning*. New Jersey: Prentice Hall; 1986:140.
- 17 Organización Mundial de la Salud. *Glosario de términos*. Ginebra: OMS; 1984:18.
- 18 Giandomenico M. *Evidence, argument and persuasion in the policy process*. New Haven: Yale University Press; 1989:147.
- 19 Dunn, WN. *Public policy analysis*. New Jersey: Prentice Hall; 1981.
- 20 Gil, D. *Unraveling social policy*. Schenkman Publishing Company; 1976.
- 21 Stiglitz JE. *Economics of the public health sector*. W.W. Norton; 1986.
- 22 Quade, ES. *Analysis for public decisions*. North Holland; 1982.
- 23 Stokey E, Zeckhauser, R. *A primer for policy analysis*. W.W. Norton; 1978.
- 24 Stuhlman, L. *Bases para un diagnóstico de la situación del sector salud*. Washington, DC; OPS; 1985:1. (Borrador).
- 25 Organización Panamericana de la Salud. *Administración estratégica local. Una propuesta para la discusión*. Washington, DC: OPS; 1991. (Versión preliminar).
- 26 Lashman, K. *Health sector analysis: issues and methods*. Washington, DC: Banco Mundial; 1984:22. (Borrador).
- 27 Suárez, R. *Análisis sectorial. Instrumento para el desarrollo del PIAS*. Washington, DC: OPS; 1992. (Documento interno).
- 28 Castagnino, E. Increasing multilateral aid to the health sector: issues and challenges for the 1990's. Education and Health Division. Washington, DC: BID; 1992.
- 29 Trujillo. E. *El análisis del sistema de servicios de salud*. Washington, DC; OPS; 1980. (Informe de Consultor).
- 30 Organización Mundial de la Salud. *Mozambique: macroeconomic evolution and the health sector*. Ginebra: OMS; 1991. (Borrador).
- 31 Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas*. Vol. I y II. Washington, DC: OPS; 1990 (Publicación científica 524).
- 32 Castellanos, PL. *Proyecto: sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar*. Washington, DC: OPS; 1992. (Borrador de trabajo).
- 33 Organización Panamericana de la Salud. *La participación social*. Washington, DC; OPS; 1990:10. (Serie Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud, HSD/SILOS-3).
- 34 Banco Mundial. *Implementing programs of human development*. Washington, DC.
- 35 Taylor, SJ, Bogdan, R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós; 1986.
- 36 Pelto, PJ, Pelto, GH. *Anthropological research: the structure of inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press; 1987.
- 37 Cook, TD. *Qualitative and quantitative evaluation methods*. California: Sage Publications; 1980.

- 38 Goode, W, Katt, P. *Métodos de investigación social*. España: Trillas; 1967.
- 39 Patton, MQ. *Qualitative evaluation methods*. California: Sage Publications; 1988.
- 40 Russell Bernard, H. *Research methods in cultural anthropology*. California: Sage, 1988.
- 41 Krueger, RA. *Focus groups: a practical guide for applied research*. California: Sage; 1988.
- 42 Valadez, J. *Técnicas de evaluación cualitativa de programas y políticas de salud*. Washington, DC: OPS; 1983.
- 43 Pedersen, D. *Evaluación de servicios de salud. La perspectiva de la gente*. Caraballeda, Venezuela; 1987:18. (Taller Regional sobre Evaluación de Servicios de Salud Materno-infantil). (Documento inédito).
- 44 Simpson-Herbert, M. *Methods for gathering socio-cultural data for water supply and sanitation*. Washington, DC: Banco Mundial; 1985. (Documento de trabajo TN/01.TAG).
- 45 Yin, RK. *Case study research*. Applied social research methods, Vol. 5. California: Sage Publications; 1984.
- 46 Pillsbury, B. Evaluation and monitoring. En: Training manual in development. *Anthropology*, pág. 59.
- 47 Organización Mundial de la Salud. *Rapid assessment of sources of air, water and land pollution*. Ginebra: OMS; 1982. (Publicación Offset 62).
- 48 Organización Panamericana de la Salud. *Guidelines for the development of participatory-action oriented research projects*. Washington, DC: OPS; 1988.
- 49 Pannenberg, C. *Scenarios as a method of probing and planning the future of health care*. Copenhagen: OMS; 1984.
- 50 Brener, H. et al. *Scenario approaches in health planning*. Copenhagen: OMS; 1987.
- 51 Steering Committee on Future Health Scenarios. *Health futures: newsletter of the international health futures network*; 1991(1).
- 52 Puentes-Markides, C. *El futuro de la salud en América Latina y el Caribe. Informes Finales de Dos Talleres*. Washington, DC: OPS; 1993. (Publicación No. 5, OPS/OMS, DAP).
- 53 Zurita, AG. *Informe final sobre asesoría en diagnóstico y tendencias del sector salud en República Dominicana en relación al desarrollo de los sistemas locales de salud*. Santo Domingo: OPS. (Informe de consultoría).
- 54 Fink, A. et al. Consensus methods: characteristics and guidelines for use. *Am J Pub Health*. 1984;74(9):979-983.
- 55 Delbecq, AL, Van de Ven, AH. A group process model for problem identification and program planning. *The Journal of Applied Behavioral Science*. 1971; 7(4):466-492.
- 56 Dalkey, N. *The Delphi Method: an experimental study of group opinion*. California: The Rand Corporation; 1969. (Memorandum RM-5888-PR).
- 57 Centro Panamericano de Planificación de la Salud. *Diagnóstico sectorial y análisis institucional*. Santiago, Chile; 1973:9.
- 58 Weimer, D, Aidan, V. *Policy analysis: concepts and practice*, 2da ed. Eglewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1992:17.

PROFESIONES DE SALUD: UNA FORMACIÓN CUESTIONADA¹

Celia Regina Pierantoni² y Maria Helena Machado³

INTRODUCCIÓN

El texto constitucional que identifica la salud **como derecho de la ciudadanía y deber del Estado** constituye para toda la sociedad brasileña un desafío: la construcción de un nuevo modelo asistencial. Esta reorientación prevé la existencia de un sistema que contemple la **integralidad, universalidad, jerarquización y capacidad resolutive** de las acciones de salud y demanda un perfil del recurso humano para el sector que se aleja del que caracteriza a esa masa de profesionales que nuestras instituciones educativas ofrecen al mercado de trabajo. Ese hecho cobra mayor importancia cuando se reflexiona sobre el sistema de formación de nivel superior a la luz de la crisis que afecta a la universidad, y de sus repercusiones sobre la formación de personal de salud, por la importancia que dichos profesionales tienen para el sistema, en el que incluso imprimen direccionalidad técnica al trabajo que se desarrolla en esa área. Eso ocurre principalmente en el caso de los médicos.

Se debe destacar que la conquista de la salud como derecho de la ciudadanía está contenida en un proyecto social en el que la educación, entre otras conquistas, también debe ser priorizada. Los cambios producidos en el sistema político brasileño en la última década no corresponden a una reorientación social ni a una reorganización de las instituciones o del Estado para un nuevo proyecto nacional.

En la actualidad existen en el Brasil cerca de 11.000 estudiantes universitarios por cada millón de habitantes, mientras que en Francia y en Cuba su número asciende a 24.000. Sin embargo, un análisis cuidadoso de esos datos revela que el Brasil presenta una de las mayores relaciones entre

¹ Trabajo presentado en la II Conferencia Nacional de Recursos Humanos en Salud, Brasilia, septiembre de 1993.

² Médica investigadora, NERHUS, ENSP, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil.

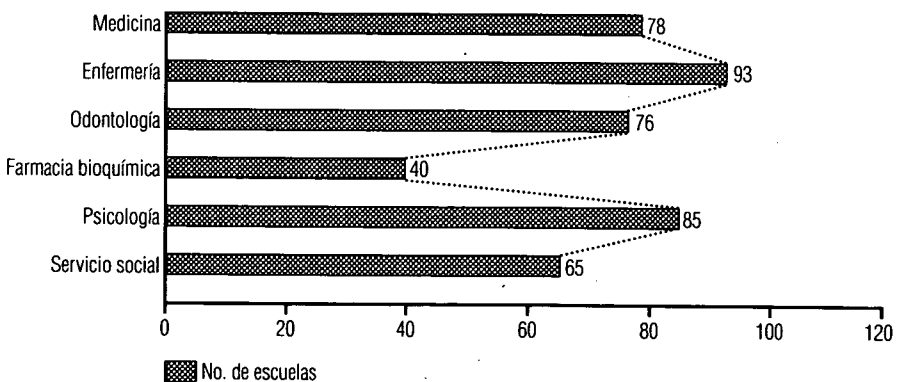
³ Socióloga, investigadora, NERHUS, ENSP, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil.

el número de estudiantes universitarios y el número de alumnos que concluyen la secundaria (cerca de 50% de los que concluyeron el nivel intermedio tuvieron acceso al sistema educacional superior). La exclusión del sistema educacional ocurre decisivamente en el ciclo básico, en el que apenas un 9% llega a completar el nivel intermedio, con lo que se evidencia la ineficiencia e injusticia del sistema educacional vigente.

Si se toman los datos que se refieren al área de salud podemos verificar que al final de la década de los ochenta el Brasil contaba con 78 escuelas de medicina, 93 de enfermería, 76 de odontología, 40 de farmacia y 85 de psicología (Figura 1). Estas escuelas forman anualmente un promedio de 7.000 médicos, 4.000 enfermeros, 2.000 farmacéuticos, más de 8.000 psicólogos y alrededor de 5.000 dentistas.

Por otro lado, el sistema de salud pone en evidencia un nítido contraste entre los indicadores sociales y económicos del país. Esos contrastes se reflejan en el cuadro sanitario actual caracterizado por la coexistencia de enfermedades de pobreza típicas de los países subdesarrollados, con las crónico-degenerativas y las derivadas de la violencia, características de los países desarrollados. El acceso a los servicios de salud y la calidad de la asistencia prestada es excluyente, y sus niveles varían de acuerdo con los diferentes estratos sociales. La opción escogida por el Estado en favor de un modelo asistencial que privilegia la atención hospitalaria de carácter eminentemente curativo y de alto costo, no ha dado respuestas efectivas a las necesidades de salud de la población cada vez más complejas y variadas. El sistema es incapaz de atender la demanda existente.

FIGURA 1. Número de escuelas de salud de enseñanza superior. Brasil, 1988.



Fuente: NERHUS/DAPS/ENSP/FIOCRUZ - 1993

EL MERCADO DE TRABAJO Y LA FORMACIÓN PROFESIONAL

La emergencia de los mercados profesionales en la fase competitiva del capitalismo fue el resultado de una gran transformación del sistema de mercado que en esta situación planteaba una oferta de productos especializados. Una creciente necesidad de “profesionalismo” se incorporó al esquema de valores de la sociedad industrializada.

Para eso era necesario montar estrategias políticas que permitiesen institucionalizar el mercado profesional. Era preciso que los profesionales fueran entrenados y socializados para producir servicios que tuvieran un reconocimiento dentro del mercado profesional. Era crucial la producción de “expertos”. Igualmente, adquirió importancia fundamental producir servicios y profesionales “estandarizados” para diferenciar claramente su identidad profesional y permitir una relación clara con los consumidores. Así, “se veían obligados a solicitar protección estatal y la aplicación de penalidades legales en contra de competidores no licenciados, o sea, productores de servicios cuyo entrenamiento y mecanismos de entrada en el mercado ellos no controlaban” (1).

Y, como consecuencia de esa estandarización, la educación pasó a tener un papel fundamental en este proceso: **el establecimiento de núcleos de educación formal y la creación del monopolio de la competencia** fueron fundamentales para el desarrollo del proyecto profesional. Además de eso, fue necesario buscar mecanismos para generar credibilidad social en los servicios especializados.

El conocimiento formal, sistematizado y dentro de patrones establecidos fue un punto crucial para la obtención de esa credibilidad social. Estar “competentemente” habilitado y técnicamente capacitado pasó a constituir un punto vital para cualquier actividad humana que conllevara la voluntad de ofertar servicios, y que estos fueran considerados relevantes y socialmente importantes. Por tanto, la escuela formal, de cualquier nivel que esta sea, representa una instancia privilegiada para ejecutar la función de **acreditar y estandarizar a estos profesionales** para que actúen en un mercado especializado amparados en una licencia legal del Estado (2, 3). Se refuerza entonces sobre esa base, la idea de que las escuelas forman y acreditan personas para ejercer competente y legalmente actividades profesionales en el mercado. Es así que se produce la acreditación profesional en el caso de los médicos, los farmacéuticos, odontólogos, enfermeros, técnicos y auxiliares, entre otros.

Al inicio surgió la necesidad de que existiera una definición clara sobre lo que es una profesión. En términos sociológicos **una profesión es una ocupación cuyas obligaciones implican la creación y la utilización sistemática del conocimiento general acumulado, para la solución de problemas planteados por un individuo o una colectividad.**

La adquisición de un cuerpo de conocimiento especializado se logra a través de una iniciativa formal realizada por las universidades en las sociedades modernas. Es así que, con algunas variantes, "la educación formal sirve de base para la mayoría de las ocupaciones en las sociedades modernas" (4).

Surge la necesidad, a pesar de la diversidad en los plazos, momentos y secuencia, de tener un currículo mínimo para homogeneizar el contenido teórico que será transmitido a los que aspiran a una profesión. Ese atributo de educación formal tiene un lugar destacado en el proceso de profesionalización de una actividad, ya que el conocimiento especializado y "encerrado" en ese currículo es lo que en gran parte define las actividades que en su conjunto diferencian los diferentes niveles que en algunos países puede tener una profesión (2, 5).

Autores como Wilensky y otros, que han estudiado el proceso de profesionalización de diversas profesiones universitarias, insisten en que la existencia de un cuerpo de conocimiento específico y de doctrinas, son puntos excepcionales para obtener el *status* profesional. "Si la base técnica de una actividad consistiera en un vocabulario que es familiar a todos, o si la misma fuera científica pero de tal forma que tuviera que ser aprehendida por la mayoría de las personas solo como un conjunto de reglas, ahí entonces, la actividad tendrá dificultades para reivindicar un monopolio de técnicas y una jurisdicción más o menos exclusiva" (6).

En ese sentido, tal conocimiento específico funcionará como **esotérico, oculto, como una caja negra**, o sea una caja que contiene secretos y técnicas profesionales inviolables e indescifrables por legos, pero al mismo tiempo con una visibilidad social que lo hace accesible a ese mismo público. "El conocimiento profesional, igual que todo conocimiento, es hasta cierto punto tácito, y es esto precisamente lo que confiere a las profesiones establecidas su aura de misterio" (6). En otras palabras, no todo lo que un especialista sabe y conoce, puede ser transmitido verbalmente por él.

De esta manera, "cualquier profesión que pretenda ejercer autoridad profesional tendrá que *encontrar* una base técnica para poder hacerlo, *exigir* que tanto las técnicas como la correspondiente jurisdicción estén de acuerdo con los patrones de entrenamiento y *convencer* al público que sus servicios son absolutamente confiables" (6). Aun más, el grado de profesionalización de una actividad humana dada no se rige solamente por el éxito que se alcanza en la emergencia de una competencia técnica con carácter de exclusividad, sino también por el conjunto de reglas morales, éticas, filosóficas e ideológicas que orientan a una profesión, así como a las normas de apoyo a la conducta profesional.

¿Es que existe entonces, un proceso de profesionalización? Por supuesto que sí. ¿Cómo se da este proceso de profesionalización?

Primero, **el trabajo se vuelve una ocupación de tiempo integral**, tanto por la “necesidad social” de la actividad, como por el trabajo específico que obliga al profesional a dedicarse exclusivamente a ella.

Segundo, **se crean escuelas de entrenamiento**, lo que significa que la transmisión del conocimiento se lleva a cabo a partir de entes conocedores y experimentados. Sin embargo, en la actualidad ya esa transmisión de conocimientos no ocurre más de forma espontánea, hereditaria o familiar (del maestro al aprendiz) como ocurría en la época medioeval. Actualmente ocurre de manera sistematizada, estandarizada y universal (a todos los aspirantes). La enseñanza y el aprendizaje y su transmisión se han modernizado, adaptándose a los tiempos de producción en serie, orientada hacia un mercado competitivo y dinámico propio del capitalismo.

Tercero, **se forman las asociaciones profesionales**. En este momento se definen los perfiles profesionales que darán al grupo una identidad particular en relación con la actividad de trabajo. Es un elemento fuerte para reforzar al corporativismo (la idea del “espíritu de cuerpo” tan utilizada por los distintos grupos profesionales). El corporativismo queda así instalado.

Cuarto, **la profesión es regulada**. Esa fase es esencial para una futura profesión. Es a través de esta regulación que la corporación define y delimita su territorio profesional y asegura así el monopolio de la competencia, no solamente del saber (base cognitiva), sino principalmente, de la práctica del oficio (mercado de trabajo).

Quinto, se adopta un **código de ética**. Se establecen normas y reglas profesionales que enmarcan y definen comportamientos que sirven para diferenciar una corporación de otra. Se establecen normas de tipo moral más que de naturaleza técnico-científica, ya que lo que cuenta en verdad es la ética como “señaladora” de la conducta profesional en el mundo del trabajo. Se asegura así el derecho y el deber de la corporación, a través de un código de ética profesional, de fiscalizar, castigar, expulsar de su seno a los “malos profesionales”.

Una vez estos pasos se han cumplido, la agrupación profesional pasa a ser considerada una “corporación”, muy semejante a una cofradía, que conoce y reconoce a sus colegas por códigos y reglas específicas, algunas veces secretas (5,7). A partir del cumplimiento de este ritual, a lo que se agrega un sólido prestigio social sustentado en la credibilidad de que sus servicios son “profesionales” y “necesarios para el desarrollo social”, la medicina, la abogacía, el magisterio, el sacerdocio, entre otras profesiones, son refrendados legalmente por el Estado, y las personas que las practican pasan a ejercer una “profesión”.

“Las profesiones dominan nuestro mundo, curan nuestros cuerpos, miden nuestros ingresos, salvan nuestras almas”. (Abbott, 1988).

¿Sobre qué bases esas personas pueden y necesitan desarrollar su actividad profesional?

Hay consenso entre los teóricos de esta materia, de que la existencia de un cuerpo esotérico de conocimientos (base cognitiva) y la orientación para un ideal de servicio (mercado de trabajo) que confieren la exclusividad del oficio, son los atributos incuestionables que se necesitan para definir una profesión. La abogacía, la ingeniería, el magisterio, por ejemplo, son considerados, desde esa perspectiva, como profesiones. En algunos países se llega incluso a distinguir a estas de otras que no alcanzan a definirse como tal. La justificación para esa diferenciación está en la ausencia en algunos grupos técnicos, de un cuerpo específico de conocimiento que, si existiese, daría a dichos grupos autonomía para tomar decisiones y para actuar. Por otra parte, la inexistencia de un mercado de trabajo inviolable, que si existiese, le aseguraría exclusividad y una clientela "cautiva", como ocurre con los médicos, los abogados, los sacerdotes y los ingenieros, entre otros. (7)

Sin embargo, y debido a la complejidad de la sociedad moderna, existen barreras que a veces impiden o dificultan que la actividad profesional se ejerza a plenitud. Los contextos organizacionales amenazan la autonomía y las aspiraciones e ideales del servicio; a su vez, las restricciones y limitantes propias del medio —sean estas de tipo ambiental, social, político o económico— con frecuencia interfieren directamente con el ejercicio profesional (5).

Nos referimos a la falta de *autonomía técnica* para definir la mejor conducta que un profesional debe adoptar ante un problema individual o institucional que requiere una solución; las condiciones poco favorables al pleno desempeño de sus habilidades, por ejemplo, las pésimas condiciones de trabajo a que la mayoría de los profesionales de salud están hoy sometidos en el mundo del trabajo; las regulaciones, a veces limitantes, que las instituciones prestadoras de estos servicios imponen a sus practicantes, y sobre todo el deterioro social al que asistimos, tienen implicaciones directas para el ejercicio de cualquier grupo profesional que quiera ofrecer servicios de buena calidad a la sociedad en general. Estas restricciones en buena medida interfieren también en la conducta ética que guía o debería guiar el comportamiento de un individuo en su ejercicio profesional.

El campo de la salud es fértil en ejemplos de estas limitantes que afectan directamente al trabajo. En el Brasil, los hospitales en general, y los de carácter público en particular, desarrollan —a veces deliberadamente— una política de "carencia" de materiales esenciales para las actividades de salud, desde algodón, gasa, hilo para cirugía, anestésicos, camas hospitalarias, hasta personal calificado para prestar atención, que impide, y a veces ocasiona verdaderas situaciones calamitosas. Un ejemplo es la actitud adoptada recientemente por los médicos que laboran en los servicios

hospitalarios. Dada la ausencia absoluta de condiciones de trabajo que determinan el ejercicio de una medicina incompatible con lo que la escuela les ha enseñado y con lo que las normas de conducta y ética les señalan, han tenido que enfrentar situaciones "sin salida" en el manejo de sus pacientes viéndose obligados a tomar una especie de "decisión de Sofía"⁴ y seleccionar arbitrariamente qué paciente debe vivir y cuál probablemente se dejará morir.

De este modo, el médico está obligado diariamente a contrariar frontalmente los dogmas de la corporación y se vuelve así un extraño para sus colegas y para sí mismo. Ciertamente estos profesionales no son el único "blanco" de esta escabrosa política de "carencia" que nuestras instituciones de salud implementan. En realidad lo son todos los trabajadores del sector que lidian directamente con el dolor y el sufrimiento humanos, personificados en aquellos que buscan, precisamente en ellos, el alivio y la solución a sus males.

INCORPORACIÓN TECNOLÓGICA Y PROYECTO PROFESIONAL

Un especialista puede definirse como un hombre que conoce tanto, que solo puede comunicar una pequeña fracción de su conocimiento. Los usuarios perciben algo misterioso en las tareas a desempeñar, misterio que el lego no llegará a conocer, en vista de que el conocimiento tácito es relativamente inaccesible. **Retener el conocimiento, volverlo específico y lo suficientemente misterioso es el eje central que mueve al profesionalismo.**

Concordando con la corriente teórica que apunta a la *base cognitiva* y al *mercado de trabajo* como los puntos fundamentales para cualquier proyecto profesional, Larson agrega a su análisis la necesidad de que ocurran cambios en la base cognitiva (I). Esta discusión introduce una variable interesante para el análisis sociológico, que es la **incorporación de la tecnología**, es decir las innovaciones como un componente crucial para que el **monopolio de la competencia pueda mantenerse**. Es importante que ocurran cambios periódicamente en la base cognitiva, tanto para prevenir la rutina excesiva como para reducir la relativa inaccesibilidad del "expertise". Sin embargo, es bueno que tales cambios no ocurran de forma muy rápida ni que sean tan fragmentados que lleguen a impedir la posibilidad de socializar a los "expertos" en un único cuerpo de conocimiento. Dicho esto, para ser legitimada, la incorporación tecnológica debe ser per-

⁴ Las autoras se refieren a la novela "Sophie's Choice", de William Styron, llevada al cine, en la que la protagonista debe decidir, en un momento de crisis durante la II Guerra Mundial, cuál de sus dos pequeños hijos debe ser entregado para ser llevado a un campo de concentración.

cibida como progreso. De ello deriva, según Thomas Khun, la necesidad de **tratar a la actividad cognitiva como ciencia**. Es por ello que las comunidades científicas, sigue diciendo Khun, se caracterizan por una **secuencia de entendimientos tácitos compartidos que han sido llamados paradigmas**. Un paradigma no es un sistema abstracto de reglas explícitas, más bien se trata de una práctica que es accesible a lo largo de un proceso de socialización (3).

La profesión médica es una profesión paradigmática, que ha adquirido esa capacidad de articular exitosamente su base cognitiva y sus avances tecnológicos con una sólida credibilidad de mercado (5,7). El que practica la medicina, aún con el proceso de deterioro a que está sometido en el mundo del trabajo, tiene un alto control sobre el proceso de trabajo en salud, tanto en la definición y el planeamiento de las políticas de salud como en su implementación, ejecución y dirección técnica. **Es el médico el que fija la direccionalidad técnica del trabajo de los equipos de salud.**

El acto médico es un acto solitario. No solamente exige exclusividad en el saber y poder (monopolio) sino que elimina toda posibilidad de que los legos puedan opinar. El *secreto* profesional es otro punto fundamental en esa relación peculiar entre médico y paciente. La consulta es un acto cerrado, individualizado en tiempo y espacio que inicia con una confesión (8), continúa con un examen y termina con una prescripción. El secreto profesional puede compartirlo el médico solamente con colegas; pero la responsabilidad individual e intransferible del acto y de sus consecuencias compete solamente a él. Otro componente fuerte de la relación médico-paciente es la *confianza* absoluta que generalmente se establece entre ellos. Si no hay confianza en lo que el médico sabe y hace, si no existe esa misma confianza y seguridad en la capacidad del médico para ejecutar correctamente sus tareas, la esencia de la actividad médica estaría irremediablemente destruida. Cabe resaltar aquí que aun tratándose de un médico asalariado y no autónomo en términos de la relación ideal médico-paciente, las cuestiones de la ética, del secreto, de la confianza y de la responsabilidad técnica son exclusivas del médico. Esto es de primordial importancia en el proceso diagnóstico y terapéutico, y aun más, la observancia de las reglas y actitudes que esas cuestiones generan es requisito que se exige al médico en su ejercicio, cualquiera que fuere su situación de trabajo y el ambiente en que labora.

Paradójicamente, en ese sentido **la profesión médica se asemeja al modelo artesanal** que Mills analizaba en 1979 (9). Los puntos de congruencia entre lo artesanal y lo médico se refieren a aspectos de ética profesional, en los que el dinero y el *status* son de importancia secundaria (la medicina como sacerdocio). También al estrecho vínculo entre productor y producto, a la libertad de escoger la forma y la técnica de su creación y acción; la relación inseparable entre vida-distracción-cultura-trabajo que

el artesano concibe como mundo de trabajo. Así también se estructura “culturalmente” la corporación médica, sea esta de países capitalistas o socialistas, de sociedades planeadas o del tercer mundo, como el caso del Brasil.

Por otro lado, este profesional ha adquirido a lo largo de la historia una sólida **autoridad cultural** traducida en una enorme capacidad de convencimiento social de que su actividad es esencial y vital para la sociedad. Es, por así decir, un guardián de la vida.

La profesión médica es una profesión paradigmática no solo por la acumulación de conocimiento científico, que rompe y produce nuevas formas de ver, analizar y actuar en una realidad dada, sino también por la capacidad de retener el conocimiento producido para transformarlo competentemente en práctica profesional especializada.

Al final del siglo XX, profesiones como medicina, farmacia, odontología, enfermería, nutrición, fisioterapia, psicología y la misma salud pública entre otras, han pasado por cambios importantes tanto en el saber específico de cada una como en la práctica profesional. Quienes trabajan en estos campos han enfrentado, sorpresivamente, situaciones por demás inesperadas tales como el proceso de descaracterización de la farmacia como área que tradicionalmente correspondía a salud, obligándolos, a veces, al éxodo del sector o a la crisis profunda por la que pasa la profesión de enfermería que se refleja, entre otras cosas, en la baja demanda de matrícula en escuelas y cursos formativos y en un decremento en la producción de conocimiento específico sobre la materia. Todo esto contribuye a una baja visibilidad social de su trabajo (escasa diferenciación entre los componentes del llamado “equipo de enfermería”); un evidente ascenso dentro del sector salud de otras profesiones como fisioterapia, nutrición, psicología, que se consolidan rápidamente como áreas específicas de conocimiento. También se da la situación de profesiones jóvenes como la odontología que corre el riesgo de perder su “emancipación profesional” debido a que en el mundo desarrollado, esta profesión ha perdido una parte considerable de su mercado con la “erradicación de la caries dental”, que era hasta hace poco un campo privilegiado de actuación de los dentistas.

En el campo de la medicina podemos ver una expansión del conocimiento a través de un creciente proceso de especialización, que al mismo tiempo determina una evidente “pulverización” del saber. Contemplamos igualmente una “caída vertical” de ciertas especialidades como la salud pública, tan necesaria en la triste realidad sanitaria de nuestros países y en la que se observa como consecuencia, un éxodo cada vez mayor de médicos sanitarios que salen de los cuadros de salud pública en forma inexorable e incomprensible. ¿Cómo responden las universidades a estos desafíos?

INTERROGANTES SOBRE LA FORMACIÓN PROFESIONAL

Cualquier intento de reflexión sobre la formación de personal nos lleva a dos preguntas: ¿cuál es la competencia real del personal que ha sido acreditado para el ejercicio profesional por nuestras instituciones de nivel superior, en el marco de las especificaciones para un sistema de salud en particular? y ¿cómo se procesa su inserción en el mercado de trabajo bajo las determinaciones necesarias al proceso de trabajo en salud?

La estructura curricular que determina el “molde” general de la formación profesional de nivel superior es idéntica en todas las carreras del área de salud. Un aspirante a profesionalizarse en un campo de salud, al ingresar al sistema formador vive la *dicotomía que separa el contenido teórico del práctico, y también la que existe entre los ciclos llamados básico y profesionalizante*. El conocimiento transmitido por las disciplinas del ciclo básico es entregado por los departamentos, que son cada vez más especializados en su área específica. La correlación entre el conocimiento recientemente adquirido y la futura práctica profesional es inexistente. Las prácticas pedagógicas se fundamentan en una actuación pasiva de los alumnos con una gran carga horaria de contenido teórico en detrimento de las prácticas demostrativas. La formación de un pensamiento reflexivo y crítico se ve cada vez más limitada por la automatización en la transmisión de conocimiento, que no deja espacio para que se desarrolle una capacidad crítica como parte de su propio proceso de aprendizaje.

El contacto con el mundo profesional ocurre tardíamente y, en el modelo curricular que desarrollan la gran mayoría de las profesiones de salud, eso ocurre a lo largo de los dos últimos períodos, bajo la forma de *estadios curriculares* o “pasantías”. En tales estadios se utilizan campos de práctica determinados, que a menudo han sido escogidos entre modelos de ejercicio profesional de alta complejidad como hospitales universitarios, servicios de alimentación de grandes empresas, laboratorios de empresas multinacionales. En algunas áreas de formación profesional, el distanciamiento del alumnado de su futuro contexto de trabajo es determinado por factores diversos, como por ejemplo las distancias geográficas. En estos casos, los estudiantes a veces tienen que recibir su educación en unidades que tienen estructuras curriculares diferentes, o tienen que incursionar en disciplinas que son administradas por áreas del conocimiento disímiles, en bloques heterogéneos y extraños a su medio. Esto ocurre con frecuencia en farmacia.

Los modelos curriculares vigentes, salvo excepciones no prevén en su estructura contactos del alumno con el trabajo en sus diferentes niveles de complejidad. En ocasiones se desarrollan por iniciativa de los propios alumnos, acciones formativas aisladas, bajo la modalidad de un currículo paralelo —estadías en instituciones de asistencia materno-infantil

por ejemplo— o en programas institucionales de extensión universitaria, que generalmente se originan en un departamento de salud pública o de medicina social, pero que no tienen ningún vínculo con el currículo formal ni con otras áreas de conocimiento.

De esta manera, al entrar un profesional en el mercado de trabajo trae a este un potencial de habilidades técnicas que han sido configuradas para un sistema de alta complejidad no solo diagnóstica sino también terapéutica. No viene dotado de una capacidad crítica que le permita internalizar los diferentes aspectos de la realidad de salud de la población en sus diferentes perfiles epidemiológicos: *es un profesional preparado para actuar en un sistema de alto costo, sin que esa preparación se traduzca en la capacidad resolutive que ese mismo sistema necesita.*

La necesidad de poseer un dominio técnico en campos específicos del conocimiento, asociada a los conflictos que se dan en las corporaciones y gremios alrededor del problema de la hegemonía del sector salud, se revela precozmente en las diversas áreas de formación profesional que manejan informaciones consideradas como un cuerpo de conocimiento propio y a la vez reconocidas como específicas. Se promueve así la apropiación, con carácter de exclusividad, de un área de conocimiento para el ejercicio de una profesión. Por otro lado, es evidente que **los currículos propuestos por las instituciones no parten del proceso de trabajo en salud como eje integrador, ni consideran los modos de inserción de las diversas categorías profesionales en el mismo.** Esta circunstancia aumenta la distancia entre la formación de los profesionales y el trabajo en salud, y en consecuencia transforma la propuesta de “equipo de salud” en retórica carente de una connotación práctica real.

El cuestionamiento del poder médico implica en ocasiones conflictos interprofesiones, por ejemplo cuando surge como argumento en las luchas por espacios de poder corporativo ignorando conceptos básicos del proceso de trabajo en salud cuya direccionalidad, para el caso, es determinada en gran parte por el saber y la práctica de la profesión médica. A menudo, estos conflictos están ya presentes desde el inicio de los estudios en el ciclo básico. Al graduarse, los jóvenes profesionales se dirigen al mercado de trabajo no solo sin la preparación requerida para ejercer sus habilidades, sino además enfrentados al reto desconocido de actuar “en equipo”, compartiendo saber y práctica, cuando en realidad, a lo largo de su formación, han sido entrenados para actuar por sí mismos, como miembros de una corporación cerrada.

En fin, cotidianamente tenemos la sensación, como afirma Cris-tóvam Buarque, de que las universidades en el Brasil están adormecidas (10). Han perdido el “hilo conductor” del proceso. Están de espaldas a la realidad brasileña. *La universidad brasileña se ha vuelto un excepcional mundo artista, produciendo artistas acreditados para actuar no se sabe dónde.* Pareciera

que insisten en negar la dura realidad tercermundista en que estamos inmersos. No se promueve en ellas la producción de conocimientos sobre salud que enfoquen en lo más mínimo nuestra realidad, y sin duda alguna, se cometen errores en la formación de nuestros jóvenes profesionales, que comienzan por la precoz desilusión que se provoca en ellos cuando tienen que estudiar teorías primermundistas para luego tener que vivir, actuar y recrear, sin la preparación debida, en un Brasil que va camino del cuarto mundo.

REFERENCIAS

- 1 Larson M. *The rise of professionalism: a sociological analysis*. Los Angeles: University of California Press; 1977.
- 2 Coe R. *Sociología de la medicina*. Madrid: Alianza Editorial; 1979.
- 3 Coelho E, Campos A. *A sinecura académica: a ética universitária em questao*. Río de Janeiro: Vértice/IUPERJ; 1988.
- 4 Moore WE. *The professions roles and rules*. New York: Russell Sage Foundation; New York, 1970.
- 5 Freidson E. *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Península; 1978.
- 6 Wilensky H. The professionalization of everyone? En: Grusky O, Miller, G, eds. *The sociology of organizations: basic studies*. New York: The Free Press; 1970.
- 7 Machado MH. Sociología de las profesiones: un nuevo enfoque. *Educ Med y Salud* 1991;25(1)28-36.
- 8 Donnangelo M C. *Medicina e Sociedade*. São Paulo: Ed. Pioneira; 1979.
- 9 Mills W. *A nova classe média*. Río de Janeiro: Ed. Zahar; 1979.
- 10 Buarque C. *Pequeno Dicionário da crise universitária*. Florianópolis: Ed. UFSC; 1992.

PROFESIONALIZACIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA: UNA EXPERIENCIA ESTRATÉGICA PARA LA TRANSFORMACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE TRABAJO Y DOCENCIA

Susana Espino,¹ Ana María Heredia² y Cristina Davini³

INTRODUCCIÓN

En la Argentina, la enfermería constituye uno de los principales problemas dentro del campo de los recursos humanos de salud. Sin embargo, solo recientemente se han definido algunas acciones específicas que apuntan a revertir esta situación a mediano plazo.

La problemática de la enfermería tiene rasgos críticos de tipo cualicuantitativo tanto en la práctica de los servicios de salud, como en la oferta de formación y perfeccionamiento. Esta problemática en parte tiene hondas raíces en el proceso de la constitución histórica del actual modelo de atención, pero también asume connotaciones sociales muy importantes debidas a la escasa valoración social y profesional que se le otorga. De ahí que cualquier propuesta de transformación deberá considerar conjuntamente tanto factores políticos y económicos, como también técnicos, sociales y culturales.

En general, el personal de enfermería está constituido por enfermeros y auxiliares, aunque en la práctica existe todavía un tercer com-

¹ Licenciada en Enfermería, Consultora en Desarrollo de Recursos Humanos, Representación de la OPS en Argentina.

² Licenciada en Enfermería, Profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Buenos Aires y Consultora del Proyecto Nacional de Profesionalización de Enfermería.

³ Doctora en Ciencias de la Educación, Profesora de la Universidad de Buenos Aires y Consultora Pedagógica del Proyecto de Profesionalización de Enfermería.

ponente: los "ayudantes" o "personal empírico" sin preparación formal. En muchas provincias se han desarrollado programas de educación en servicio dirigidos al personal empírico con el fin de capacitarlos como auxiliares de enfermería. En el último quinquenio, la cifra correspondiente al personal empírico que trabajaba en los servicios de salud disminuyó en 50% aproximadamente. Sin embargo, en la mayoría de los servicios no existe una división técnica del trabajo entre enfermeros y auxiliares.

Estudios realizados por el Ministerio de Salud, ministerios provinciales y la OPS durante el período 1989 a 1993 muestran que actualmente el total de la fuerza de trabajo que realiza labores de enfermería en la Argentina es de aproximadamente 85.000 agentes (1,17% licenciados en enfermería); (29,41% enfermeros); (57,64% auxiliares de enfermería) y (11,76% personal empírico). Estas cifras muestran claramente un predominio del personal auxiliar que sumado al empírico, asciende a un 69,40%, aproximadamente.

La "atención directa" al paciente se realiza preferentemente por auxiliares de enfermería y personal empírico. Los enfermeros profesionales ocupan generalmente puestos de conducción en los servicios aunque en un número significativo de provincias los auxiliares también ocupan estos cargos, sobre todo en hospitales de mediana y baja complejidad. La marcada escasez de enfermeros ha dejado margen para que la mayor parte de la población reciba los servicios de enfermería de personal no calificado.

En la Argentina los enfermeros están luchando por incrementar el número de profesionales. Sin embargo, el problema va más allá de dimensiones cuantitativas. Aumentar el número constituye una urgente necesidad, pero esto también requiere involucrar a todo el equipo de trabajo y replantear la práctica de la enfermería como profesión en sus aspectos técnicos, institucionales y sociales, así como reorientar la organización del trabajo. Eso supone abandonar el papel pasivo, y retomar la iniciativa en la reconstrucción de la propia historia.

LA NECESIDAD COMO PUNTO DE PARTIDA

Existe consenso acerca de la necesidad de aumentar el número de enfermeros profesionales así como la posibilidad de realizar esta tarea utilizando el personal auxiliar. Diversos análisis demuestran que para lograr ese objetivo no se puede contar exclusivamente con futuros egresados de las escuelas. Además del tiempo que ese proceso de formación escolar demanda, la matrícula reducida de las escuelas y el alto índice de abandono de los estudios hacen poco promisorio pensar que los egresados de estas escuelas puedan superar esta situación.

De esa forma, se ha acordado dar apoyo al desarrollo de la formación en enfermería a partir de cursos de superación profesional para los auxiliares que se desempeñan en los servicios. Eso, al mismo tiempo que brinda oportunidades de crecimiento profesional a este grupo importante de trabajadores logra también una mejor calidad en los servicios durante el proceso de trabajo.

Durante el último decenio se ha observado que gran número de auxiliares de enfermería cuentan con estudios completos de nivel secundario, lo que constituye un prerrequisito para alcanzar estudios profesionales. Muchos de ellos llegan a este nivel educativo después de tener su certificado de auxiliar de enfermería, gracias a las facilidades que ofrece la Dirección Nacional de Educación de Adultos (DINEA). Asimismo, son muchos los auxiliares de enfermería que ingresan en las escuelas universitarias y de nivel terciario para realizar sus estudios profesionales mediante planes de estudio convencionales. La experiencia surgida de estos casos ha servido para demostrar que los auxiliares de enfermería que cursan la carrera profesional con la modalidad tradicional tenían:

- motivación y predisposición para el abordaje de ciertos contenidos teóricos;
- habilidad para organizar sus actividades en las experiencias prácticas, y
- habilidad en la ejercitación de técnicas y procedimientos de enfermería que dicho grupo posee.

Estas características se manifestaban generalmente, en el logro de algunos objetivos de las asignaturas antes que el resto de los estudiantes. Sin embargo, pocas de ellas conseguían completar las exigencias de la educación formal.

Un factor común de abandono se encuentra en la dificultad de asistir a clases y estudiar al mismo tiempo que trabajar en los servicios de salud y realizar además, otras labores. Otro factor muy importante reside en la distancia existente entre los planes de estudio tradicionales y los problemas efectivos de la práctica.

Esta realidad, sumada a la necesidad de revalorizar los saberes de los trabajadores, ha permitido identificar la ventaja de rescatar los conocimientos, experiencia laboral y motivación de los auxiliares de enfermería y facilitar su acceso a la enseñanza superior por medio del diseño de modelos educativos innovadores que permitan:

- desarrollar ofertas académicas no tradicionales que ubiquen al estudiante-trabajador en la realidad de su ambiente laboral y le permitan adquirir habilidades que contribuyan a modificar positivamente su práctica y resolver los problemas que se presentan en la atención de la salud, y

- poner en marcha un sistema escalonado y articulado de educación en enfermería que facilite el desarrollo del personal y favorezca la oportunidad de alcanzar los grados más altos de formación académica para todos y cada uno de sus niveles.

Eso ha permitido plantear el proceso de instauración de la educación permanente, involucrando a la docencia y al servicio y, al mismo tiempo, introducir y profundizar el cambio en los proyectos educativos de las escuelas como proveedoras de la educación formal, con incumbencias específicas para la titulación del personal.

Ese proceso de integración docente-asistencial alrededor de un proyecto común de desarrollo de la enfermería y los servicios, ya se ha puesto en marcha en ocho provincias: Santa Fe, que articula la Universidad Nacional de Rosario y la Dirección Provincial de Enfermería de la Secretaría de Salud; Río Negro, que a través del Consejo Provincial de Salud articula a la Dirección Provincial de Enfermería y a la Escuela Superior de Enfermería; Tierra del Fuego, que a través de su Ministerio de Salud y Acción Social articula la Escuela de Salud Pública y los Departamentos Provinciales de Enfermería de Ushuaia y Río Grande; Santa Cruz, con la Universidad Federal de la Patagonia Austral y la Secretaría de Salud; Córdoba, con la Universidad Nacional de Córdoba y el Servicio Provincial de Enfermería del Ministerio de Salud; Santiago del Estero, con la Universidad Nacional de Santiago del Estero y la Subsecretaría de Salud (Secretaría Técnica de Enfermería) y la provincia de Misiones, con la Secretaría de Salud y la Universidad Nacional de Misiones. También se desarrolla este proyecto en las provincias de La Pampa y Salta. Dada la magnitud de la provincia de Buenos Aires y la Capital Federal se inició un trabajo descentralizado en los distritos y servicios locales que se extiende a la totalidad de la provincia y Capital Federal, respectivamente. En todos los casos, se ha contado con la activa cooperación técnica de la OPS.

El proyecto presenta desarrollos diversos según las distintas provincias pero configura un proceso ya iniciado con fuerte impulso por parte de todos sus miembros. A fines de 1993, el proyecto recibió apoyo político mediante las Resoluciones Ministeriales 1027 y 3340 firmadas por los Ministerios de Salud y Educación del país, respectivamente, así como la Reglamentación de la Ley Nacional del Ejercicio de la Enfermería.

EL PROBLEMA Y LA OPORTUNIDAD DE INTERVENCIÓN ESTRATÉGICA

El objetivo de profesionalización de los auxiliares de enfermería —más allá de formarlos y diplomarlos como profesionales— tiene una

importancia estratégica ya que representa una oportunidad para mejorar la calidad de atención en los servicios y, al mismo tiempo, impulsar un proceso transformativo en el conjunto de la enfermería en estos contextos. Si se profundiza en esta urgente necesidad, es posible resolver el problema de los servicios y de la docencia en enfermería en toda su integridad.

La búsqueda de profesionalización del personal auxiliar de enfermería lleva a la constitución de un plan basado en métodos no convencionales, a través de los cuales se trata de recuperar los saberes de estos trabajadores, integrándolos al proceso formativo para la progresiva construcción de conocimiento profesional y la adquisición de las destrezas necesarias para el desarrollo de los servicios de enfermería. Esto supone:

- partir de la práctica para superar las deficiencias de formación y desarrollar conocimientos técnicos unidos a la comprensión de sus fundamentos;
- revertir la situación actual de “todos hacen todo”, y avanzar hacia la división técnica del proceso de atención dentro de la perspectiva del trabajo solidario y cooperativo, y con ello redefinir al equipo de salud y sus relaciones;
- quebrar la lógica burocrática que, como inercia, regula la práctica actual que se apoya en “el olvido” de los fines. Se trata de reconstruir los valores que sustentan las prácticas y retomar el compromiso con el esfuerzo colectivo, con la salud de la población y de las personas, y
- superar la concepción restringida de los problemas limitada a las rutinas, para incorporar reflexivamente el análisis dentro del marco político-sanitario y la visión ampliada de la profesión en su historia, su presente y su futuro.

Se presenta entonces la oportunidad de intervenir para producir transformaciones profundas de las prácticas sociales y profesionales de la enfermería, a partir de la profesionalización de los actores directos de la producción del servicio: los auxiliares.

El desafío se expresa en la **ampliación de la conciencia socio-profesional como base de la transformación de las prácticas**. Como repercusión, se espera que el cambio cualitativo de dichas prácticas fortalezca esta conciencia y la comprensión de los obstáculos y de los docentes facilitadores del programa.

Con estos propósitos, es necesario introducir procesos educativos en profundidad dentro del enfoque de educación permanente, que colaboren con la profesionalización, la dinamización de nuevos enfoques educativos en las escuelas y el desarrollo de la iniciativa de los grupos profesionales.

Actualmente se está trabajando para aunar esfuerzos entre los tres estamentos (servicio, docencia y asociaciones profesionales y gremios) para identificar, definir y analizar los problemas, investigar sus causas y a partir de estas, determinar las acciones a ser cumplidas, con la finalidad sustantiva de mejorar la calidad del servicio como un aporte al bienestar de la población. En la mayor parte de las provincias en las que se desarrolla este proceso ya se han logrado convenios y redes de apoyo.

La metodología de integración de "estudio-trabajo" alrededor de la problematización de la práctica impulsa la propuesta pedagógica, apoyándose a veces en materiales de educación a distancia que faciliten la continuidad de las actividades durante períodos de "desconcentración" de los grupos. Se espera así, avanzar en la construcción de nuevas prácticas de atención asociadas al proceso pedagógico de la profesionalización.

LOS MOMENTOS EN EL DESARROLLO DEL PROCESO

El comienzo del proyecto

Como punto de partida, cada organismo de conducción del personal de enfermería que pertenece a las direcciones de recursos humanos de los ministerios de salud provinciales realizó, con la cooperación técnica de la OPS, un análisis contextual de la situación de la enfermería, identificó las problemáticas y dio prioridad a sus necesidades más urgentes. En todos los casos se observó la carencia cuantitativa en la composición y práctica de los equipos de trabajo y se distinguió como principal obstáculo la falta de enfermeros profesionales en la prestación de servicios de enfermería.

A partir de eso, se planteó como prioridad la profesionalización de los auxiliares de enfermería, como base para mejorar el proceso de atención en salud y lograr el incremento de enfermeros profesionales. Así se inicia, entonces, el proceso preparatorio del proyecto.

Se estudió la composición de los grupos, y se verificó que aproximadamente el 50% de los auxiliares reúnen los prerrequisitos de estudios secundarios completos y que poseen una alta motivación ante la oportunidad de la profesionalización. Para el resto de los auxiliares que deben completar la enseñanza media, se realizan en cada provincia convenios con la DINEA, organismo competente del Ministerio de Educación, para el desarrollo de cursos de escolaridad media, que los coloque en igualdad de condiciones para proseguir con sus estudios.

Si bien la posibilidad de acceder a la profesionalización en enfermería está abierta para todos, se prioriza, en una primera fase, la in-

corporación al programa de los auxiliares que prestan atención directa a pacientes en los servicios de salud.

Al mismo tiempo, se seleccionó a los docentes-facilitadores para el desarrollo del curso de profesionalización dentro del enfoque de integración de estudio-trabajo. Para eso, se verificó en cada lugar la disponibilidad de enfermeros profesionales dispuestos a entrar en el proceso y perfeccionarse para realizar la tarea, tanto en aspectos técnico-profesionales como pedagógicos.

Así, se conforman en cada provincia grupos de docentes-facilitadores, al que se incorporan tanto enfermeros de los servicios como docentes de las escuelas de enfermería. De esa forma se tiende a mejorar la capacitación de los enfermeros para sostener procesos de educación permanente en el mismo ámbito de trabajo y reorientar procesos educativos en las escuelas.

El diseño de un currículo integrado y las transformaciones en las escuelas de enfermería

El proceso de profesionalización de los auxiliares de enfermería sirve para reorientar el sistema formativo de las escuelas, profundizar el análisis de los enfoques pedagógicos y perfeccionar a sus docentes en metodologías de integración de la educación al proceso de trabajo. También permite avanzar hacia el cambio curricular.

Todos los grupos docentes trabajan intensamente en esta transformación, conscientes de la necesidad de superar el currículo tradicional y desarrollar uno alternativo que integre el estudio y el trabajo en los servicios de salud. Las reuniones se suceden una vez por mes, en seminarios de análisis y diseño curricular alrededor de los tres campos que articulan los ejes del proceso de atención en enfermería y las necesidades de la formación profesional que son: los fundamentos de la enfermería, la salud maternoinfantil y la salud del adulto y del anciano.

En estos ejes se reconstruye el saber desde la práctica y se articula progresivamente con el conocimiento sistemático necesario a la formación profesional y a los requerimientos legales de la formación de enfermería necesarios para la titulación. Para ello se construyen tablas de equivalencias entre el currículo tradicional y el nuevo currículo integrado, de modo que todos sus contenidos se estudien desde el propio proceso de atención en los servicios de salud. Eso supone, al mismo tiempo, recuperar los saberes previos de los sujetos construidos en el ámbito de trabajo y la permanente referencia al análisis en cuanto a materia de salud de la población.

Las transformaciones en los servicios de salud y en las prácticas de atención

El proceso de profesionalización representa una importante contribución para el desarrollo de los servicios de enfermería al permitir aumentar en cantidad y calidad el número de enfermeros que dan atención de salud efectivamente. Actualmente hay en cada provincia entre 80 y 100 auxiliares inscritos y aproximadamente 20 facilitadores, lo que muestra una razón auxiliares/facilitadores de 1:4.

Es importante destacar la cuestión del incremento de la calidad en la producción del servicio, en cuanto a que ese proceso de profesionalización apunta a reorientar el modelo de atención dirigido hacia el cuidado integral y no burocratizado. El estudio de la práctica, el fortalecimiento de los conocimientos y la permanente reflexión hacia el compromiso con la humanización de la atención permiten transformar las prácticas actuales.

Dentro de esa transformación se trabaja para fortalecer la acción del equipo de enfermería, evitar su segmentación interna y consolidar lazos de cooperación entre sus miembros y con el resto del equipo de salud. Los uno el objetivo de la calidad en la atención de la salud y el compromiso con la población.

Otro producto importante del programa es la implantación de procesos de educación permanente en los equipos de enfermería que no los desarrollan actualmente y/o la reorientación de su enfoque en los que ya lo practican. Ello implica introducir un factor dinamizante en la gestión de los equipos que proceda a su continuo perfeccionamiento y supere las nociones meramente fiscalizadoras de la supervisión en el servicio incorporándoles la óptica educativa y transformadora.

Un aspecto importante para la concreción de estos cambios se encuentra en la actualización profesional de los enfermeros-facilitadores que participan en el programa de profesionalización. La capacitación de estos agentes da la oportunidad de revisar y fortalecer su labor con conocimientos y enfoques sustantivos, en aspectos técnico-profesionales y educativos que fundamenten una nueva práctica alternativa a la vigente.

El papel de los organismos de gestión y los aportes para su transformación

El proceso iniciado lleva también a fortalecer la capacidad técnica y política de los órganos de gestión ministerial, en sus departamentos o direcciones de enfermería. Ello se alcanza a través de un proceso sistemático de diagnóstico de la situación de salud y de los recursos humanos y del

desarrollo de la capacidad de gestión de los problemas, articulando esfuerzos con los distintos estamentos de la comunidad para su superación. El fortalecimiento técnico en la administración de los recursos humanos incluye, al mismo tiempo, la revisión crítica de los actuales organigramas y descripciones de funciones, así como el reconocimiento laboral permanente de los logros alcanzados por la educación en servicio.

Para sostener el avance de las actividades del programa y de las futuras acciones a realizar, se ha procedido a incorporar y capacitar —como otro producto del programa de profesionalización— a un pedagogo comprometido con estos proyectos en cada departamento o dirección provincial de enfermería. Con ello se aspira a consolidar los procesos de educación permanente mediante el trabajo interdisciplinario con educadores experimentados.

Como otro logro importante cabe destacar que el Ministerio de Salud y Acción Social nombró a la Comisión Nacional Coordinadora de Recursos Humanos en Enfermería para apoyar el desarrollo del personal de enfermería. Esta Comisión apoya técnicamente, desde el nivel central, el desarrollo del Proyecto de Profesionalización de Enfermería, que, experimentalmente y durante seis años, se desarrollará en todo el país para alcanzar el número de enfermeros que se necesita.

Los resultados educativos: seguimiento y evaluación

La evaluación de los logros en el aprendizaje de los auxiliares que participan del programa de profesionalización requiere otros criterios distintos a las clásicas formas académicas, en especial teniendo en cuenta los propósitos enunciados y el hecho de que los estudiantes son trabajadores que están dentro de los servicios de salud.

Por eso, se adoptó como criterio de seguimiento y evaluación pedagógica un sistema de puntajes que discrimina los resultados de la siguiente forma:

- cincuenta por ciento (50%) en la transformación de los saberes, considerando como punto de partida los saberes acumulados en la práctica laboral y los avances en los nuevos conocimientos;
- cincuenta por ciento (50%) de los puntajes relativos a las transformaciones realizadas en los servicios; lo que implica evaluar el impacto del proceso educativo en los cambios operados en el proceso de atención, en la organización del trabajo, en el trabajo cooperativo del equipo y en los nuevos procedimientos profesionales que se incorporen a la producción del servicio.

Con ello se busca acercar estrechamente el trabajo y la educación, considerando la fundamental importancia de los efectos sociales del aprendizaje en la práctica laboral.

Los obstáculos y las tendencias para superarlos

El principal obstáculo que se ha encontrado hasta el momento es la dificultad en conseguir un número apropiado de enfermeros docentes-facilitadores, no solo por la escasez de enfermeros profesionales sino también porque es necesario establecer un sistema de estímulos laborales debido a la poca remuneración que perciben y al cúmulo de tareas que desarrollan.

Para superar este problema se trabajó intensamente con los organismos de gestión para liberarlos de algunas responsabilidades mediante un sistema vigente denominado "comisión de servicios" que les permite un horario ajustado dentro del programa.

Se ha conseguido también que en algunos lugares se les otorgue un incremento salarial y/o se les extienda un certificado de especialización a los enfermeros que están en puestos de atención directa y/o conducción y que actúan como "docentes facilitadores", en reconocimiento al aprendizaje que han adquirido durante su preparación-actualización y como facilitadores de la educación permanente en servicio.

Se espera que muy pronto se consiga que la Universidad reconozca este certificado como el equivalente de la Residencia en "Enfermería Clínica" y en Gerencia de Servicios de Enfermería, que actualmente se desarrolla con muy débil impacto en la transformación del modelo de atención vigente.

HACIA LA PROFESIONALIZACIÓN DE UNA PRÁCTICA

Como síntesis y reflexión final acerca de lo presentado y de la evolución de estas iniciativas, es conveniente plantearse todo lo que implica la profesionalización de una práctica. En esta dirección cabe destacar que profesionalizar conlleva:

- la profundización en el saber de enfermería, fortalecer sus bases de conocimiento y reflexionar críticamente sobre sus enfoques y supuestos;
- la profundización en la producción de nuevos conocimientos por el uso de métodos científicos en la prestación del cuidado de enfermería. Ello lleva al análisis permanente de la práctica contextualizada y a la elaboración de nuevas formas de acción sólidamente fundadas;
- al afianzamiento de la ética profesional y del compromiso como aspecto inherente a la profesión, contraria a cualquier visión individualista

y mercantilista de la prestación del cuidado en salud, así como a la constante vigilancia sobre las propias acciones.

Así concebido, profesionalizar una práctica va mucho más allá de una mera distribución de horas de un currículo o de la transmisión de contenidos abstractos para convertirse en una herramienta de transformación.

Profesionalizar una práctica es también un camino fecundo para la tan frecuentemente reclamada "integración docente-asistencial", en la medida en que dinamiza la institución educativa —a través del repensar pedagógico y profesional de los grupos de docentes— y opera cambios en el propio servicio, a través de los facilitadores, y orienta la reelaboración de las prácticas vigentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Davini MC. *Bases conceptuales y metodológicas para la educación permanente en salud*. Buenos Aires: OPS; 1989.
- Argentina, Ministerio de Salud, Departamento Provincial de Enfermería, Universidad Nacional de Rosario, Escuela de Enfermería. *Plan de desarrollo provincial de enfermería*. Santa Fe; 1991.
- Argentina, Departamento Provincial de Enfermería, Universidad Federal de la Patagonia Austral. *Plan de desarrollo provincial de enfermería*. Santa Cruz; 1991.
- Argentina, Departamento Provincial de Enfermería, Subsecretaría de Salud Pública. *Plan de desarrollo provincial de enfermería*. La Pampa; 1992.
- Argentina, Dirección General de Enfermería, Consejo Provincial de Salud, Escuela Superior de Enfermería de Allen. *Plan de desarrollo provincial de enfermería*. Río Negro; 1992.
- Argentina, Dirección General de Enfermería, Consejo Provincial de Salud Pública, Unión Personal Civil de la Nación. *Programa de profesionalización de auxiliares de enfermería*. Río Negro; 1993.
- Argentina, Ministerio de Salud, Universidad Nacional de Rosario, Escuela de enfermería. *Proyecto de profesionalización de auxiliares de enfermería*. Santa Fe; 1992.
- Argentina, Subsecretaría de Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Provincia de Tierra del Fuego e Islas del Atlántico Sur. *Plan de desarrollo provincial de enfermería*. Ushuaia; 1991.
- Espino S, Curtis Z, Díaz D, Davini C. *Capacitación permanente del personal empírico de enfermería para su nivelación como auxiliares*. Buenos Aires: OPS; 1990.
- Espino S. *Desarrollo de enfermería en la Argentina: una experiencia de investigación-acción*. Buenos Aires: OPS; 1992.
- Espino S, Heredia AM. *Plan de estudio para la profesionalización de auxiliares de enfermería*. Buenos Aires: OPS; 1993.
- Espino S, Heredia AM. *La enseñanza de fundamentos de enfermería como área básica del plan de estudios de la formación de enfermeras*. Buenos Aires; 1993.
- Heredia AM, Espino S. *El cuidado de la salud del adulto como componente del plan de estudio de la formación de enfermeras profesionales*. Buenos Aires; 1993.
- Manfredi M. ¿Es necesario promover el liderazgo en enfermería para el avance de los programas docente-asistenciales? *Educación Médica y Salud*. 1988;22(1):3-11.
- Matus C. *Planificación, libertad y conflicto*. Caracas: PNUD/MSAS; 1984.

Organización Panamericana de la Salud. *Propuesta de lineamientos teóricos-metodológicos para la reelaboración del currículo de formación de enfermeras*. Buenos Aires: OPS; 1989.

Organización Panamericana de la Salud. *Proyecto de cooperación técnica para el desarrollo de enfermería en Argentina*. Buenos Aires: OPS; 1989.

Organización Panamericana de la Salud. *Educación permanente del personal de salud en la Región de las Américas. Propuesta de Orientación*, fascículo I. Washington, DC: OPS; 1990. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos 78).

Organización Panamericana de la Salud. *Las ciencias sociales en la formación, la investigación y la práctica de la enfermería*. Washington, DC: OPS; 1990. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos).

Organización Panamericana de la Salud. *El papel de la enfermería en el cuidado al adulto con énfasis en la promoción de la salud*. Washington, DC: OPS; 1992. (Documento interno).

Organización Panamericana de la Salud. *Proyecto de cooperación técnica para la profesionalización de auxiliares de enfermería en la República Argentina*. Buenos Aires: OPS; 1992.

Roschke MA, Casas ME. Contribución a la formulación de un marco conceptual de educación continua en salud. *Educación Médica y Salud*. 1987;21(1):1-10.

Santos I, Roschke MA, Souza A. *El proceso educativo. Educación permanente del personal de salud en la Región de las Américas*, fascículo IV, Washington, DC: OPS; 1989 (Serie Desarrollo de Recursos Humanos).

LLA PREVENCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE RIESGO Y LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN EL DESARROLLO DE LA SALUD¹

Gustavo I. de Roux

EL CARÁCTER SOCIAL DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Considerar la salud como equivalente a bienestar y no solo como "ausencia de enfermedad" significa entenderla también como activo social y como bien deseable. Por eso, cuando se piensa en el papel del sector salud en la sociedad, se impone aceptar que este no puede circunscribirse exclusivamente a reparación de daños y atención de enfermos y que debe contribuir a la integridad y desarrollo de potencialidades de personas y grupos. En consecuencia, para formar agentes de salud, deben transmitirse conocimientos y forjarse destrezas que habiliten para explicar, diagnosticar y tratar la enfermedad con suficiencia, y reparar traumas utilizando con idoneidad tecnología avanzada. Pero también, se debe propender por desarrollar en ellos competencias y criterios que los faculten para ejercer liderazgo social en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Difícil será lograr salud para todos dentro de sociedades enfermas. De ahí la necesidad de ver el desarrollo de la salud como el resultado de armonizar procesos de carácter social e individual igualmente importantes: los dirigidos a evitar la enfermedad, y los orientados a curarla; los encaminados a prevenir daños, y aquellos encauzados a repararlos; los que

¹ Texto adaptado por el autor, de su conferencia "Prevención de Riesgos y Promoción de Comportamientos Saludables: Componentes Integrales de la Formación Médica", presentada en el "Seminario Nacional de Currículum: Educación para la Crisis", realizado en Cali, Colombia, en junio de 1993 y auspiciado por la Facultad de Salud de la Universidad del Valle.

ofertan opciones saludables, y los que proporcionan servicios para restaurar y recuperar la salud. Estas vertientes deben conjugarse con base en el principio según el cual, aunque hay que atender debidamente la enfermedad, es mejor precaver que la gente se enferme.

La promoción de la salud, que busca contribuir a la creación de condiciones que sustenten el bienestar, constituye un proceso de fortalecimiento de la capacidad de la población para verificar, acrecentar y mejorar su salud. Ese carácter social proscribire reducir la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud a acciones de mero impacto individual. Por un lado, porque los comportamientos y los hábitos tienen determinantes culturales y están sujetos a refuerzos colectivos. Por otro, porque las enfermedades y traumas tienen condicionantes ambientales y sociales.

Promover la salud, en un sentido amplio, consiste en animar procesos para remover limitantes del bienestar humano. En América Latina, como lo expresó la Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (1), se viven situaciones de inequidad, violencia y deterioro social y ambiental, que afectan tanto la dignidad de las personas como sus posibilidades de realización plena. La promoción de la salud, como lo señala la Declaración mencionada, debe identificar los factores que favorecen la inequidad, proponer acciones para aliviar sus efectos y alcanzar bienestar, y hacer que las instituciones de salud actúen como agentes de cambio de conductas y actitudes de la población. Como mecanismo de acción, "comprende todos los pasos relacionados que permiten que las personas alcancen todo su potencial en cuanto a la salud, cumplan sus diversas funciones sociales y disfruten de la máxima calidad de vida que esté a su alcance" (2).

La promoción de la salud es campo de intervenciones transdisciplinarias liberadas del dominio de la medicina y que desafían al sector salud a enfrentar nuevas responsabilidades (3). Tres son los grandes objetos (4), sobre los cuales la promoción de la salud debe fijar ineludiblemente su atención: el impulso y aliento de estilos de vida saludables, el fortalecimiento de los servicios de salud para hacerlos más accesibles, eficientes y de mejor calidad, y la creación de ambientes saludables. Los estilos de vida que deben alterarse están referidos a conductas, hábitos, costumbres y consumos, definidos social y culturalmente, que ponen en riesgo la salud. Modificar estilos de vida significa trastornar comportamientos con frecuencia rutinarios y fuertemente arraigados en sistemas de creencias y en tradiciones culturales.

Comportamientos arraigados en mitos

Los sistemas tradicionales de creencias suelen ser muy complejos pues incluyen no solamente representaciones imaginarias, sino además co-

nocimientos acumulados, supersticiones y mitos compartidos. Los universos imaginarios constituyen el cimiento de estructuras de pensamiento, de marcos referenciales desde los cuales se interpretan los fenómenos de la vida y la muerte, de la salud y la enfermedad, y desde donde se justifican las ocurrencias naturales y del diario vivir. En esos universos, los mitos tienden a ocupar un lugar preponderante como instrumento explicativo de hechos y fenómenos, en ausencia de explicaciones con base científica.

Los mitos son una parte real de todas las sociedades. Por eso, lo que Malinowski señaló (5) en la segunda década de este siglo sobre los mitos en comunidades primitivas, bien puede aplicarse en alguna proporción a sociedades de hoy en día, complejas y letradas. Según Malinowski, los mitos no son historias que se cuentan, ficciones fantásticas, o simple alegorías. Son resurrecciones narrativas sobre realidades vivientes, que expresan la esencia de los símbolos. Los mitos manifiestan, exaltan y codifican las creencias y salvaguardan las claves morales con reglas prácticas para guiar el comportamiento humano. Los mitos, ingredientes vitales de la civilización humana, son representaciones dinámicas que le imprimen un carácter particular a las creencias y a la sabiduría populares. Constituyen una extensión de los conocimientos objetivos de que se dispone y ofrecen confianza bajo situaciones de incertidumbre.

Las creencias mítico-mágicas y su complemento científico se articulan para configurar un sistema de pensamiento lógico, cuyos componentes se apoyan mutuamente para proporcionar un esquema racional interpretativo de causación del orden natural y del social. Por eso, el pensamiento predominantemente mítico no es ilógico, prelógico o irracional. Es un pensamiento cuyo desenvolvimiento permite hacer interpretaciones procedentes y fundamentadas, a partir de las relaciones operatorias entre sus componentes constitutivos, aunque las conclusiones que se deriven no se correspondan siempre con la verdad científica.

Cuando el pensamiento lógico está determinado por elementos míticos, los fenómenos de salud y enfermedad se codifican desde ese marco de referencia, dando lugar a comportamientos particulares que se corresponden con su trans fondo explicativo. Si en una cultura determinada se entiende la enfermedad como producto de maleficios provocados por enemigos, el remedio natural será el amuleto que aísla y protege contra interferencias externas; pero si se le entiende como resultado de temperaturas, se tratará la dolencia con plantas frías o calientes según el caso.

Los simbolismos míticos, como los religiosos, son totalizantes y no dan lugar a intentos para justificarlos. El mito se da como respuesta, como explicación final de un evento, y se ofrece con una fuerza autoritaria incuestionable y muy poderosa. Precisamente en la capacidad afirmativa que tienen los mitos, radica la dificultad para transformar prácticas y comportamientos de salud que se apoyen en ellos. Los mitos configuran creen-

cias que se arraigan firmemente, sustentándose en el increíble poder explicativo que tienen lo sobrenatural y lo oculto y sobre cuya validez no se discute (6).

Para transformar el pensamiento mítico es necesario ubicar cualquier idea nueva dentro del conjunto de representaciones de que ya se dispone y que constituyen el marco de referencia lógico. Ese procedimiento exige utilizar mecanismos que permitan develar la estructura de causalidad del pensamiento pragmático de la gente y sus interpretaciones fenomenológicas sobre hechos relacionados con la enfermedad y con la salud.

Cambiar hábitos y comportamientos arraigados en mitos es difícil y su posibilidad dependerá en última instancia de la capacidad de los agentes de salud. La habilidad técnica y científica que posean será insuficiente. Tendrán además que estar capacitados para aproximarse a la población, entrar en sintonía con sus interpretaciones y descubrir con ella las claves para mejorar la salud. La gente no reemplaza fácilmente creencias ancestrales por nuevos conocimientos y, por eso, es importante develarlas, entender su racionalidad, sentido y significado, para poder erosionarlas y recomponer una visión esclarecida de la enfermedad y de la salud que se traduzca en comportamientos saludables.

Comportamientos nocivos con conocimientos saludables

La salud constituye un interés general para todas las personas, pero cuando se trata de actuar individual o colectivamente para mejorarla no siempre representa suficiente atractivo. La gente se motiva normalmente más por la enfermedad que por la salud y tiende a considerar las enfermedades como problema únicamente cuando se siente enferma. En situaciones epidémicas percibidas por la población como de alta peligrosidad, se genera predisposición para enfrentarlas. Pero no así frente a endemias que no necesariamente son, a pesar del daño que causen, reconocidas siempre como nocivas. Tal sucede en el caso de dolencias a las cuales se esté culturalmente adaptado por hacer parte de la vida cotidiana. Una población que haya estado siempre parasitada no tendrá referentes para considerar la parasitosis como algo anormal.

Es de común ocurrencia, además, encontrar situaciones en que la población identifica causas, síntomas, los ciclos de la enfermedad y los mecanismos para prevenirla, pero sus comportamientos y prácticas no se corresponden con ese conocimiento. En una encuesta realizada a finales de 1992 por un diario bogotano se evidenció que la gran mayoría de personas interrogadas sabían cómo se trasmite el SIDA, pero que una proporción importante de ellas no utilizaba condón para evitar el contagio en sus relaciones sexuales.

Todas estas razones dan cuenta de divorcios existentes entre las prioridades de salud que tiene la gente y los comportamientos saludables esperados por las instituciones sanitarias; entre el conocimiento que pueda poseer la población sobre un riesgo particular, y su conducta concreta. Además, obligan a repensar los enfoques de capacitación en salud para la población, pues el sobre-énfasis que se pone habitualmente en la transmisión y circulación de saberes con la pretensión de forjar conductas en razón del conocimiento mismo, puede traducirse en malversación de esfuerzos. La promoción de la salud obliga a explorar y explicar los desfases y rupturas entre conocimientos, actitudes y prácticas, y a configurar propuestas de acción y capacitación comunitaria que viabilicen la armonía entre cognición y comportamiento.

La etiología social de comportamientos de riesgo

Prevenir comportamientos de riesgo hace referencia a proposiciones para transformar procederres individuales que amenazan la salud, o reforzar características personales que disminuyan la probabilidad de enfermar. Las estrategias de prevención, destinadas a individuos y grupos contingentes, deben fundamentarse sobre el conocimiento de la etiología y racionalidad de los comportamientos de riesgo. Esto, para elaborarlas sobre razones que den cuenta de la complejidad de factores que se entrelazan para determinar conductas perjudiciales para la salud. Además, para construirlas con ilustración suficiente sobre la trama de componentes, individuales y sociales, que contribuyen a configurar los comportamientos de riesgo.

Con frecuencia se combinan causas biológicas, psicológicas, sociales y culturales, para fijar una conducta particular. Una deficiencia metabólica determinada genéticamente podría, por ejemplo, provocar un comportamiento específico. En otros casos, podrían ser los problemas de personalidad originados en la niñez temprana; y, en otro más, la presión social de un grupo como la que puede ejercer una pandilla sobre sus integrantes. El hecho es que, por lo general, un solo factor no da cuenta de un comportamiento nocivo. Los factores biológicos y ambientales interactúan permanentemente, en diferente forma e intensidad, dificultando adscribir a una causa única la etiología de un comportamiento específico.

El ejemplo del alcoholismo puede servir como ilustración. Es aceptable suponer que ciertos problemas de personalidad que podrían inducir al alcoholismo, encuentran su origen en la niñez o en algún momento crítico de la vida del individuo, anterior a su iniciación al consumo invertado de licor. Pero, además de las condiciones relacionadas con la personalidad individual, los entornos social y cultural juegan un papel fun-

damental en la formación de patrones y hábitos de consumo de alcohol (7). Ser buen bebedor es sinónimo de "hombría" en muchas culturas. De allí el espejismo y atractivo que pueda ejercer la bebida sobre varones adolescentes en proceso de afirmación e identificación con modelos que exalten la masculinidad.

La valoración que le otorga la sociedad, la comunidad o el grupo, a placeres reales o figurados asociados con el consumo social de sustancias nocivas, rutiniza su usanza en ambientes colectivos y los convierte en conductas sociales. Estas, una vez asimiladas y legitimadas culturalmente, son envolventes y estimulan y refuerzan actitudes y prácticas individuales. El carácter social de los consumos de alcohol, tabaco y drogas, aviva la reproducción indefinida de comportamientos de riesgo por cuanto socializa consumidores prospectivos y revigoriza hábitos previamente adquiridos.

Los patrones de alimentación responsables de la obesidad, elevación de lípidos en la sangre, e hipertensión —factores coligados al riesgo de enfermedades cardiovasculares— están fuertemente arraigados en tradiciones y costumbres, o se inspiran en imaginarios sublimados por la propaganda comercial de productos alimenticios. Las pautas de conducta responsables de la transmisión de enfermedades de origen sexual responden en parte a percepciones y estereotipos desprendidos de los referentes culturales que, en materia de sexualidad, dispone la población.

Los comportamientos agresivos que dinamizan las espirales de violencia, encuentran en buena medida su razón en las condiciones sociales, políticas y jurídicas predominantes en las sociedades. Las conductas violentas no pueden explicarse únicamente por la naturaleza humana pues su fundamentación va más allá de las personas tomadas aisladamente. Toda la carga psicológica que alienta comportamientos agresivos se nutre y estalla en ambientes sociales. Por eso, no puede descifrarse la lógica de la violencia con claves individuales ni aislándola de sus ensamblajes socioculturales. El empalme de caracteres negativos del individuo y de la sociedad produce los cortocircuitos que detonan la violencia.

Algunas conductas violentas tienen que ver con frustraciones e insatisfacciones que brotan, en comunidades postergadas, al ritmo de las pulsaciones cotidianas por sobrevivir. El hacinamiento, el desempleo, la desnutrición, la falta de oportunidades, los degarres en las estructuras familiares, son fuente permanente de tensiones y conflictos. Aunque no se puede explicar la violencia únicamente en función de la pobreza, es evidente que esta constituye un componente de su etiología. Sin cambios sustantivos en las condiciones de vida en dichos ambientes, promovidos desde la sociedad mayor, es harto improbable que pueda superarse la violencia.

La intensidad de la agresión y su frecuencia dependen en buena medida de la percepción que se tenga sobre la efectividad de la violencia como instrumento para lograr fines concretos. Su instrumentación exitosa

la vuelve más frecuente y persistente, expande los comportamientos agresivos (8) y contribuye a hacer de la violencia una cultura que empapa toda la vida social. Las culturas de violencia abrevan en muchas fuentes y se manifiestan de diversas maneras en diferentes contextos sociales. La violencia intangible, figurada o simbólica, el maltrato verbal, la imposición de asimetrías en las relaciones sociales y de género, son ejemplos de violencias de común ocurrencia dentro de familias, escuelas y comunidades, con las que se atropellan derechos sin tener que recurrir al concurso de agresiones físicas.

Algunas actitudes contribuyen a la reproducción de la violencia. La indiferencia, la tolerancia y el miedo, ayudan a ocultarla, a que no se le condene y enfrente y a que permanezca encubierta e irresuelta. La dimensión y regularidad de la violencia en algunos países de la Región, al convertirla en algo normal y cotidiano, ha tendido a invisibilizarla y hacer, como lo señala Franco (9), que la gente la viva en silencio como una fatalidad inevitable.

Finalmente, suelen aparecer comportamientos nocivos en el sector público que refuerzan conductas individuales dañinas para la salud. Algunos se enmascaran, como la corrupción, que tiene una marcada relación con la violencia; otros, se dan en forma más abierta: la impunidad, la permisividad, y estímulo inclusive, a la adquisición de armas de fuego por la población civil, a los consumos de alcohol, tabaco y otras sustancias tóxicas, a la transmisión de episodios violentos en los medios de comunicación masiva. El hecho es que los comportamientos individuales que ponen en riesgo la salud, propia o la ajena, son en buena medida producto del ambiente, la cultura, y de condiciones y comportamientos sociales.

Algunos enfoques y estrategias

El componente sociocultural en la etiología de muchos comportamientos y estilos de vida que ponen en riesgo la salud, exige intervenciones variadas sobre conductas y estilos de vida que demandan ser modificados sobre sus determinantes sociales y culturales, y sobre factores que deben ser fortalecidos para cautelar su aparición. En otras palabras, la complejidad de situaciones que animan modos particulares de vida y comportamientos que ponen en riesgo la salud, invita a pensar en estrategias integrales de prevención y promoción con incidencia potencial sobre su amplia variedad de determinantes, así como también en maniobras que anticipen el surgimiento de conductas nocivas, al reforzar características individuales y sociales que contribuyan a evitarlas. Acciones que, por ejemplo, habiliten a las familias para mejorar la calidad de la comunicación intrafamiliar, para entregar afecto a los hijos, ofrecerles seguridad, ense-

ñarles a manejar sus crisis emocionales y frustraciones y, así, garantizarles su funcionamiento psicológico adecuado.

Las acciones dirigidas a precaver la formación de hábitos que afecten la salud o la consolidación de estilos de vida que la desfavorezcan, pasan también por la sensibilización sobre los significados reales de conductas dañinas. En ese proceso caben todas aquellas actividades orientadas a educar y concientizar en los espacios escolares, los debates y discusiones públicas, la transmisión de mensajes a través de los medios de comunicación, así como la creación de oportunidades para analizar y expresar los problemas en forma franca, exponer abiertamente los mitos y mostrar mecanismos que permitan armonizar los impulsos vitales con valores positivos y comportamientos saludables.

Las estrategias de promoción de la salud y prevención de comportamientos de riesgo deben incidir sobre la esfera de las políticas y propender por el establecimiento de normas de carácter jurídico, que actúen como barreras contra la formación y expresión de conductas lesivas. Con relación al comercio de licor existen por ejemplo, en algunos países, restricciones que prohíben su venta a menores de edad. En Cali, se tiene una demostración del efecto de acciones legales sobre la disminución de la mortalidad y morbilidad ocasionadas por accidentes de tránsito. Con el establecimiento de la ley semiseca que sanciona el expendio de licor después de una determinada hora, se logró reducir significativamente el número de accidentes ocasionados por conductores que ingieren alcohol y, por consiguiente, las muertes y lesiones personales de allí derivadas (10).

Hay casos donde las modificaciones legales se logran por efecto de la acción ciudadana. Un ejemplo lo constituye el esfuerzo de un grupo de personas que empezó en Colombia, durante la segunda mitad de 1992, un proceso de movilización de opinión con el objeto de presionar al Estado para que regule y controle emisiones televisivas que incitan a la agresión y enaltecen valores y conductas violentas para resolver desavenencias y conflictos. Este grupo argumentaba que no es posible mantener los imperativos ineludibles que hacen viable a la sociedad, si se utiliza la extensa influencia de la televisión para promover modelos de conducta que riñen con la salud y con la vida (11). Estas acciones de movilización por el fortalecimiento de culturas de convivencia son, sin lugar a dudas, de prevención de daños y promoción de la salud.

La remoción de condiciones que favorecen la inequidad y preceptúan comportamientos y estilos de vida riesgosos, conmina a estimular procesos de movilización social por el desarrollo de la salud. En ese sentido, hay que animar el surgimiento de grupos con capacidad para ejercer protagonismo en la promoción de la salud. Ahora bien, para construir protagonismo se requieren estrategias de comunicación social que ofrezcan información y contribuyan a sensibilizar a la población, a formar opinión

e ilustrar ampliamente sobre posibles alternativas de acción. Pero además, es indispensable incorporar a la población — mediante otros mecanismos — en el análisis de causalidad de sus comportamientos y estilos de vida, en la elaboración de explicaciones y en la configuración de opciones para promover conductas convenientes y modos saludables de vivir. Esto, porque la gente se apropia y pone en práctica más fácilmente aquellas soluciones en cuyo diseño ha participado.

Algunos enfoques pueden ser de utilidad para ese propósito. La **programación participativa**, por ejemplo, involucra el conocimiento vernáculo, la fenomenología popular y las ideas e iniciativas que tiene la gente, al proceso de programación. Constituye un ejercicio donde convergen diversos actores sociales e institucionales con sus propias concepciones e interpretaciones y donde se expresan puntos de vista desde intereses y racionalidades diferentes. Por cuanto se trata de eventos que incorporan a la población en el análisis colectivo de comportamientos y estilos de vida nocivos, permite avanzar hacia la reelaboración de una visión enriquecida de su etiología sociocultural con elementos derivados tanto de los referentes tradicionales como del conocimiento científico. Además, al asumir colectivamente el diseño de opciones y de soluciones compromete, en su ejecución, a todos los actores intervinientes.

La **investigación acción participativa** es un paradigma que privilegia la producción de conocimiento en escenarios colectivos, recurriendo a las contribuciones que hacen los participantes con base en su propia experiencia, sentido común y racionalidad particular. Además, por cuanto autentiza la intencionalidad del conocimiento en función de su potencial para transformar condiciones existentes, privilegia la acción, y la reflexión sobre lo actuado, como fuentes de conocimiento y sustentación de nuevas acciones (12).

Finalmente, la capacitación fundamentada en una **pedagogía participativa**, constituye una estrategia útil para la promoción de comportamientos y estilos de vida saludable. Esta pedagogía, muy inspirada en el pensamiento de Paulo Freire y desarrollada y perfeccionada en América Latina por educadores populares, teóricos y prácticos, tiene como principios orientadores los siguientes:

- énfasis sobre el desarrollo de capacidades, competencias y criterios: iniciativa y recursividad, creatividad e imaginación, solidaridad y habilidad para analizar y resolver problemas. Este énfasis explicita el entendimiento de que la entrega de conocimientos, en el proceso educativo, debe instrumentar transformaciones profundas en los sujetos, desdibujando así el sentido del conocimiento por el conocimiento;
- recuperación de la experiencia concreta de la gente, de sus saberes, actitudes y conductas, de sus percepciones e interpretaciones sobre

los fenómenos, como punto de partida del proceso educativo y como insumos para la reflexión. El cambio de comportamientos y prácticas de salud no se logra por el simple contacto con el conocimiento científico, pues la gente no reemplaza mecánicamente unos conocimientos por otros ni altera necesariamente un comportamiento por efecto de un nuevo saber. Es por eso importante develar, ante todo, la lógica y sentido de las representaciones sobre conductas particulares y ubicar el conocimiento nuevo dentro de la trama de racionalizaciones que posee la gente;

- propensión a crear ambientes lúdicos para la realización de los eventos educativos de manera tal que se faciliten las manifestaciones espontáneas y la expresividad natural, culturalmente determinadas. La didáctica debe favorecer la recreación de una visión enriquecida de los problemas, en eventos donde los participantes puedan desarrollar su inventiva para solucionarlos;

- horizontalidad en la relación pedagógica, que implica redefinir el papel del maestro para entenderlo como un facilitador del aprendizaje. Esto supone que el maestro establezca relaciones simétricas y de diálogo, de confianza y enriquecimiento mutuo, evitando a la vez la dispersión temática;

- reconocimiento y uso de diferentes caminos para acceder al conocimiento. En la realidad cotidiana el aprendizaje sensorial tiene una importancia innegable, como lo tiene el aprendizaje desde lo concreto. Lo importante es avanzar, a partir de esas formas de captar la realidad, hacia explicaciones y racionalizaciones que permitan internalizar el significado de lo que se aprende;

- predilección por el aprendizaje centrado en problemas, como referentes obligados para propiciar su análisis y búsqueda participativa de solución. Es en ese proceso reflexivo donde se desarrolla la creatividad, el sentido de trabajo en equipo y la capacidad para analizar y solucionar problemas;

- preferencia por técnicas dialógicas, grupales y activas. Dialógicas, por cuanto se trata de una pedagogía de la pregunta y porque el diálogo permite desatar la palabra, paso inicial y obligado en un proceso creativo de participación; grupales, por cuanto se trata de fortalecer la solidaridad y la capacidad de trabajar en grupo; y, finalmente

- validación del aprendizaje adquirido, no en términos de cosas memorizadas, sino de cambios de comportamientos y estilos de vida.

La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable en el desarrollo de la salud no pueden afincarse, por la diversidad de situaciones que abordan, sobre una sola disciplina y un solo sector. La gran variedad de razones que dan cuenta de conductas nocivas hacen que, para precautelarlas, cambiarlas y recomponer maneras

para actuar y vivir sanamente, haya que recurrir a experiencias que desborden circunscripciones sectoriales y disciplinarias estrechas. El rol del sector salud, en ese proceso, es el de orientador, animador y organizador de la participación ciudadana y de esfuerzos multisectoriales en cruzadas sociales por el bienestar y, en consecuencia, por la salud. Para atender esa responsabilidad y jugar un papel sustantivo en el desarrollo de la salud, el sector tendrá que adecuarse para asumir la promoción de la salud como estrategia fundamental y no como actividad marginal.

REFERENCIAS

- 1 Organización Panamericana de la Salud. **Promoción de la Salud y Equidad**. Washington, DC: OPS; 1992. (Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Santafé de Bogotá).
- 2 Organización Panamericana de la Salud. "Promoción de la Salud en las Américas". Washington, DC: OPS; 1993. (Documento CD37/17).
- 3 Kickbusch I. 1989. "Prospects for Action on Health Promotion". Copenhagen: OMS; 1989. (Documento ICP/HSR 640).
- 4 Restrepo H. "Lineamientos para la Operacionalización de la Promoción de la Salud". Washington, DC: OPS; 1991.
- 5 Malinowski B. **Myth in Primitive Psychology**. Nueva York: Norton; 1926.
- 6 de Roux G. "Bases Socioculturales del Comportamiento Económico del Campesinado". Cali: Universidad del Valle, Facultad de Educación; 1994. (Documento mimeografiado).
- 7 Sanford N. "Community Actions and the Prevention of Alcoholism". En Adelson, D. y Kalis, B. (compiladores), **Community Psychology and Mental Health**. Scranton: Chandler Publishing Co; 1970.
- 8 Costello T., Zalkind S. "Cities, Behavioral Research and Community Mental Health". En Adelson D, Kalis B. (compiladores). **Community Psychology and Mental Health**. Scranton: Chandler Publishing Co; 1979.
- 9 Franco S. "Sentir, Pensar y Enfrentar la Violencia". Revista **A Vivir** No. 1. Bogotá: Ministerio de Salud; 1992.
- 10 DESEPAZ. Informes varios sobre criminalidad en Cali. Cali: Alcaldía Municipal; 1993.
- 11 Carvajal de Guerrero M E. "Reflexiones de un Televidente". Conferencia presentada en el Foro Nacional sobre Manejo Responsable de la Televisión. Bogotá: Universidad Javeriana; 1993.
- 12 Fals Borda O. **Knowledge and People's Power: Lessons with Peasants in Nicaragua, Mexico and Colombia**. Nueva York: New Horizons Press; 1988.

ESTUDIO EVALUATIVO DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN: TALLERES DE ATENCIÓN PRIMARIA¹

Nina Horwitz C.,² *M. Graciela Muñoz S.*,³ *José Alberto Ochoa D.*,⁴ *Isabel Ringeling P.*,⁵
*Eduardo Sarué D.*⁶ y *Gonzalo Valdivia C.*⁷

INTRODUCCIÓN

Tanto en los países del Tercer Mundo como en los de alto nivel de desarrollo, el problema de la administración de los sistemas de salud supera los límites del propio sector, hasta llegar a la administración del Estado en su totalidad. Se ha producido una incompatibilidad, a juicio de muchos insalvable, entre el Estado centralizado y su aparato burocrático y la complejidad y rapidez de los cambios tecnológicos, económicos y sociales.

Las propuestas de solución, aunque provienen de distintos frentes, destacan el proceso **regionalización-descentralización** como la alternativa más adecuada para superar el conflicto generado por la tradicional administración centralizada "caracterizada por ser burocrática, ineficiente, lenta e incapaz de responder a las demandas de la comunidad y elevar su calidad de vida".

Tanto desde la perspectiva de la modernización del sector público como de la urgente renovación del proceso de democratización social, el **desarrollo local** surge, internacionalmente, como la estrategia descen-

¹ Resumen del libro *Estudio Evaluativo del Programa de Capacitación: Talleres de Atención Primaria*, publicado por el Ministerio de Salud, Santiago, Chile, septiembre de 1993.

² Socióloga. Profesora, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

³ Psicóloga. Departamento de Atención Primaria, Ministerio de Salud.

⁴ Ing. M. Sc. Ministerio de Planificación.

⁵ Enfermera. Magister Planificación Desarrollo Urbano Regional. Departamento de Atención Primaria, Ministerio de Salud. Coordinadora Programa de Capacitación: Talleres APS.

⁶ Antropólogo.

⁷ Médico Especialista en Salud Pública. Profesor, Departamento de Salud Pública, Universidad Católica de Chile.

tralizadora que rescata la diversidad territorial, reivindica la participación social y hace factible la equidad. Es en el ámbito local donde se esperan los mejores logros de la planificación expresada en diagnósticos ajustados a la realidad y proyectos específicos con estrecha vinculación entre gestores, ejecutores y usuarios en un marco de concertación pública y privada.

En Chile, el Servicio Nacional de Salud (SNS) fue creado en 1952, como una vasta red de establecimientos de atención de salud de carácter público y de alcance nacional. Fuertemente centralizado era responsable de las acciones de protección y fomento para la totalidad de la población, y de las actividades encaminadas al mejoramiento de la salud para más de un 70% de la población. Durante sus 30 años de existencia impactó positivamente la salud de los chilenos como lo demuestran los indicadores de morbimortalidad. Sin embargo, los cambios en el contexto socio económico, las mayores demandas en salud y los elevados costos de la atención médica modificaron el escenario y el sistema entró en crisis.

A partir de 1979 el sistema de salud chileno se enfrentó a profundos cambios cuyas raíces guardan relación con el modelo socioeconómico impulsado por el gobierno de la época y la tendencia mundial hacia la descentralización de la gestión estatal como un modo de racionalizar la inversión y el gasto público.

El gobierno militar procedió a la reestructuración del sistema público de salud reemplazando el SNS por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), con 26 servicios de salud autónomos y una entidad central ministerial. Al mismo tiempo entregó la administración de los consultorios y postas del nivel primario a la administración municipal, manteniendo los servicios de salud su tuición técnico-normativa.

Diversos estudios realizados sobre la gestión municipal a fines de los ochenta concuerdan que los fundamentos para efectuar la reforma municipal y de salud, en términos generales, fueron válidos y atingentes a la realidad nacional, pero que en la práctica esta no se expresó en un mayor desarrollo local. Durante ese período se reforzaron las relaciones de verticalidad, mediante la designación de los alcaldes, y por su intermedio, la fiscalización y control del quehacer municipal, lo que frustró de manera importante los beneficios de la descentralización.

Los funcionarios de los establecimientos del nivel primario, pasaron a depender administrativamente de la autoridad municipal. Ese proceso, que se realizó sin ninguna participación de los trabajadores del sector, trajo consigo un cambio violento en su régimen laboral. La pérdida de sus derechos generó un sentimiento de inseguridad e insatisfacción, agravado por la sensación de "abandono" y a la vez de exigencia de parte de los servicios de salud. También percibieron —con mucho dolor— el descontento de los usuarios por la falta de atención, los prolongados tiempos de espera y especialmente el "mal trato".

En 1990, cuando asumió el mando el nuevo gobierno democrático se encontró con un personal cansado, frustrado, desmotivado, trabajando en condiciones que percibía como injustas y que sentía su traspaso a la administración municipal como un problema traumático y degradante por el modo en que este se había realizado.

Para abordar el problema, el Departamento de Atención Primaria del Ministerio de Salud, elaboró un proyecto para el Desarrollo de los Recursos Humanos. Su propósito fue formar una masa crítica de personas comprometidas con la atención primaria de salud (APS) en todos los niveles del sistema que, bajo el principio de "unidad conceptual, diversidad en la acción", fueran capaces de orientar y apoyar el proceso de desarrollo de la APS en el nivel local.

La estrategia utilizada fue desarrollar un conjunto de talleres de APS basados en los principios de la educación popular-participativa. La hipótesis subyacente es que una vez iniciado el proceso de participación de los equipos locales en la gestión de salud, este puede autosostenerse en la medida que cuente con un adecuado respaldo técnico y administrativo de los niveles superiores.

En mayo de 1990 se dio comienzo en Santiago al primer Taller de APS, a partir del cual se desencadenó un proceso que alcanzó cobertura nacional por su desarrollo "en cascada".

En un primer taller en el nivel central, se formaron 18 monitores en aproximadamente dos meses (mayo-junio 90). Estos realizaron 29 talleres (julio-agosto 90) agregándose 640 nuevos monitores, esta vez a nivel de los 26 servicios de salud. En una tercera etapa, septiembre a noviembre del mismo año, los nuevos monitores realizaron 564 talleres, participando activamente en ellos 11.031 funcionarios integrantes de los equipos de salud local (90%).

El grupo que dio comienzo a todo el proceso, estuvo conformado por profesionales de la salud y de las ciencias sociales, seleccionados de preferencia por su experiencia en manejo grupal y por su capacidad para transmitir a otros su entusiasmo por la atención primaria. Estos monitores (18) desarrollaron un modelo de taller cuyo eje central fue la APS. En torno a ese eje se integraron elementos provenientes de las bases programáticas del nuevo gobierno, de la realidad regional y de su propia experiencia. En la reproducción del taller debía respetarse la singularidad de cada región, pero al mismo tiempo, ir creando una conciencia de unidad nacional en torno a la atención primaria.

Con el desarrollo de los talleres de APS se pretendía:

- difundir los lineamientos de la nueva política de salud y favorecer una amplia discusión de la misma;
- motivar y comprometer a los funcionarios que trabajan en la APS para avanzar juntos en su democratización;

- entregar elementos técnicos y metodológicos que facilitaran el trabajo en equipo e intersectorial para iniciar la formulación de diagnósticos locales participativos que fueran el comienzo de una nueva gestión en APS,
- y por sobre todo, rescatar las personas, cada persona trabajador de la salud, como el instrumento más importante en la implementación de la estrategia de atención primaria.

La metodología utilizada se basa en los principios de la **educación participativa** que toma como punto de partida del proceso educativo la experiencia personal y la realidad de cada equipo local. Se fundamenta en los aportes que surgen de la experiencia vivida tanto en conocimientos, como en habilidades y destrezas, por cada uno de los participantes; también reconoce sus limitaciones y vacíos personales, los que son superados con el apoyo de los otros en un proceso de aprendizaje compartido. De tal modo que, en la interacción con los demás, se logra la generación de un conocimiento diferente, superior al inicial, enriquecido por el proceso de reflexión conjunta. El aprendizaje se constituye así en un proceso de autoformación y simultáneamente de creación colectiva, adecuado a la situación de cambio que vive el país.

EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Al año de iniciado el programa se tomó la decisión de realizar una evaluación técnica y económica de sus resultados. Con este fin se conformó una comisión *ad hoc* con evaluadores externos e internos que trabajó con una metodología de evaluación participativa.

La mayor dificultad metodológica para una evaluación técnica de esta naturaleza, radicó en la elaboración de un diseño de investigación que considerara la multiplicidad de estímulos que han recibido los equipos y que continúan recibiendo del propio sector, junto a intervenciones provenientes de otras fuentes y a su propia capacidad para generar nuevos procesos.

Desde la perspectiva de la administración y el uso eficiente de los recursos, la evaluación económica era una tarea insoslayable no carente de dificultades.

Desde el punto de vista del proceso de modernización del Estado, tanto la metodología educativa, como las técnicas y las estrategias involucradas en el programa, constituían innovaciones que requerían ser validadas y difundidas, tanto por la inversión de recursos humanos y financieros, como por la experiencia educativa acumulada.

Los resultados obtenidos en esta investigación evaluativa contribuyen al enriquecimiento de las nuevas estrategias que deberán gene-

rarse para hacer efectiva la modernización del Estado y la gestión pública descentralizada y participativa.

DISEÑO DEL PLAN DE EVALUACIÓN

Marco conceptual

Se planteó la utilización de la información obtenida de la evaluación como primera prioridad para la retroalimentación y el perfeccionamiento del programa. La evaluación, bajo esta perspectiva, se considera en un sentido instrumental, como una herramienta que disminuye la incertidumbre y guía el proceso de toma de decisiones. La evaluación orientada a la utilización de la información, es portadora, además, de propiedades educativas, a la vez que permite ampliar el panorama de aquellas personas involucradas en programas o intervenciones, quienes extraen lecciones de los logros y debilidades que han sido experimentadas.

Reconociendo la heterogeneidad de los componentes de un programa, es deseable que para recoger la información, se utilicen diversas técnicas que compartan una orientación común. Pueden combinarse, así, las de tipo cuantitativo con las cualitativas, los datos de carácter objetivo con los subjetivos, para dar mejor respuesta a las diferentes preguntas planteadas, que se dirigen tanto a mirar objetivos como resultados y procesos involucrados.

El modelo de evaluación con las características descritas admite una mirada amplia y abarcadora, que trasciende el análisis del grado de adecuación entre objetivos planteados y resultados obtenidos.

Respeta también una visión del contexto del programa, que se interesa por la vigencia, intensidad y relevancia de las necesidades a las que este pretende dar respuesta o los problemas que pretende resolver, en un momento histórico determinado o en una situación política particular. Para poder organizar las actividades estas decisiones determinan las metas y objetivos planteados inicialmente y hacia quiénes van dirigidos.

Especial fuerza cobra la evaluación de procesos, que contempla la consideración de la puesta en marcha o implementación de las actividades del programa, tanto en sus aspectos técnicos como de interacción personal y administración de los recursos. Esta dimensión pretende profundizar la comprensión de lo que realmente sucede o sucedió durante el desarrollo del programa tratando de recoger, entre los datos, motivaciones y conductas de los diversos actores implicados. En la evaluación de productos o de resultados, interesa no solamente aquellos asociados con los objetivos planteados sino también aquellos resultados positivos y negativos no anticipados.

Aspectos metodológicos

Para la tarea de determinar la gran pregunta de evaluación, **qué evaluar**, la reflexión estuvo centrada en el análisis del propósito del programa. De acuerdo a esto, la evaluación se orientó a buscar y describir qué cambios habían ocurrido en las personas que participaron en este proceso y la gestión de atención primaria que pudieran ser atribuidos al programa de capacitación. Dado que, como ya se mencionó, los equipos capacitados fueron además sujetos de múltiples intervenciones, y que no fue posible contar con una base diagnóstica inicial sistemática ni con un grupo de control, se optó por considerar la percepción de los diversos actores como válida para constatar cambios atribuibles a los talleres de APS.

Dado que el programa contempla un efecto multiplicador, con actividades realizadas en variados dominios, el diseño evaluativo considera diferentes niveles de análisis, para responder a la pregunta de **dónde mirar** o juzgar los cambios ocurridos, si los hay. Los niveles o áreas de evaluación determinados son los siguientes: taller realizado a nivel central, Ministerio de Salud; talleres realizados a nivel regional, servicios de salud y talleres realizados a nivel local, equipos de salud de los establecimientos de atención primaria.

Estos niveles de evaluación corresponden a las distintas etapas en que se desarrolló el programa, el cual, como ya fue señalado, incluía la ejecución de talleres educativos en cascada secuencial, para alcanzar cada vez mayor cobertura.

Para cada uno de los niveles o áreas, se definieron los siguientes prismas o focos de evaluación: el **contexto** en que se gestó el programa; sus **objetivos**; el **proceso** de puesta en marcha, y los **resultados** obtenidos.

El Cuadro 1 resume, en una matriz, la relación entre niveles y focos de evaluación, elementos claves del diseño de evaluación para este programa. En él se señala, además, cuáles son los aspectos que se privilegiaron en la evaluación.

Se utilizaron diferentes instrumentos de recolección de información, de acuerdo con el objetivo, es decir dependiendo del nivel de análisis y el foco evaluativo (análisis de documentos y registros de datos cuantitativos, entrevistas personales, cuestionarios autoadministrados e informes).

PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El trabajo de evaluación del Programa de Capacitación en Atención Primaria, ha contemplado tres niveles: el de los monitores del nivel central, el de los monitores regionales y el de los equipos de salud locales.

CUADRO 1. Matriz de relación entre niveles y focos de evaluación.

Focos	Niveles			
	Ministerio de Salud Pública	Servicios de salud	Establecimientos de atención primaria de salud	Comunidad
	Monitores y autoridades	Monitores y autoridades	Equipos locales	Usuarios APS
Contexto				
Objetivos	1ª etapa	2ª etapa	3ª etapa	
Procesos				
Resultados				
Impacto				

A continuación, se presenta un análisis comparativo y sintético de los principales hallazgos, desde una perspectiva globalizadora.

PERFIL DE LOS PARTICIPANTES

Las características de los participantes en cada etapa del programa fueron diferentes en términos de edad, sexo, profesión y cargos desempeñados. Estas diferencias fueron analizadas cautelosamente durante la evaluación.

Es así como en la primera fase, correspondiente a la formación de los monitores del nivel central, la totalidad de los seleccionados fueron profesionales de las ciencias sociales y de la salud, provenientes de servicios de salud, de organizaciones no gubernamentales y universidades.

En la segunda etapa, la gran mayoría de los monitores regionales capacitados fueron profesionales de la salud no médicos, y en su mayoría, mujeres.

La tercera etapa estuvo constituida por funcionarios de los equipos de salud locales, en su mayoría mujeres no profesionales. En esta última etapa, se refleja el perfil de los funcionarios de la APS en Chile. La presencia mayoritaria de mujeres es una constante en las tres etapas, no así en el nivel directivo. Las variaciones en la edad de los participantes no fueron relevantes.

CALIFICACIÓN Y UTILIDAD DE LOS TALLERES

Los talleres obedecen a un enfoque metodológico común, que en cada una de las etapas de formación en cascada, fue adquiriendo un *sello particular*.

Los monitores del nivel central recibieron un curso-taller exhaustivo. Los monitores del nivel regional participaron de un taller diseñado a partir del curso original. Los equipos de salud locales, por su parte, participaron en un taller adaptado a su propia realidad.

La calificación global de la experiencia fue uniformemente positiva, con una irrelevante variabilidad, tanto en términos del desempeño de los monitores como del taller en general. El 92,2% de las respuestas de los monitores del nivel regional (segunda etapa), otorgó al taller una calificación global de excelente o bueno. Cerca del 50% de los participantes de la tercera etapa obtuvieron calificaciones de 7 en el taller. Esta opinión también es compartida por las autoridades regionales y ministeriales consultadas.

Los contenidos y componentes participativos de los métodos y técnicas incorporadas en los talleres, aparecen homogéneamente destacados como los de mayor utilidad en todos los niveles evaluados. Dicha dimensión se expresa a nivel de la interacción dentro del equipo como también en la motivación para abrirse al trabajo con la comunidad.

En su entrevista, el Ministro de Salud de la época añade otras utilidades desde su perspectiva: "... A mí me permitieron valorizar la mística y el espíritu de trabajo que tenía el equipo de atención primaria. También la magnitud de la crisis que ellos estaban viviendo por eso de sentirse desmembrados y desgajados del sistema público. Sirvió también para el propósito de reintegrar el sistema... reintegración funcional, no estructural...".

LA INTENCIONALIDAD DE CAMBIO

El logro más relevante del programa de capacitación es el mensaje de cambio y renovación de la atención primaria. Esta percepción del mensaje de cambio se advierte en todos los niveles evaluados de manera persistente, incluido el de las autoridades ministeriales.

"... Un cambio de ánimo sí, claramente el sector de la Atención Primaria se sintió parte, fue un encuentro con una dinámica de grupo muy activa y esto sirvió para que la gente fuera sintiéndose parte...".

"... Todo este contacto permitió incorporar otras actividades nuevas. Lo que se ha hecho en salud del adulto, salud mental, ampliación de la cobertura, salud rural, en fin, todos esos programas se han hecho en base a haber reestablecido la red funcional de atención primaria entre el ministerio, el servicio y las respectivas comunas...".

Entre los participantes no solo hay coincidencia en el reconocimiento de la intención de cambio sino también en la identificación de áreas específicas donde estos ocurren, como se aprecia en el Cuadro 2.

CUADRO 2. Principales áreas de cambio percibidos por los participantes en las diferentes etapas del taller de APS.

Áreas de cambio	Monitores regionales %	Autoridades regionales %	Equipos locales %
Relación con la comunidad	71	87	68
Actividades colaborativas con organizaciones no gubernamentales	65	no aplica	44
Diagnósticos locales	58,5	75	41
Participación en la toma de decisiones	55	53	45
Trabajo intersectorial	54	76	50
Participación en la evaluación de actividades	50	no aplica	35

El cambio y la estructura

Los participantes del taller señalan la existencia de trabas y rigideces estructurales en el sistema que no se modifican sustancialmente a la fecha de la evaluación. A pesar de ello, los funcionarios en los diferentes equipos fueron capaces de *operacionalizar activamente* el mensaje de cambio recibido (en actividades colaborativas con organizaciones no gubernamentales, organizaciones funcionales y territoriales, encuentros comunales, encuentros participativos). Esta observación recorre todos los niveles evaluados incluidas las autoridades regionales entrevistadas.

El cambio y las personas

El mensaje de cambio propugnado desde el nivel central fue recibido de una manera personal y directa por los participantes en los talleres. Es probable que esa situación haya contribuido a reforzar el *compromiso de los funcionarios y equipos con la tarea y la institución*, como queda reflejado por el perfil favorable de respuestas en tal sentido.

El impacto del taller como beneficio personal es de mayor intensidad en los monitores regionales del segundo nivel que entre los participantes de la tercera etapa, aunque las áreas mencionadas son similares (Cuadro 3).

Las diferencias observadas entre ambos grupos podrían explicarse porque los monitores regionales asistieron a un taller más prolongado y tuvieron la responsabilidad de diseñar un nuevo taller y aplicarlo a los funcionarios de los equipos locales.

CUADRO 3. Principales beneficios personales reconocidos por los participantes al taller.

Áreas de beneficios personales	Monitores regionales %	Equipos locales %
Compromiso con la institución	76	55
Compromiso con la APS	74	51
Relaciones interpersonales	73	51
Trabajo en equipo	73	51
Compromiso con la tarea	64	51

Desde el desarrollo de la experiencia a la fecha, los equipos de salud del nivel primario han sido objeto de numerosas y variadas instancias de capacitación. A pesar de este hecho y del tiempo que ha mediado entre los talleres de APS y la presente evaluación, se aprecia una persistencia en el tiempo del mensaje de cambio. Esta observación fue consistente en los tres niveles de evaluación del taller, siendo reconocido por casi la totalidad de los funcionarios evaluados. Aún más, de los instrumentos de recolección de información utilizados para recoger la intención de cambio del taller, *el de la tercera etapa (y final) tuvo la mayor sensibilidad para reconocer este hecho*. Esto revela que el mensaje no se distorsionó entre una y otra etapa.

OTROS HALLAZGOS

Identificación de capacidad de autonomía de los servicios de salud

A partir de la segunda etapa del taller, la responsabilidad en la continuidad de esta estrategia de intervención quedó exclusivamente en manos de cada servicio de salud. Ellos tuvieron a su cargo todo el proceso organizativo destinado a desarrollar las réplicas de los talleres a los equipos locales de salud a fin de lograr la mayor cobertura. En este desafío, los servicios, y más específicamente las direcciones de atención primaria, desplegaron un conjunto de acciones que comprometieron la participación de diferentes sectores vinculados con la atención primaria de salud, particularmente las direcciones o corporaciones de salud de las municipalidades.

Cobertura de la experiencia

En una primera estimación, los cálculos más optimistas sobre la cobertura de funcionarios capacitados posible de alcanzar, era del orden de 6.000 personas a lo largo del país.

En diciembre de 1990, la cobertura real de esta actividad alcanzó a 11.000 funcionarios, duplicando el número inicialmente estimado. La cobertura se extendió alcanzando tanto a los estamentos profesionales como no profesionales. También se observó la participación de funcionarios de establecimientos hospitalarios, en especial de hospitales tipo IV. Hasta la fecha, algunos servicios de salud han seguido replicando los talleres, o adaptaciones de ellos, de acuerdo con sus necesidades (cambios masivos de equipos de salud, etc) en una suerte de incorporación regular de este taller al resto de las actividades de capacitación.

A modo de ilustración, cabe mencionar que del total de monitores regionales entrevistados, el 89,8% realizó lo menos un taller de réplica a nivel de los equipos de salud. Más de un tercio logró efectuar una cantidad mayor de cuatro de estas réplicas en el ámbito de su servicio, lo que origina un promedio de 79 funcionarios capacitados por monitor.

Salud mental de los equipos

Desde su concepción, los talleres de atención primaria se estructuraron tomando en cuenta antecedentes disponibles en relación con la situación del recurso humano del nivel primario de atención. Destacaba la presencia de daño en la salud mental de los equipos identificado por diferentes grupos de trabajo a lo largo del país.

Durante la experiencia desarrollada, la veracidad de este hecho pudo corroborarse. La profundidad y magnitud del daño pudieron ser determinados a través de lo que se señaló como *una primera aproximación al diagnóstico de salud mental de los equipos*.

Este hecho es importante porque a partir de la confirmación del hallazgo, el Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud pudo orientar y dimensionar las estrategias y actividades a seguir para hacer frente a la situación mediante estudios y posteriores intervenciones específicas en el área de salud mental.

A su vez los equipos de salud pudieron tomar conciencia de este hecho haciéndolo suyo como un problema de urgente necesidad de atención. No es de extrañar, entonces, que entre los beneficios personales se destaque aquel vinculado con la mejoría en las relaciones interpersonales.

Falta de apoyo y seguimiento posterior

Junto al reconocimiento de un camino de cambio positivo para la atención primaria señalado por el programa de capacitación, se constata también la percepción de una falta de apoyo y seguimiento del sistema para poder consolidar los cambios propugnados por el programa.

Esta observación fue recogida en las respuestas de los monitores del nivel central, especialmente entre aquellos que luego del taller ocuparon cargos de responsabilidad en el sistema de salud.

También fue una preocupación reiteradamente manifestada por muchos monitores del nivel regional, expresándose en este caso como falta de apoyo técnico y rigideces institucionales para poder acompañar el proceso.

Las autoridades regionales hicieron notar que, si bien hubo beneficios en relación con el taller, ellos sintieron la presión de demandas por parte de los equipos de salud locales en circunstancias que los servicios no estaban en condiciones de afrontar. Estas situaciones se expresaron como divergencia entre objetivos y posibilidades de trabajo local; estrategias locales no recogidas en el nivel central y expectativas no satisfechas.

Otras observaciones de corte negativo relacionadas con los talleres

Esas observaciones se vinculan con aspectos estructurales que van más allá del ámbito de acción de los talleres, como son el traspaso de los establecimientos del nivel primario de atención a la administración municipal, la escasez de recursos, el problema de las remuneraciones insuficientes y de la inexistencia de una carrera funcionaria en la atención primaria, etc.

Si bien esas quejas apuntan a un ámbito de problemas que, tanto racionalmente como en la práctica no era posible resolver con estos talleres, estas ponen de relieve una problemática de fondo para la atención primaria. Es por esto que, desde la perspectiva de los funcionarios así como desde la de las autoridades regionales, estos problemas no se desvinculan de los talleres.

LA EVALUACIÓN ECONÓMICA

La evaluación económica de un programa de esta naturaleza utiliza como indicador el **costo incremental**⁸ porque dadas las particulares circunstancias de la coyuntura política en que debió realizarse, no cabe el concepto de costo de oportunidad. Lo que interesa es buscar el menor costo para un mismo resultado cualitativo. Por otra parte, el cálculo de los indicadores tradicionales como TIR (tasa interna de retorno), BAN (beneficio actualizado neto) y Costo/Beneficio aplicados a una evaluación cualitativa,

⁸ Gasto adicional en el que necesariamente se incurre para poder ejecutar el programa y que de otro modo no se efectuaría.

CUADRO 4. Costo total e incremental, Programa Talleres de APS.

Etapas	Costos US\$			Total
	Incremental	Corriente ^a	Voluntario ^b	
Preparatoria	3.846,10	—	—	3.846,10
1ª Etapa	12.665,40	402,68	5.033,60	18.101,68
2ª Etapa	42.025,28	68.091,46	—	110.116,74
3ª Etapa	101.450,48	840.873,90	1.325,50	943.649,88
Total	159.987,26	909.368,04	6.359,10	1.075.714,40

^aGasto en el que de todos modos se incurre, independientemente de los programas que se ejecuten.

^bAportes de personas y/o instituciones que lo hacen libremente para el mejor éxito del programa.

requiere de tal cantidad de supuestos para construir un concepto de ingreso, que cae con frecuencia en la irrealidad.

El costo del programa se establece secuencialmente, por fuente de financiamiento y distinguiendo entre costo total y costo incremental (Cuadro 4).

Se establece una comparación entre lo que efectivamente costó el programa con lo que habría costado si hubiera sido financiado por el Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE). Esta institución, dependiente del Ministerio del Trabajo, administra los fondos que la Ley autoriza a las empresas; deducir de la carga impositiva para destinarlos a capacitación.

En resumen, el costo incremental de este programa es menor que el que podría autorizar SENCE de acuerdo con las pautas nacionales vigentes. Si el programa hubiera sido financiado por esta institución hubiera costado un 58,9% más (Cuadro 5).

El diferencial del costo incremental es creciente en la medida en que se desarrolla la "cascada", siendo esta precisamente una de las características más importantes del programa. No solo el crecimiento del personal impactado es exponencial, sino que además los costos medios son

CUADRO 5. Costo medio incremental, SENCE/Talleres de APS.

Costo medio incremental	Monitor nacional US\$	Monitor regional US\$	Funcionario local US\$
SENCE	1.005,71	187,92	64,43
Talleres	983,61	65,99	9,5
Relación SENCE/Talleres	1,02	2,85	6,68

también exponencialmente decrecientes. Esto significa que la metodología es adecuada para implantar programas que busquen un impacto masivo.

CONCLUSIONES

En el diseño de este estudio evaluativo, no fue posible disponer de un grupo control ni de un diagnóstico inicial con fundamentos metodológicos confiables. Aun así, es importante destacar que después de dos años de realizados los talleres, y habiendo estado durante dicho lapso sometidos a otras intervenciones educativas, los sujetos evaluados recuerdan con gran claridad los objetivos y contenidos de ellos, valorándolos además muy favorablemente.

Los resultados de esta evaluación en relación con el cambio logrado en los funcionarios capacitados, avalan las tres estrategias fundamentales que definieron la naturaleza del programa de capacitación en atención primaria de salud:

En primer lugar, **la metodología educativa participativa**, que se nutre de los principios de la educación del adulto, de la educación popular y que se inserta en la realidad socio-política de los educandos.

En segundo término, **la amplitud de la cobertura**, que a través de la técnica de capacitación en cascada, permite crear condiciones para la generación de un movimiento de alcance nacional en torno al quehacer de atención primaria, a un costo medio incremental comparativamente bajo: US\$ 14,23 por persona.

Tercero, la oportuna utilización de una **situación política de coyuntura** que crea *condiciones ambientales favorables para vincular expectativas y esperanzas de cambio* de los actores involucrados, con un modelo de acción concreto.

Está claro que la selección de los monitores del nivel central fue decisiva para el logro de los resultados que se buscaban. Las características incorporadas al perfil de los postulantes tanto en términos individuales como grupales, constituían un resumen de las características y aptitudes del personal comprometido con la estrategia de APS. En el caso de los monitores del nivel central, esto tuvo el carácter de requisito o condición necesaria para acceder al programa de capacitación. Para los monitores de nivel regional, fue una recomendación, agregándose el interés por asumir el rol de monitor en la tercera etapa.

La evaluación permite además concluir que un programa educativo de la naturaleza descrita, orientado a producir un cambio conductual en las personas, debe contemplar las características del sistema en el cual las personas y los equipos están insertos. El cambio en las personas genera

una demanda de ajuste de parte del sistema y la natural resistencia al cambio de parte de este.

Desde un punto de vista económico, se demuestra que el costo incremental del programa es menor que el que podría esperarse para una actividad equivalente si esta fuera realizada por una institución pública como el SENCE. Al calcular los costos del Programa de Talleres APS a costo SENCE, se concluyó que de este modo habría costado un 58,9% más de lo que efectivamente se gastó.

Finalmente, este programa ha demostrado la factibilidad de promover cambios masivos entre los funcionarios de una institución del sector público. Hasta el momento, en Chile, las experiencias de cambio en la gestión de la atención primaria y la participación comunitaria en salud habían sido experiencias aisladas y en pequeña escala. La de los talleres de APS tuvo una cobertura nacional.

Reconociendo la necesidad de contemplar paralelamente las modificaciones institucionales que debieran acompañar un programa de este tipo, este último constituye una ilustración del potencial de las personas como agentes de cambio dentro de una institución.

BIBLIOGRAFÍA

- Andrade SJ, Shedlin MG, Bonilla E. "Métodos Cualitativos para la Evaluación de Programas". The Pathfinder Fund; 1987.
- Arteaga O. Salud y Municipalización. 1992 (Documento mimeografiado).
- Jiménez de la Jara J, Gili M. Municipalización de la Atención Primaria en Salud. 1988. En: Sistema de salud en transición a la democracia. Ministerio de Salud; 1991.
- Patton M. *Qualitative Evaluation Methods*. Beverly Hills: Sage; 1980.
- Raczyński D. Administración y gestión local: la experiencia de algunos municipios en Santiago. 1987. (CIEPLAN N° 22).
- Raczyński D, Serrano C. ¿Planificación para el Desarrollo Local? La experiencia en algunos Municipios de Santiago; 1988. (CIEPLAN N° 24).
- Stufflebeam DL. The CIPP Model for Program Evaluation. En: Madaus, Scriven and Stufflebeam (eds). *Evaluation Viewpoints on Education and Human Services Evaluation*. Boston. Kluwer-Nijhoff; 1983.

LLA CAPACIDAD DE CRÍTICA DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA ANTE EL QUEHACER MÉDICO

Domingo Vázquez¹ y Leonardo Viniestra²

INTRODUCCIÓN

Al igual que con prácticamente cualquier otra actividad humana, el quehacer profesional del médico es susceptible de pensarse y realizarse de varias formas. Todas ellas determinadas por el contexto histórico, cultural, económico, político, científico y tecnológico del que surgen.

La universidad tiene como función dar a conocer en la medida de lo posible, las diferentes formas de enfocar y realizar un quehacer profesional, sin menospreciar aquellas que pueden ser opuestas o aún incompatibles con las de mayor difusión y popularidad dentro del contexto general de un país. Esto es, si la universidad no quiere reducir su función a la de repetir y reproducir sin cambios a la sociedad actual, es fundamental que prepare a los profesionales con amplitud de miras y capacidad de crítica de tal forma que además de que sepan conservar, sepan transformar.

En su tarea, la universidad, no puede conminar a sus estudiantes y egresados a pronunciarse por ninguna corriente de pensamiento o de acción, su obligación es presentar, enseñar y desarrollar las más representativas, así como crear las condiciones necesarias para que los alumnos las reconozcan, las analicen y las confronten con el propósito de que asuman una postura reflexiva como parte fundamental de su capacidad de crítica. En este sentido la universidad debe llevar adelante un proyecto de nación en donde la pluralidad y la libertad de pensamiento sean fundamentales.

En dicho contexto, el presente trabajo tiene como propósito realizar una aproximación al conocimiento de la capacidad de crítica de los

¹ Departamento de Investigación en Recursos Humanos para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

² División de Estudios de Posgrado e Investigación, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

estudiantes de medicina ante diferentes enfoques de pensamiento y acción de la propia medicina. Consideraremos, para los propósitos de este estudio, que el modelo médico está formado por tres aspectos: el asistencial, la investigación y la educación médicas.

Aspecto asistencial. Se exploran dos enfoques, el predominante caracterizado por Menéndez (1) como: biologicista, individualista, ahistórico, asocial, mercantilista y pragmático; y el enfoque social que, de acuerdo a Rosen (2), tiene tres principios: 1) la salud del pueblo es un problema que concierne a toda la sociedad. La sociedad tiene la obligación de asegurar la salud de todos sus miembros; 2) las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud y en la enfermedad, y esas relaciones deben estar sujetas a la investigación científica y 3) que se den los pasos conducentes a promover la salud y a combatir la enfermedad, y que las medidas que se adopten sean tanto sociales como médicas.

Investigación. Se exploran el enfoque reduccionista y el histórico crítico. El primero desestima la perspectiva social, la histórica y la filosófica en el planteamiento de los problemas de conocimiento propios de la medicina (3). Es un enfoque pragmático y eficientista, en donde la ciencia se concibe como la madre de la tecnología y como “resolvedora de problemas” (4). Desde el punto de vista histórico-crítico, la ciencia y la investigación científica como acción social no son ajenas a la historia, a la actividad social y económica en general (5). En cuanto al quehacer científico, la visión histórico-crítica pone los ojos en su entorno social y plantea “una perspectiva de conocimiento basada en la interrelación de diversas áreas y enfoques” (6).

Educación médica. Se contemplan también dos corrientes de pensamiento y acción: la enseñanza tradicional o pasivo-receptiva y la activo-participativa. La enseñanza tradicional en la educación médica tiene al alumno por un “ente receptor de información (las clases teóricas son abrumadoramente expositivas), y en el caso de que puedan hacer uso de ella, deben hacerlo en condiciones controladas, previstas de antemano (prácticas de laboratorio)”. Viniestra (7), caracteriza el aprendizaje activo en medicina por los procedimientos metodológicos de esta, a saber: la integración entre teoría y práctica; la discusión crítica, y la investigación.

Podemos decir que el enfoque social en lo asistencial, la visión histórico-crítica en la investigación y la corriente activa en la educación constituyen globalmente el pensamiento *participativo* del quehacer profesional médico y que su característica sobresaliente es que pone de relieve la relación sujeto-sujeto, en contraposición a la relación sujeto-objeto propia del pensamiento que aquí designamos como *pasivo*, constituido por el enfoque individual, la visión reduccionista y la corriente tradicional en lo asistencial, la investigación y la educación respectivamente.

En el pensamiento participativo el paciente para la clínica, la comunidad para la salud pública y el alumno para la enseñanza, dejan de ser meros objetos en donde el médico y el profesor encuentran la posibilidad de concretar una conducta de dominación a la que el paciente, comunidad y alumno corresponden con la subordinación, la sumisión y la renuncia de sus propios intereses. En cambio, en la relación sujeto-sujeto se acepta y promueve la participación de pacientes, comunidad y alumnos. Participar significa, por lo tanto, romper la relación de sumisión y dependencia implícita en el binomio sujeto/objeto (8).

La presente investigación tiene el propósito de indagar acerca de la capacidad de crítica de los estudiantes de medicina a través de la postura que los mismos tienen con respecto al quehacer médico. Dicho estudio pretende dar respuesta, entre otras, a preguntas como las siguientes: ¿qué tan desarrollada tienen los alumnos de medicina su capacidad crítica? ¿hay alguna diferencia en el desarrollo de la capacidad crítica entre los alumnos de medicina en pregrado y posgrado?

En este trabajo se entiende por capacidad de crítica a la actitud reflexiva capaz de reconocer, delimitar y contrastar diversas corrientes de pensamiento (que en este estudio se expresan a través de la consistencia y consecuencia de la opinión de los alumnos de medicina) ante las diferentes perspectivas de ejercer la medicina. Una opinión consistente y consecuente revela que el alumno ha analizado y reflexionado sobre los diversos modelos médicos y que en consecuencia ha asumido una postura, desde la cual valora el quehacer médico cotidiano. En otras palabras, el enfoque elegido por el alumno constituye su punto de referencia para el análisis y la crítica del ejercicio de la medicina. Una opinión inconsistente e inconsecuente traduce falta de firmeza para el pensamiento, por lo que este se irá modelando de acuerdo al discurso social dominante, de manera circunstancial, asistemática y poco profunda.

Esos planteamientos tienen como antecedente un estudio que no obstante que se refería a otra temática (la variabilidad del pensamiento científico desde la perspectiva de la filosofía de la ciencia), puso de manifiesto el efecto de la reflexión, la discusión y el debate sobre la consistencia y la consecuencia de las opiniones de los alumnos expuestos a un curso de filosofía de la ciencia (9).

MATERIAL Y MÉTODOS

Partiendo de la definición conceptual de capacidad de crítica ante el quehacer profesional médico, se elaboraron cinco juicios representativos de cada una de las perspectivas teóricas exploradas. Los ítems o aseveraciones del cuestionario se agruparon en 15 duplas, 5 para explorar

la esfera asistencial, 5 la esfera de la investigación y 5 la de educación. Una de las aseveraciones de la dupla representa uno de los enfoques explorados (pasivo o participativo) en una modalidad del quehacer médico y la otra la corriente alternativa en la misma modalidad. Los ítems se redactaron de forma tal que, a una opinión coincidente hacia un integrante de la dupla corresponde una opinión discrepante hacia el otro integrante, esto es, los enfoques planteados son mutuamente excluyentes por lo que estar de acuerdo o en desacuerdo con ambos es contradictorio (inconsecuente).

El cuestionario se validó por un grupo de médicos experimentados en cada una de las áreas. Se consideraron 18 médicos, 6 para validar la parte asistencial, 6 la de educación y 6 la de investigación. Se hicieron dos rondas, en la primera se entregó el cuestionario explicándoles que el objetivo consistía en lograr un cuestionario que incluyera los aspectos más representativos de cada enfoque considerado y que quedara estructurado de tal forma que ante una misma situación se plantearan dos formas diferentes, contradictorias y excluyentes entre sí de enfocarla. En la segunda se les entregó el cuestionario con sus sugerencias incorporadas y pidiéndoles que lo contestaran. En caso de que una dupla en que supuestamente una de las aseveraciones debía de ser contestada de acuerdo y otra en desacuerdo, recibieran una opinión en el mismo sentido, se les pidió que explicaran el por qué, y que sugirieran la forma en que se podrían redactar para que quedaran planteadas de manera tal que, a los ojos de un conocedor del área, la opinión que recibieran necesariamente fuera divergente.

Para valorar la confiabilidad del cuestionario se aplicó en dos ocasiones a un grupo de 10 alumnos que iniciaban un curso de especialización. El tiempo transcurrido entre la primera y la segunda aplicación fue de 2 a 4 semanas y se utilizó el porcentaje de concordancia ponderado (10) para estimar si el cuestionario tiene resultados similares cuando se aplica a las mismas personas en dos ocasiones separadas.

Cada una de las 30 aseveraciones que contiene el cuestionario tiene cinco posibilidades de respuesta, a saber: totalmente de acuerdo (1 punto), de acuerdo (2 puntos), indeciso (3 puntos), en desacuerdo (4 puntos) y totalmente en desacuerdo (5 puntos).

Los criterios de análisis de la información son postura asumida, consistencia y consecuencia.

Se entiende por postura asumida a la opinión concordante o discordante que tiene el alumno con respecto a las perspectivas teóricas sobre alguno de los aspectos del quehacer profesional médico (asistencial, educativo o de investigación). La postura asumida tiene dos características: consistencia y consecuencia.

La consistencia de la postura se refiere a la solidez y constancia de la opinión. Supone la aplicación de un marco teórico de referencia particular desde el cual se valoran los diversos aspectos de una modalidad

del quehacer profesional médico. La consistencia es opuesta a la postura aislada, cambiante y desarticulada, puramente circunstancial sobre un aspecto particular del quehacer médico.

La consecuencia de la postura asumida se refiere a la característica de la opinión que es capaz de delimitar, contrastar y decidir entre dos enfoques o alternativas, de tal manera que si en una la opinión es de conformidad, en la otra será consecuentemente de discrepancia.

La postura asumida es concordante cuando los cinco ítems que exploran una corriente de pensamiento suman entre 5 y 11 puntos. La postura es discordante cuando los ítems suman entre 19 y 25 puntos. Cualquier otra situación se considera como que el alumno no asume postura. Ahora bien, solo si el alumno asume una postura (concordante o discordante) a esta se le estudia la consistencia y la consecuencia.

Se considera que la postura, concordante o discordante, tiene una consistencia alta cuando los cinco ítems que exploran la postura reciben una opinión en un solo sentido (de acuerdo o en desacuerdo) o cuando cuatro son en un solo sentido y la otra indecisa. La postura tiene una consistencia media cuando cuatro opiniones son en un solo sentido y una en el sentido opuesto o cuando tres son en un solo sentido y dos indecisas. La postura tiene una consistencia baja en el resto de los casos.

En un par de corrientes teóricas correspondientes a una modalidad del quehacer médico, con respecto a las cuales se ha asumido una postura, se pueden dar los casos de consecuencia e inconsecuencia. Hay inconsecuencia cuando se asume una postura concordante o discordante con ambas. Hay consecuencia cuando en una corriente teórica se asume una postura concordante y en otra una discordante.

Se realizó una investigación transversal, comparativa, tipo encuesta. Se escogió una muestra convencional, considerando las posibilidades de acceso a los alumnos de las instituciones seleccionadas. Se eligieron dos grupos: uno de alumnos de pregrado (institución A) y otro de alumnos de posgrado (institución B).

Para la selección de la muestra se utilizaron las listas de los grupos de los alumnos de primero y cuarto año de la licenciatura en medicina de dos escuelas de la institución A y la lista de residentes de medicina de la institución B a partir de las cuales se realizó un muestreo sistemático.

Los alumnos de primero ($n = 396$) y de cuarto año ($n = 174$) de la carrera de medicina constituyen el 30% del total de alumnos de primero y de cuarto en las escuelas seleccionadas de la institución A. Los residentes de medicina interna ($n = 44$) constituyen el 90% del total de residentes en esa especialidad de la institución B.

Una vez establecida la muestra, se hizo llegar a los estudiantes el cuestionario. Para ello se repartieron los mismos a los profesores titulares o al coordinador quienes se encargaron de repartirlos a los alumnos para

que los contestaran en su presencia o en la de uno de los participantes de la investigación. A los alumnos de posgrado se les aplicó el cuestionario a través del coordinador de residentes.

Para la recolección de la información y su recuento se creó una base de datos utilizando un sistema computarizado. Para el análisis de las posibles diferencias entre los grupos se utilizó la prueba de Chi².

RESULTADOS

En el Cuadro 1 aparecen los resultados del estudio de confiabilidad. Es de destacar que solo dos de las preguntas (6 y 26) muestran un porcentaje de concordancia menor del 75%. Asimismo se aprecia que la media del porcentaje de concordancia de las 30 aseveraciones es alta.

En la Figura 1 se aprecia cómo la mayoría de la población estudiada asume una postura predominantemente concordante. Del total que no asume una postura, 94% se debe a inconsistencia total y únicamente 6% a indecisión.

La consistencia de la postura asumida en más del 60% de los casos es alta (figura 2). Esto contrasta con el atributo de consecuencia de la postura donde predomina la inconsecuencia en todos los grupos (figura 3).

En general las poblaciones estudiadas asumen posturas concordantes en una proporción mayor que las posturas discordantes. Las pos-

CUADRO 1. Porcentaje de acuerdo ponderado en dos aplicaciones del instrumento utilizado.

No. de pregunta	%	No. de pregunta	%
1	100	16	82,5
2	85	17	82,5
3	82,5	18	92,5
4	90	19	92,5
5	85	20	95
6	65	21	90
7	77,5	22	85
8	77,5	23	82,5
9	85	24	80
10	90	25	100
11	82,5	26	72,5
12	82,5	27	92,5
13	77,5	28	90
14	85	29	100
15	75	30	97,5

$\bar{x} = 85,83$

FIGURA 1. Posturas asumidas o no asumidas por los estudiantes de medicina de primer año, cuarto año y posgrado. México, 1992.

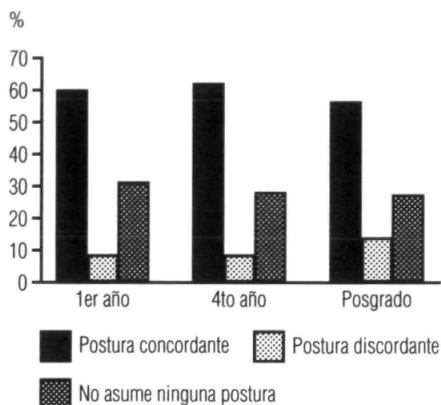


FIGURA 2. Consistencia de las posturas asumidas por los estudiantes de medicina de primer año, cuarto año y posgrado. México, 1992.

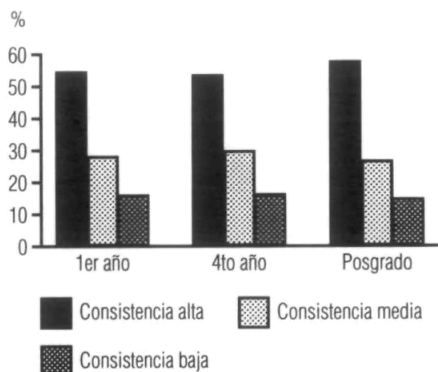
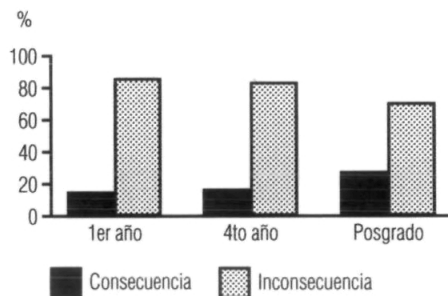


FIGURA 3. Consecuencia e inconsecuencia de las posturas asumidas por los estudiantes de medicina de primer año, cuarto año y posgrado. México, 1992.



turas concordantes son aquellas que coinciden con el pensamiento participativo y las discordantes con el pensamiento pasivo (Cuadro 2).

La consistencia de las posturas concordantes es en general, más alta que la consistencia de las posturas discordantes ($\chi^2 = 163,26$; $p < 0,0001$).

Los alumnos de primer año asumen, en general, posturas concordantes con las corrientes activa en educación, histórico-crítica en investigación y social en el quehacer asistencial (Cuadro 2). El 55% asume la postura con una consistencia alta (Cuadro 3). Sin embargo, 84% son inconsecuentes. Los alumnos de cuarto año asumen las mismas posturas concordantes que los de primero (Cuadro 2). Más de la mitad de los alumnos de cuarto año asumen la postura concordante con una consistencia alta (Cuadro 3) y al igual que los alumnos de primero, la inconsecuencia es la norma (83%).

Más del 95% de los estudiantes de posgrado asumen posturas concordantes con las mismas corrientes de pensamiento que asumen los alumnos de pregrado. Prácticamente ninguno asume posturas discordantes con el pensamiento participativo, el histórico-crítico y el social (Cuadro 2). El 58% de los alumnos de posgrado asumen la postura con una consistencia alta (Cuadro 3). La consecuencia a pesar de ser más alta que en los alumnos de pregrado sigue siendo minoría (29%).

Al comparar a los alumnos de pregrado con los de posgrado, encontramos que estos asumen más posturas de manera discordante,

CUADRO 2. Posturas de los estudiantes de medicina de primer año, cuarto año y posgrado, ante el quehacer profesional. México, 1992.

Área enfoque	Postura								
	Concordante			Discordante			No asume		
	1º año	4º año	Posgrado	1º año	4º año	Posgrado	1º año	4º año	Posgrado
Educativa									
Tradicional	80	32	2	104	47	23	212	95	19
Activo	365	154	44	4	0	0	27	20	0
Investigación									
Reduccionista	178	102	17	25	4	4	193	68	23
His-crítico	341	152	42	8	1	1	47	21	1
Asistencial									
Individual	94	48	2	69	40	11	233	86	31
Social	368	163	44	3	0	0	25	11	0
Total	1.426	651	151	213	92	39	737	301	74
%	60	62	57	9	9	15	31	29	28

CUADRO 3. Número de posturas de acuerdo a la consistencia en los estudiantes de medicina de primer año, cuarto año y posgrado. México, 1992.

Postura	Consistencia								
	Alta			Media			Baja		
	1º año	4º año	Posgrado	1º año	4º año	Posgrado	1º año	4º año	Posgrado
Concordante									
Tradicional	16	3	0	25	17	0	39	12	2
Activa	262	119	31	77	29	9	26	6	4
Reduccionista	59	32	5	67	41	9	52	29	3
His-crítica	224	90	30	83	46	9	34	16	3
Individual	25	13	0	32	18	0	37	17	2
Social	270	123	36	81	25	6	17	15	2
Subtotal	856	380	102	365	176	33	205	95	16
%	60	58	67	26	27	22	14	15	11
Discordante									
Tradicional	25	14	6	54	26	8	25	7	9
Activa	0	0	0	4	0	0	0	0	0
Reduccionista	4	1	0	10	2	3	11	1	1
His-crítica	4	0	1	2	1	0	2	0	0
Individual	15	8	2	37	18	8	17	14	1
Social	0	0	0	0	0	0	3	0	0
Subtotal	48	23	9	107	47	19	58	22	11
%	23	25	23	50	51	49	27	24	28
Total	904	403	111	472	223	52	263	117	27
%	55	54	59	29	30	27	16	16	14

(Chi = 11.763; p<0,01), más posturas participativas de manera concordante (Chi = 13.042; p<0,001) y en que son más consecuentes (Chi = 13.588; p<0,001).

DISCUSIÓN

En esta investigación se explora la opinión de los alumnos de medicina sobre formas alternativas de ver y plantear diferentes problemas concernientes al quehacer médico, redactadas de tal forma que fuesen mutuamente excluyentes. Todas ellas tienen un fundamento teórico y este es, supuestamente, el que guía la opinión del alumno. Partimos del supuesto de que entre mayor sea el debate, la controversia y la confrontación de los alumnos sobre los fundamentos teóricos y conceptuales que guían las diferentes formas de enfocar y plantear problemas del quehacer médico, mayor será la consistencia y consecuencia de sus opiniones (9). Esto es, su opinión sobre cuestiones controversiales de la medicina tendrá un sitio de

anclaje lo que le permitirá, desde este, ir desarrollando su actitud crítica. Así, el cuestionario utilizado puede considerarse una primera aproximación al conocimiento de la capacidad de crítica de los alumnos de medicina a través de la consistencia y la consecuencia de su opinión. Desde este punto de vista, lo importante no es la opinión de los alumnos, sino la consistencia y fundamentalmente, la consecuencia de la misma. Lo anterior, consideramos, es fundamental en una educación médica que aspira a preparar médicos con capacidad de crítica.

El cuestionario utilizado es el resultado de un largo proceso de validación; a través del juicio de expertos se ajustaron los aspectos de validez conceptual y de contenido, y mediante la aplicación repetida fue ostensible un grado aceptable de confiabilidad.

En general, de los resultados obtenidos, resalta la gran discrepancia entre las posturas asumidas de manera concordante y las asumidas de manera discordante. Idealmente la relación entre ambas debe ser uno, es decir, por cada postura que se asume concordantemente debería haber una postura discordante con igual consistencia. En los resultados de la investigación la relación es asimétrica (seis posturas concordantes por cada postura discordante). Ello, naturalmente, se refleja en el alto porcentaje de inconsecuencia encontrado en la población estudiada.

Una interpretación posible de estos resultados es que la educación que reciben los estudiantes de medicina es conformista, se les educa para estar de acuerdo. Esto es resultado de una educación tradicional en donde el método catedrático desarrolla en el alumno actitudes pasivas, que se refuerzan con métodos de evaluación que miden la efectividad de la enseñanza por la repetición, por parte del alumno, de lo que dice el maestro o el texto. Se inhibe en el alumno la capacidad de cuestionar y discrepar. Así, al alumno se le enseña a aceptar la cultura dominante sin cuestionamientos y, al mismo tiempo, aceptar los postulados de corrientes de pensamiento alternativas, sin darse cuenta de la contradicción que esto puede representar. En consecuencia, el alumno de medicina problematiza poco o no problematiza.

En el mismo sentido se pueden interpretar los resultados de la consistencia de la postura asumida. La consistencia de las posturas concordantes es significativamente más alta que la de las posturas discordantes. Lo anterior revela que es más probable mantener una opinión cuando se está de acuerdo con ella que cuando se está en desacuerdo. Esto, de nuevo, refleja que los alumnos se educan en la conformidad, en lo que tienen que hacer y pensar, pero sin una reflexión profunda que considere la trascendencia de su forma de pensar sobre otras formas de pensar y hacer las cosas y mucho menos en la confrontación de puntos de vista. Refleja que la educación médica es prescriptiva, dice qué hacer y qué pensar en conformidad con las modas o la cultura dominante. La reflexión y el debate

acerca de las diversas formas de pensar y hacer la medicina es una condición para el surgimiento de nuevas preguntas y para el replanteamiento de los problemas. Sin este tipo de reflexión el desacuerdo es poco consistente y reconocer limitaciones poco probable.

Es evidente que el pensamiento participativo es el predominante en la opinión de los alumnos tanto de pregrado como de posgrado. Esto es probablemente el reflejo del discurso dominante en las escuelas que no corresponde con la práctica concreta de la medicina en las esferas asistencial, docente y de investigación donde predomina el pensamiento que hemos calificado globalmente como pasivo. Es decir, los alumnos reciben un doble mensaje, contradictorio, que probablemente influye en la inconsistencia y en la inconsecuencia de las respuestas.

Los resultados de este trabajo apuntan a que se están preparando, en general, médicos acrílicos, que poco o nada han analizado y reflexionado sobre las diferentes alternativas de plantear y enfocar los problemas acuciantes de la medicina, que rebasan el ámbito estrictamente técnico de esta. La afirmación anterior debe enmarcarse dentro de los alcances de la forma en que se seleccionó la muestra para la realización de este trabajo. Sin embargo, debe mencionarse que el papel de modelos a seguir que suelen tener las instituciones de donde proceden los grupos estudiados, en la formación de médicos en México permite adelantar, a manera de conjetura, que lo observado es aplicable a otras instituciones de educación médica en el país.

La educación tradicional evita el cuestionamiento, la problematización, tiene respuestas para todo. Así, los alumnos parecen ser poco o nada tolerantes a la incertidumbre, opinan sobre todo, no reconocen la ignorancia y lo incierto. Ello se refleja claramente en la baja proporción de respuestas indecisas. El 94% de los alumnos que no asumieron una postura es por falta total de consistencia y no por indecisión. Esta actitud parece estar relacionada con lo que ocurre, por ejemplo, en el ámbito de la evaluación de la competencia clínica en donde se ha evidenciado que los alumnos tienen graves dificultades para reconocer lo que no saben, suelen comprometerse con una respuesta concluyente (verdadera o falsa) que de ser errónea les resta puntos en vez de recurrir a la opción "no sé" que no los penaliza, en suma no reconocen, ni asumen la incertidumbre (11).

Aunque reconocemos que el diseño transversal de esta investigación no es lo más pertinente para valorar relaciones de causa-efecto, se puede plantear tentativamente que la educación médica a nivel de licenciatura no influye en esas características de la opinión de los estudiantes relacionadas con cierta capacidad de crítica (consistencia y consecuencia). Ello revelaría de ser así, falta de condiciones para la reflexión y el análisis, el debate y la confrontación de aspectos torales de la práctica médica durante esta etapa crucial de la formación de los médicos. Si bien en los

alumnos de posgrado se encontró mayor número de opiniones consecuentes que en el pregrado, estos siguen siendo una minoría. Lo más probable es que en aquel grupo se concentren los alumnos que ya tenían cierto desarrollo de la capacidad de crítica y no que sea este nivel de estudios el que logre dicho desarrollo. En apoyo de esta hipótesis está el hecho de que los residentes de la institución B se someten a una selección muy rigurosa, es decir, no parece ser una población representativa del posgrado de medicina en México.

Finalmente queremos subrayar lo inconveniente que puede resultar el sobreestimar el papel de la escuela. A este respecto no debe entenderse que esta es la única responsable de las características de los médicos en formación que se han explorado en este estudio. La educación médica está inmersa en un contexto económico, político y social que la determina, al igual que a todo el sistema educativo de un país. No obstante, la escuela debe tomar el reto y enfrentar la situación que prevalece en la educación médica en México —y muy probablemente en muchos de los países de América Latina— caracterizada por esa actitud pasivo-receptiva que la mayoría de los alumnos ha adquirido por el hecho mismo de vivir en sociedades predominantemente pasivas y dependientes y como resultado de sus años de educación formal e informal previos.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los Drs. Patricia Espinoza Alarcón, Luis Rivera, Alfredo Miranda, Carlos León, Margarita Vera y José Luis Jiménez, la ayuda brindada en este trabajo.

REFERENCIAS

- 1 Menéndez E. El modelo médico y la salud de los trabajadores. En: Basaglia F. *La salud de los trabajadores*. México, DF: Editorial Nueva Imagen; 1978:11-51.
- 2 Rosen G. *De la policía médica a la medicina social*. México, DF: Editorial Siglo XXI; 1985:79-84.
- 3 Viniestra L. *Hacia una redifinición del papel de la universidad en la sociedad actual*. Omnia: 1990(6):49-61.
- 4 Pérez-Tamayo R. La investigación biomédica. En: Sepúlveda B. (Coord). *Problemas de la Medicina en México*. México, DF: El Colegio Nacional; 1981:208-209.
- 5 Pérez-Pascual R. La investigación científica en las universidades (II). En: Guevara Niebla G. (Coord). *La crisis de la educación superior en México*. México, DF: Nueva Imagen; 1988:227-250.
- 6 Viniestra L. *El pensamiento Teórico y el Conocimiento Médico*. México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México; 1988:9.
- 7 Viniestra L. Los intereses académicos en la educación médica. *Rev Inv Cli* 1987; 39:282.
- 8 Fals Borda O, Rodriguez Brandao C. *Investigación participativa*. 2da ed. Mon-

tevideo: Instituto del Hombre, Ediciones de la Banda Oriental; 1987:73.

9 Viniegra L, Garduño J, Valdivia J. Variabilidad del pensamiento científico. *Ciencia* 1990;40:191-201.

10 Kramer SM, Feinstein AR. Clinical bio-

statistics LIV. The biostatistics of concordance. *Clin Pharmacol Ther* 1981; 29:111-123.

11 Viniegra L, Jiménez JL, Pérez-Padilla R. El desafío de la evaluación de la competencia clínica. *Rev Invest Clin* 1991; 43:87-98.

***Seminario Internacional sobre los
Desafíos de la Era de la Información:
Agentes y Usuarios
São Paulo, Brasil, 18-20 de octubre de 1994***

Este seminario, organizado por el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME), tiene el propósito de actualizar el conocimiento de los usuarios de la información en ciencias de la salud en América Latina y el Caribe a través del debate de los últimos avances de la tecnología y los nuevos canales de información. En el mismo participarán profesionales de la salud de América Latina, Canadá, Estados Unidos, Reino Unido y los Países Bajos. Los temas se expondrán mediante conferencias, mesas redondas y paneles y se traducirán simultáneamente al español, inglés y portugués. En las mesas redondas se tratará sobre las nuevas perspectivas de la recuperación de la información: repensando el usuario, la comunicación científica: de la producción al acceso, y las megatendencias de la información en salud.

Como parte del seminario, el día 18 se llevará a cabo la presentación de MEDLINE/CD-ROM Interfase BIREME y además, el Centro ofrecerá gratuitamente búsquedas bibliográficas y hará una demostración de sus servicios y de su base de datos.

Para obtener información sobre la suscripción y las tarifas de pago, favor de dirigirse a: BIREME/OPAS, Rua Botucatú, 862-04023-901, São Paulo, SP, Brasil. Tel: (011) 549-2611, Fax: (011) 571-1919.

COLOMBIA: LA INVESTIGACIÓN BÁSICA Y EL PROCESO DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD

*Luis Caraballo*¹

INTRODUCCIÓN

El importante papel de la investigación básica en la formación de recursos humanos de salud es evidente cuando se considera el entrenamiento de científicos a nivel de maestrías y doctorados, a los cuales se les reconoce cada vez más su importancia dentro del equipo multidisciplinario que actúa en este campo. Sin embargo, es menos notoria su relación con la preparación de otros profesionales como médicos, enfermeras, bacteriólogos etc., perdiéndose así un componente esencial de su entrenamiento y limitando su campo de acción técnica y científica.

El presente artículo analiza ambas situaciones, teniendo como principal referencia las facultades de medicina, pero sin dejar de considerar las otras que también hacen parte de lo que aquí generalizamos como "facultades de salud". Después de presentar el escenario nacional en donde se inscribe este proceso, se dan opiniones sobre cómo afecta la investigación básica la formación de recursos y se señalan varios obstáculos que impiden la completa realización de dicha influencia. Las alternativas para superarlos se plantean con el convencimiento de que, si bien la infraestructura y financiación de la investigación es débil, muchas de sus ventajas no han sido percibidas por el predominio de una orientación "clínica" en la administración de las facultades de salud.

¹ Director, Centro de Investigaciones Científicas y Tecnológicas, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia.

POLÍTICAS GENERALES Y PARTICULARES SOBRE FORMACIÓN DE RECURSOS

La formación de recursos humanos de salud debe verse estratégicamente, en concordancia con las políticas del sector y los planes globales de desarrollo científico-tecnológicos, adaptándose además a los lineamientos vigentes sobre educación superior en el país. El análisis del papel de la investigación básica en este campo es inseparable de una realidad: la misma investigación básica en salud apenas comienza a conformarse, de modo que muchas de las deficiencias que encontramos son, de alguna manera, consecuencias de esa debilidad.

Por fortuna, últimamente se han producido en Colombia adelantos que comienzan a reforzar la investigación básica, estableciendo condiciones favorables para lograr una mejor calidad en la preparación de recursos de salud. Así, después de varios años de existencia del Sistema Nacional de Salud (SNS), la creación en 1990 del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología (SNCT) cuya unidad ejecutiva es el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y Tecnología (Colciencias) y la aprobación en diciembre de 1992 de una Reforma de la Educación Superior han sido pasos progresivos para que la investigación básica se mejore considerablemente y su influencia en la formación de profesionales clínicos sea más directa.

El fortalecimiento de la investigación básica es tarea prioritaria del SNCT, que la ve como mecanismo esencial de desarrollo económico y cultural, especialmente en las condiciones de alta competitividad que exige la política de apertura económica vigente. El SNCT está perfeccionando los instrumentos jurídicos que faciliten el manejo de los recursos financieros para su inversión en ciencia y tecnología (1). De igual manera, la nueva Reforma de la Educación Superior, al mismo tiempo que resalta la autonomía universitaria, establece criterios sobre la capacidad de investigación requerida para que las instituciones de enseñanza superior sean consideradas como universidades. Se supone que estas exigencias van respaldadas con un aumento presupuestal para las instituciones académicas y además con la coordinación permanente entre los sectores educativos, de prestación de servicios y aquellos encargados de la financiación de la investigación.

Conocido lo anterior cabe preguntarse: ¿serán estas políticas generales y progresos administrativos asimilados por las instituciones que forman recursos humanos de salud? No estamos seguros. Con frecuencia los cambios, a veces importantes, en las orientaciones sobre el desarrollo tecnológico del país no suscitan modificaciones equivalentes en las pautas de formación de recursos en las universidades. Por razones que tienen que ver con la credibilidad y la estabilidad de dichas políticas, no hay los sufi-

cientes reflejos para marchar coordinadamente con las orientaciones del gobierno. Por otro lado, también cuenta la falta de capacitación técnica de los administradores de las facultades de salud, los cuales por lo general dominan el tema de su especialidad clínica o básica, pero no están mentalmente ubicados en las tendencias históricas y actuales sobre la investigación y la educación del país.

Por lo tanto, a pesar de existir tendencias nacionales de progreso en cuanto a la valoración de la investigación básica en salud como elemento necesario para el desarrollo del sector, aparece una restricción importante en lo que se refiere a la puesta en práctica de esos planteamientos en las unidades académicas correspondientes. Una amplia divulgación de estas medidas y sus ventajas potenciales al interior de las universidades es indispensable para superar este importante obstáculo.

LOS RECURSOS DE SALUD Y SU RELACIÓN CON LA INVESTIGACIÓN

Según su función en el SNS, se pueden delimitar dos grupos principales de profesionales, y aunque son muchas las actividades comunes entre ellos, la relación con la investigación básica durante su entrenamiento varía considerablemente. De una parte el SNS requiere personas con buenas bases científicas y capacidad de iniciativa para enfrentar y prevenir los problemas que afectan a la comunidad y para los cuales ya existen por lo menos puntos de referencia sobre su manejo. A este grupo pertenecen la mayoría de los recursos del sector, ya sea con estudios de especialización o únicamente con la formación de pregrado. Usualmente los estudios de posgrado se dirigen hacia el desarrollo de destrezas profesionales y el componente de investigación, que es bastante bajo, se entiende como una asignatura sobre técnicas de investigación en pregrado y como un trabajo investigativo durante la especialización.

De igual manera, el sistema necesita científicos que analicen y propongan alternativas a problemas básicos que afecten la salud de la población. Aquí se ubican aquellos con estudios de maestría o doctorado en ciencias. El algunos casos con un entrenamiento clínico previo. Para ellos, la investigación básica es parte esencial de su entrenamiento y además es el sentido principal de su actividad. Aunque ya ha sido asimilada desde hace muchos años en países desarrollados, la idea de formar científicos como un componente importante de los recursos de salud solo se maneja en Colombia desde hace algunos años, asociada con la creciente aceptación de la importancia de la investigación científica como motor de desarrollo económico y social.

En la mayoría de las facultades de salud del país solo se forman profesionales en el campo clínico. La falta de programas de posgrado en ciencias obviamente reduce su capacidad de investigación básica. Actualmente en Colombia los estudios de posgrado en ciencias básicas llegan, por lo general, al nivel de maestría. Los temas tradicionalmente desarrollados han sido: genética, inmunología, los diferentes campos de la microbiología, parasitología, bioquímica, epidemiología, fisiología y farmacología (2). Recientemente se han iniciado algunos doctorados en esas áreas y se trabaja intensamente en la formulación de conceptos generales (3) y en la preparación de nuevos programas con el fin de responder a la demanda de científicos que exige la conformación del SNCT.

Por lo tanto, la consolidación de los grupos de investigación en ciencias y su proyección hacia la ejecución de programas de doctorados es indispensable para la preparación de los dos grupos aquí descritos. La manera más segura de que la investigación básica influya positivamente en la formación de recursos de salud es que en las universidades existan realmente grupos de investigación en ciencias. Solo así se podrán superar concepciones sesgadas sobre el papel de las ciencias básicas en los estudios de salud y sobre la incidencia de la investigación para una buena preparación clínica.

Sin embargo, la misma formación de científicos que ayuden a ejecutar los planes del SNS y del SNCT presenta grandes deficiencias, la mayoría de ellas derivadas de la falta de recursos para financiar, además de los proyectos de investigación, otros requerimientos para lograr la consolidación y estabilidad de los grupos, brindándoles los suficientes estímulos materiales para que su profesión se haga más atractiva. En los últimos tres años los recursos para la ciencia y la tecnología se han duplicado. Sin embargo, todavía el porcentaje del producto interno bruto destinado a la investigación científica es bastante reducido, aun en comparación con otros países de América Latina. Este problema obviamente restringe las posibilidades de éxito de las propuestas que actualmente maneja el SNCT.

LAS CIENCIAS BÁSICAS EN LAS FACULTADES DE SALUD

La importancia de las denominadas "ciencias básicas médicas" en la enseñanza de pregrado y posgrado ha sido motivo de numerosos comentarios y no pocas controversias. Al final, la idea todavía predominante consiste en considerarlas como un apoyo técnico a la práctica clínica. Esto ha llevado hasta adaptar, en varias facultades, la enseñanza de las ciencias básicas a la explicación de la fisiopatología de las enfermedades más frecuentes, debilitándose así, en general, a los departamentos básicos, en los cuales la investigación sobre temas trascendentales de su campo llega a

considerarse exótica por carecer de aplicación inmediata en las labores clínicas.

La conformación de grupos de investigación con personal de ciencias básicas se contempla sobre la base de que ellos participen para efectuar los ensayos de laboratorio en proyectos de investigación clínica. La iniciativa y la libertad de movimientos de estos docentes se ha reducido como consecuencia de esta subvaloración de las mismas ciencias básicas. Una manifestación adicional de esta línea de pensamiento fue la costumbre (que todavía persiste en algunas partes) de vincular, en las facultades de medicina por ejemplo, a los profesores de ciencias básicas bajo el criterio de que fueran médicos, sin considerar las ventajas de su formación como científicos, ya fuese a nivel de maestría o doctorado.

Este problema se deriva de una visión desactualizada sobre el papel que pueden desempeñar los profesionales de salud una vez terminen sus estudios. Es la opinión, por ejemplo, de que la función exclusiva que médicos, enfermeras u odontólogos deben efectuar es la atención de pacientes, cuando actualmente hay numerosas evidencias de que ellos pueden y en ocasiones deben participar en actividades de prevención, de planeación administrativa, de gestión académica y obviamente en trabajos de investigación científica, ya sea en el área básica, clínica o epidemiológica. Solo con una sólida formación en ciencias básicas, respaldada necesariamente por grupos de investigación activos en las universidades, los recursos humanos de salud tendrán la capacidad y motivación suficientes para orientarse hacia actividades distintas a las convencionales, cuya importancia en el SNS es cada vez más reconocida.

INVESTIGACIÓN BÁSICA Y FORMACIÓN DE RECURSOS

La investigación básica es indispensable para la formación de científicos y al mismo tiempo se requiere ampliar la comunidad científica para que se pueda lograr una dinámica estable en investigación. La formación, en el país y en el exterior, de un gran número de doctores en ciencias es una necesidad ya identificada tanto en el SNCT como en su Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud. La estrategia adoptada por Colciencias para resolver la gran escasez de recursos humanos en ciencias básicas y a la vez fomentar la investigación científica consiste en apoyar financieramente proyectos de investigación de calidad, con los cuales puedan consolidarse grupos de investigación que sirvan de base para establecer programas de doctorados. Este proceso se refuerza con un programa paralelo de formación de recursos especializados, cuyos participantes se escogen principalmente entre aquellos vinculados de alguna manera a proyectos de investigación.

El concepto de grupo de investigación como unidad funcional básica, con características multidisciplinarias y autónomas en la planificación, obtención de recursos y ejecución de la propuesta investigativa es determinante en el esquema organizativo del SNCT (4). No obstante, la creación de nuevos grupos de investigación y el fortalecimiento de los ya existentes en cualquiera de las instituciones vinculadas al sector salud no se logrará con el interés exclusivo de Colciencias, sino contando también con que esta estrategia sea apoyada por las administraciones de dichas instituciones.

La definición de prioridades de investigación en el sector salud todavía está por hacerse en Colombia. Es tan incipiente esta actividad que los núcleos de investigación se inclinan casi espontáneamente hacia determinados temas, y aunque esta selección corresponde en parte a las necesidades del entorno, aún no es consecuencia de políticas coherentes que incluyan convocatorias sobre temas específicos. Está claro que debe existir armonía entre las líneas de investigación en las que se forman los científicos y aquellos planes de desarrollo del sistema, de manera que la integración de los profesionales se haga con facilidad y eficiencia. Este aspecto todavía no ha sido analizado lo suficiente en los diferentes foros que contemplan las posibilidades de inserción de los nuevos profesionales en el campo de la salud.

La preparación de recursos a nivel de doctorado en disciplinas como química, genética, biotecnología, biología molecular, inmunología, microbiología, epidemiología, bioquímica, fisiología, farmacología, etc., es absolutamente necesaria para un verdadero adelanto en nuestra capacidad de solucionar problemas de salud. Dado que estos profesionales se forman en la dinámica investigativa, de la calidad de esta depende la competencia que las nuevas generaciones de científicos adquieran para percibir y solucionar problemas regionales o universales del conocimiento. Por lo tanto, la promoción de grupos de investigación entre las instituciones que hacen parte del SNS, especialmente en las facultades de salud debe ser un objetivo común en las actuales circunstancias.

Esto significa apreciar en su debida magnitud las ventajas adicionales que para las facultades de salud representa el tener fuertes grupos de investigación. Estos actualizan y mejoran la calidad de la enseñanza de las ciencias básicas; crean una atmósfera de producción intelectual apropiada para el entrenamiento integral del profesional de salud, cuya familiarización con el trabajo investigativo no se logra simplemente escuchando clases sobre técnicas de investigación; presentan ejemplos reales de alternativas a la solución de problemas básicos; facilitan la integración entre los campos clínicos y básicos mediante proyectos de investigación conjuntos; permiten reclutar jóvenes de cualquier facultad con motivación científica durante sus estudios de pregrado; consiguen dinero para mejorar la in-

fraestructura general de la institución, a la cual promueven en el ambiente nacional e internacional mediante las publicaciones; establecen relaciones con otras instituciones, lo cual estimula el intercambio de docentes en todos los niveles y detecta cupos para el entrenamiento futuro de jóvenes científicos.

El caso de la "integración clínico-básica" merece un comentario especial. Estos ejercicios han quedado reducidos a un esfuerzo por resaltar ante los estudiantes la importancia que para las actividades clínicas tienen las ciencias básicas. Para algunos significa simplemente la intervención de docentes de ciencias básicas en la sesiones de discusión clínica. Desde luego, todo esto es importante, pero el mejor ejemplo de integración es la formación de grupos multidisciplinarios para enfrentar problemas y ofrecer opciones investigativas que aporten nuevos conocimientos. La existencia de grupos de investigación en áreas clínicas y básicas es un campo abonado para que surjan entre ellos mecanismos de enlace naturales y sin obstáculos burocráticos. A partir de programas de investigación conjuntos, la integración académica no se hace esperar y se da con mejor calidad. Por otro lado, la utilización de los laboratorios destinados a programas de doctorados por aquellos estudiantes de especializaciones cuyos programas estén respaldados por proyectos de investigación básicos también se estimula, promoviéndose así una visión más amplia sobre el desempeño de los especialistas en áreas clínicas (5).

En resumen, la investigación básica en el sector salud, además de su papel original como generadora de conocimientos, ejerce doble función académica. Por un lado la formación de científicos y por el otro la preparación de profesionales clínicos con sólidas bases científicas. La valoración equilibrada de estas actividades es, sin duda, un paso indispensable para obtener una proyección moderna de la formación de recursos humanos de salud.

REFERENCIAS

- 1 Colciencias. *El Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología. Instrumentos Jurídicos*. Santafé de Bogotá: Tercer Mundo Editores; 1991.
- 2 Pinilla P, Cuéllar L, Henao M. Programa para el Desarrollo de la Capacidad de Investigación. Convenio ICFES-BID. Bogotá: Editora Guadalupe; 1988.
- 3 Aldana E. ¿Porqué Doctorados para Colombia? En: Cárdenas JH (Ed.) *Doctorados, Reflexiones para la formulación de políticas en América Latina*. Bogotá: Tercer Mundo Editores; 1991.
- 4 Villaveces JL. Ciencia en un contexto de apertura. En: *Ciencia y Tecnología para una sociedad abierta, Colciencias y el Departamento Nacional de Planeación*. Bogotá: Tercer Mundo Editores; 1991.
- 5 Colciencias. Salud. Por la calidad de la vida. En: *Convocatoria a la creatividad*. Bogotá: Tercer Mundo Editores; 1992.

RESEÑAS

PROYECTO DE MAESTRÍA EN SALUD COLECTIVA EN EL CONTEXTO SANITARIO, SOCIOPOLÍTICO Y CIENTIFICOTÉCNICO DE COLOMBIA

María Consuelo Castrillón A.¹ y Gloria Estella Gómez T.²

INTRODUCCIÓN

La Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia se prepara para desarrollar la Maestría en Salud Colectiva como un proyecto interdisciplinario desde las ciencias sociales y de la salud, así como un espacio de producción de conocimientos, de desarrollo de propuestas alternativas para intervenir problemas sanitarios y de debate frente al acontecer y a las demandas sociales en el campo de la salud. El proyecto originado en la Facultad de Enfermería, tiene una proyección multiprofesional.

LA PERSPECTIVA ANALÍTICA Y DE INTERVENCIÓN DESDE LA SALUD COLECTIVA

Salud colectiva es un concepto más amplio que salud familiar y salud comunitaria. Aquí la familia constituye un nexo entre individuo y sociedad. La comunidad no se agota en la idea de marginamiento social y el colectivo se asume como construcción sociocultural fundamentada en las formas de interacción social de los grupos, donde el poder, la pluralidad de lo social y lo heterogéneo de los sujetos son conceptos y presencias que es necesario reconocer para comprender e intervenir en el nivel sociopo-

¹ Enfermera, Magister en Sociología de la Educación. Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.

² Enfermera, Magister en Investigación y Administración de Servicios de Salud. Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.

lítico de los problemas de la salud y de la enfermedad, de la vida y de la muerte de los grupos sociales. El nombre de salud colectiva se adopta, además, por su correspondencia con la corriente que sustenta la orientación del posgrado.

Salud Colectiva no constituye una disciplina sino un área interdisciplinaria de saberes y un campo multiprofesional de prácticas, donde diversas corrientes de las ciencias humanas, sociales, biológicas y del ambiente desarrollan saberes y prácticas ideológicas, políticas, teóricas y técnicas en tanto transformación de conciencias, de modelos asistenciales, de reconceptualización y explicaciones científicas y de aplicación tecnológica en el campo de la salud.

Salud Colectiva se diferencia así de los movimientos de medicina preventiva, desarrollado para conjurar los efectos negativos del modelo flexneriano en el decenio de los sesenta; de la medicina comunitaria orientada a la planificación estatal para ampliar la extensión de coberturas; y de la medicina familiar dirigida a superar la crisis del médico general.

La lógica y la acción en la maestría se fundamentarán en la historicidad de los hechos y en su carácter social, en conocer los paradigmas de la cientificidad hoy dominante, tanto en las ciencias sociales como en las naturales, para que a partir del debate, del trabajo interdisciplinario y de la puesta a prueba para solucionar problemas concretos de nuestra realidad sanitaria, se identifique su validez, sus desviaciones y sus fronteras.

EL MODELO PEDAGÓGICO DE LA MAESTRÍA

El modelo pedagógico se desarrollará por ejes temáticos en lugar de unidades disciplinares o de materias, en la modalidad de seminarios y talleres. Buscará el contacto permanente con las condiciones de vida y de trabajo de la población y con los problemas actuales de salud, mediante las prácticas de campo y la participación en asesorías y pasantías. Los objetivos se presentan como puntos de llegada que orientarán las acciones de profesores y alumnos. Los contenidos se desarrollarán desde la perspectiva de los problemas de investigación y de las áreas de profundización seleccionadas para cada cohorte de estudiantes. Estarán referidos, además, a situaciones concretas que deberán enfrentarse durante el ejercicio profesional, para promover el aprendizaje de ideas básicas y conceptos fundamentales y en tal forma que estimulen en los estudiantes el interés por participar en su propio proceso de aprendizaje.

La Maestría en Salud Colectiva intentará superar el enfoque tradicional en la formación de recursos humanos en salud centrado en la enfermedad y en lo biológico, en la cientificidad de lo cuantificable, en el nivel individual del análisis y de las soluciones y en la mirada médica como

único paradigma verdadero en el campo sanitario. El modelo pedagógico se fundamenta en la investigación, por tal razón a cada cohorte de estudiantes se propondrá, antes de su ingreso, las áreas de investigación sobre las cuales hará énfasis el proceso de formación. Dichas áreas determinarán los contenidos del eje teórico en ciencias sociales y salud que fundamenta la perspectiva analítica y las experiencias prácticas.

Se estimulará en los sujetos de aprendizaje el compromiso permanente con su autoformación y producción intelectual, apoyados por la orientación de los docentes investigadores encargados de la Maestría. Cada estudiante debe estar en capacidad de responder por la totalidad de sus experiencias en su proceso y en el producto final materializado en: informes escritos, resultados de las experiencias de campo, artículos científicos, prácticas docentes y tesis de grado.

LAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

La salud en comunidades étnicas

Enmarcada en el proyecto de etnodesarrollo que busca fortalecer la capacidad autónoma de cada unidad sociocultural; en el conocimiento de la realidad epidemiológica, demográfica y de la medicina tradicional para buscar un diálogo entre saberes que permita concretar propuestas de trabajo dirigidas a transformar las condiciones de vida y salud de comunidades étnicas específicas y para formar y cualificar recursos que acompañen estos proyectos.

Esta línea está diseñada para trabajar articulada con el Plan de Desarrollo de la Organización Indígena de Antioquia y con el subsistema de salud para los indígenas. Cuenta con un grupo interdisciplinario que viene realizando investigación, asesoría, consultoría y capacitación de personal.

Mujer, salud y desarrollo

Se orienta a buscar nuevas interpretaciones de la problemática de salud que subyace en la vida social de la mujer, desde diferentes enfoques y disciplinas, para avanzar en la comprensión de las condiciones de vida y la salud; la condición de género de la vida femenina y su impacto en la salud; el trabajo y la salud de la mujer; sus perfiles epidemiológicos; violencia intrafamiliar, la naturaleza, pertinencia e impacto de las políticas, programas y servicios de salud dirigidos a la mujer y la mujer como fuerza de trabajo en salud.

Esta línea se articula con la política "Salud para las mujeres, mujeres para la salud" propuesta por el Ministerio de Salud de Colombia; cuenta con un grupo interdisciplinario que proviene de diversas experiencias investigativas y de desarrollo comunitario en desarrollo social, salud mental, epidemiología, salud ocupacional y proyectos participativos.

Política sanitaria y modelos de prestación de servicios de salud

Se fundamenta en teorías sobre el Estado y las políticas sociales, para analizar las respuestas sociales a problemas de salud materializadas en políticas, programas y servicios. Estudia la burocracia, la participación y la democracia en el sector salud; la estructura de poder; la formación, el mercado de trabajo y la regulación de los recursos humanos; la calidad de los servicios; los problemas contemporáneos de las instituciones de salud y su adecuación a nuevas realidades. Esta área se encuentra en fase de preparación y de articulación con institutos dentro y fuera de la universidad que apoyarán su desarrollo. Responde a las necesidades presentes en lo político administrativo que vive el sector salud en el país, en el contexto de la modernización del Estado y el derecho a la salud.

Salud urbana

Conjuga los aportes de diferentes disciplinas científicas, entre estas las propuestas de la medicina social y de la sociología urbana. Busca comprender problemáticas relacionadas con habitat y salud; medio ambiente y salud; migración y salud. Si bien se reconoce que la relación entre el espacio y la salud como productos sociales, dan cuenta de diferenciales de salud según condiciones de vida en grandes áreas urbanas, muchas preguntas están pendientes de respuesta que orienten acciones preventivas de mayor impacto.

OBJETIVOS Y PERFIL PROFESIONAL

Al finalizar la maestría se espera que el egresado esté capacitado para:

- diseñar y ejecutar, desde una perspectiva sociohistórica, estudios científicos acerca del proceso salud-enfermedad y de la respuesta social a los problemas de salud;

- proponer e intervenir en el diseño de políticas de salud en la perspectiva de la defensa de la vida, desde su ubicación como ciudadano, funcionario y profesional;
- desarrollar acciones sanitarias transformadoras en planificación y gestión sanitaria, vigilancia epidemiológica y educación para la salud, y
- participar en la planeación, formación y utilización de recursos humanos en salud en el marco de una verdadera cultura de la salud.

El perfil profesional busca un doble carácter como investigador y como hacedor. Como investigador deberá diagnosticar necesidades de salud en poblaciones urbanas y rurales, monitorear tendencias en las condiciones de vida y salud de grupos determinados, establecer grandes prioridades nacionales para orientar políticas sociales y medir el impacto y la calidad de las acciones sanitarias y sociales en la transformación de problemas epidemiológicos. Como hacedor deberá gestionar servicios en el sector público y en organismos no gubernamentales, apoyar la participación como intervención efectiva de la comunidad, ejercer como docente en la formación de recursos humanos en pre y posgrado tanto de ciencias de la salud como de las ciencias sociales, ser promotor de la salud, defensor de la vida y constructor de una verdadera cultura de la salud, asesor en asuntos investigativos, de planificación, de políticas sanitarias y de formación de recursos humanos, generador de debates y con capacidad de convocatoria frente a grandes problemas nacionales y locales que afecten las posibilidades de la vida y la salud humanas (1).

Las diferencias de este posgrado con los tres programas de Salud Pública que funcionan en el país está en los objetos de estudio que serán abordados en las líneas de investigación; en la perspectiva de análisis desde las ciencias sociales; en la concepción de interdisciplinariedad y multiprofesionalidad; en el perfil profesional y en el modelo pedagógico que se apoya en los principios de la didáctica crítica frente al papel de docentes y estudiantes, a la función de los objetivos, a la orientación de los contenidos y formas evaluativas, así como al reconocimiento de que la maestría es un proyecto en construcción y reformulación permanentes.

EL CONTEXTO DE LA MAESTRÍA

La propuesta de la Maestría en Salud Colectiva surge a comienzos de la década del noventa en un momento de profundas transformaciones sociopolíticas, culturales y sanitarias. Por eso es importante precisar el contexto de desarrollo de la propuesta para comprender su pertinencia, via-

bilidad y los impactos posibles que puede generar la formación de un profesional sanitario con un perfil diferente.

Contexto sociopolítico

Colombia, siguiendo la tendencia mundial y con el ascenso de las ideologías neoliberales, vuelca la atención hacia el ajuste y la estabilización de la economía, el cambio estructural de las instituciones públicas y privadas, la liberalización y hegemonía del mercado, la apertura e internalización de la sociedad, los incentivos de los precios y la ganancia privada, así como a la reducción y modernización del Estado, entre otras políticas (2).

Contrariamente a lo que se viene dando en el campo de la apertura política y la democratización, el actual gobierno acogió la alternativa de la modernización excluyente a través de un proyecto de apertura económica y privatización del Estado, que por los métodos verticales en el diseño de la política económica —por ejemplo, la Reforma Tributaria— va en contravía de las propuestas de consenso, participación y concertación de los distintos sectores sociales y económicos (3).

Este modelo ha comenzado a imponer cambios en las funciones del Estado transformando la respuesta social a las necesidades de salud, a partir de modelos privados de seguros y medicina prepagada —privatización de los servicios—. También transforma la acción estatal en el campo de lo social al disminuir el gasto social. Impone nuevas relaciones entre el capital y el trabajo que se expresan entre otras, en la disminución de los contratos colectivos, en la ampliación del sector llamado informal y en las contrataciones temporales ampliando así los grupos que no tienen acceso a la seguridad social, mercantilizando la salud y transformando la función social del hospital.

Reformas y democratización de la vida política colombiana

La génesis de nuevos modelos normativos, sean religiosos o seculares, producen efectos políticos que afectan la organización social y van gestando un nuevo tipo de sociedad (4), por ello es importante ubicar el contexto de los procesos sociales y de reformas sociopolíticas producidos en el país en la última década.

En el decenio de los ochenta se agudizaron los problemas de todo orden en el país, entre ellos la impunidad derivada de los problemas estructurales de la justicia colombiana que propició el recurso al ejercicio de la justicia por fuerza propia. Las tremendas desigualdades sociales en términos de ingresos económicos, empleo, ausencia de prestaciones, seguridad social y escasa cobertura de servicios públicos, movilizaron gran

parte de la protesta ciudadana en los últimos años. Además la violencia de diverso origen adquirió dimensiones nacionales, produciendo gran impacto en la vida ciudadana y en la prestación de servicios de salud.

Simultáneamente el monopolio bipartidista, caracterizado por el clientelismo, entró en crisis, al igual que las instituciones representadas por los partidos políticos —el Congreso—, al erigirse como intermediarios necesarios ante el Estado con propósitos partidistas o personalistas, convirtiéndose en talanqueras para la intervención ciudadana, e impidiendo la posibilidad de que la sociedad civil interviniera en las grandes decisiones nacionales.

Este cúmulo de circunstancias explica la oleada de movilizaciones realizadas en el país que ni los propios partidos lograron canalizar. Llevó, además, a cambios políticos como consecuencia de ese complejo proceso social; entre estos vale la pena destacar la movilización nacional en torno a la idea de una Asamblea Nacional Constituyente; la expedición de una nueva Constitución Política inspirada en principios de democracia participativa, pluralismo, descentralización y modernización institucional; los diálogos para la construcción de la paz que han producido la desmovilización de importantes grupos guerrilleros y la entrega a la justicia de algunos narcotraficantes; la recomposición interna de los partidos tradicionales y la legalización y legitimación de nuevos movimientos y fuerzas políticas. Estos hechos tienen como elemento común la referencia necesaria a la democratización de la vida política colombiana (5).

La Nueva Carta Constitucional hace un claro reconocimiento a la participación ciudadana, a la soberanía del pueblo, a los derechos civiles y las libertades individuales, al derecho a la igualdad y a la autonomía local. Igualmente se reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación. En general, los derechos sociales son una constante preocupación de la Nueva Carta, en particular la salud es considerada un derecho, garantiza a todas las personas los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud —Artículo 49— y a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social —Artículo 48—, así el Estado se obliga a garantizar el acceso universal a los servicios.

La reglamentación y puesta en marcha de estos principios pasa por la reforma de la seguridad social, por lograr una política integral que permita el desarrollo del nivel local, teniendo en cuenta la heterogeneidad del país, la diversidad de sus localidades en condiciones de vida, en perfiles de morbimortalidad y condiciones sanitarias. Para llevar a la praxis las ideas consignadas en la Constitución desde el punto de vista socio-sanitario, se necesita la formación científico técnica de recursos humanos que aporten a la sociedad civil elementos para desarrollar lo que hasta ahora solo se tiene en el texto de las leyes, transformar los modelos de prestación de servicios y construir una nueva cultura de la salud. Se requieren profesio-

nales con capacidad creadora, racionalidad científica y compromiso social más allá de mirar los colectivos desde fuera; para trascender en la vía de la construcción y transformación de las condiciones de vida de la población.

El panorama epidemiológico

De acuerdo con el último Estudio Nacional de Salud (6), el sector salud en Colombia presenta grandes disociaciones, entre ellas la de formación de un recurso humano con énfasis en la curación frente a las necesidades de prevención de las principales causas de enfermedad y muerte referidas al trauma y la violencia que son responsables del 29% de las muertes, en especial de muertes prematuras; a las enfermedades crónicas no infecciosas responsables del 43% de las muertes y del 27% de años de vida potencialmente perdidos; de las enfermedades infecciosas y tropicales que aportan el 10% de las muertes en el país y el 13% de años de vida potencialmente perdidos. El alarmante consumo de drogas y sustancias que producen dependencia como el alcohol, tranquilizantes menores, marihuana, bazuco y cocaína reflejan las condiciones de salud mental. El panorama de la salud ocupacional es parcialmente conocido, entre otras, porque la cobertura en salud de la fuerza de trabajo es muy baja y la gran masa de trabajadores vinculados a la economía informal no cuenta con seguridad social. El deterioro en las condiciones de vida —40% de pobres y 15% de indigentes— y de los macro y micro ambientes, son fenómenos progresivos en nuestro país que contribuyen a ensombrecer el panorama sanitario, además las barreras para el acceso a los servicios de salud son de todo orden.

Otras disociaciones se presentan entre la epidemiología y la administración, donde la infraestructura física y de dotación de personal no corresponde a las necesidades de salud; entre los postulados y las prácticas, porque los planteamientos técnicos no han tenido respaldo político, y finalmente por la falta de capacidad gerencial de los hospitales y de un desarrollo administrativo moderno.

En este complejo contexto sanitario se necesita ampliar la base de conocimientos teóricos y tecnológicos, nuevos niveles de competencia en el quehacer de las disciplinas que hoy deben aportar al conocimiento y transformación de la realidad socio-sanitaria para generar condiciones posibles para la salud y la vida humanas. De igual manera la modernización del sector salud a la luz de las reformas de orden político-administrativo que se vienen dando desde 1983, en el marco de la descentralización administrativa y de la democracia participativa, exigen la formación de recursos humanos capaces de gestionar servicios y proyectos de orden nacional, departamental o municipal, con capacidad de actuar tanto en el

sector público como con organismos no gubernamentales y de acompañar movimientos sociales.

El aspecto científico-técnico

El proceso de institucionalización de la actividad científica y técnica en Colombia, ha cobrado fuerza durante la última década y además de la iniciativa y de los esfuerzos individuales, se han ido constituyendo grupos de investigadores, aunque vale decirlo, más en las áreas de ciencias básicas y en la clínica que en las referidas a sociedad y salud. Sin embargo, existen grupos multidisciplinarios de medicina social en diferentes ciudades del país vinculados a la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y que han constituido la Red Nacional de Salud Colectiva buscando la consolidación de una comunidad científica que potencie la producción de posgraduados en esta línea de pensamiento y de acción, la difusión a través de un proyecto editorial y de eventos académicos, así como espacio de debate y de propuestas frente a los problemas de salud del país.

En esta coyuntura se impulsa en el país una política de ciencia y tecnología que en salud se propone ampliar el campo de la ciencia mediante la formación del espíritu investigativo desde el pregrado, donde esta actividad constituya un instrumento permanente de la docencia y de la extensión de servicios. Busca también, impulsar la formación a nivel de doctorados, la consolidación de comunidades científicas y el desarrollo de redes nacionales e internacionales. Intenta dinamizar los medios de intermediación científica como los sistemas de comunicación y difusión de la investigación en ciencias de la salud, entre otras estrategias.

El objetivo principal de dicho programa es "fomentar el desarrollo del conocimiento y la innovación tecnológica en el campo de la salud a partir del estudio interdisciplinario de nuestros propios problemas, con el fin de comprender nuestro entorno, proponer alternativas, potenciar la evolución del país y construir una capacidad de competencia internacional apoyada en nuestros propios talentos" (7). Enmarcada en esta perspectiva se ha concebido la investigación en la maestría de salud colectiva, a partir de líneas de investigación referidas anteriormente.

El proyecto investigativo del posgrado busca articularse con sus pares a nivel nacional y con otros centros de investigación de América Latina para potenciar la experiencia, intercambiar producción e investigadores que por períodos definidos y en la modalidad de intercambio o de profesor visitante participen en los microproyectos que conforman la propuesta de maestría.

Lo anterior, porque se entiende que el conocimiento no tiene fronteras y para su avance armónico es necesario conformar comunidades

científicas, donde los individuos que las forman, sean capaces no solo de entender y enseñar en sus países de origen lo que hace la ciencia en el mundo, sino que puedan desarrollar su propia ciencia con el mismo nivel de originalidad como la toman de fuera, para ayudar así a resolver problemas propios sin esperar a que esto se haga desde el exterior (8).

De todas formas los determinantes para el desarrollo del proyecto de maestría, se encuentran tanto en el equipo docente encargado de su consolidación y de los apoyos que preste la Universidad, como de las presiones políticas y de su aceptación social; del respaldo y apoyo efectivo de parte de otros posgrados afines que existen en América Latina y de convenios que deben establecerse con organismos nacionales e internacionales interesados en la propuesta.

REFERENCIAS

- 1 Universidad de Antioquia. Proyecto de Maestría en Salud Colectiva. Medellín; 1992. (Documento original).
- 2 Sarmiento L. Los derechos sociales en la nueva constitución política de Colombia. En: *Propuestas para avanzar en la construcción de la democracia*. Santafé de Bogotá: Campaña Viva la Ciudadanía; 1991:2.
- 3 Grupo Salud Colombia. La seguridad social en Colombia. Ponencia presentada durante el Primer Encuentro de Grupos de Medicina Social. Yanacónas, Cali; 1992:1.
- 4 Ávila R. Socialización, modelos normativos y poder político. En: *Ponencias V Coloquio Nacional de Sociología*. Medellín, Lealón; 1986.
- 5 Velásquez F. La nueva constitución y la participación. En: *Propuesta para avanzar en la democracia*. Santa Fé de Bogotá: Campaña Viva la Ciudadanía; 1991:29-30.
- 6 Ministerio de Salud y Departamento Nacional de Planeación. La salud en Colombia. Santafé de Bogotá; 1990:60-103. (Documento General Tomo I).
- 7 Colciencias. Criterios para la formulación de un programa de ciencia y tecnología de la salud. Cartagena; 1992. (Ponencia oficial presentada durante el Simposio Nacional de Ciencia y Tecnología en Salud).
- 8 Ramírez E. Presente y futuro de las becas y otros apoyos financieros para la educación superior. En: *Ciencia, educación superior y desarrollo en América Latina*. Santafé de Bogotá: CIID; 1991:176.

PEDIATRIA: PROJETO INTEGRADO DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO¹

Ronaldo Bordin,² Helena Maria Arenson-Pandikow,³ Janete V. Barbosa⁴
e Carlos Augusto M. Krieger⁵

INTRODUÇÃO

Apesar da área da saúde materno-infantil ser prioritária na atuação dos programas de saúde dos países em desenvolvimento, ainda não estão bem definidas a que habilidades os alunos devem ter oportunidade no curso de graduação médica (1, 2).

Numerosos são os estudos já realizados para definir competências básicas no ensino de Medicina (3), alguns demonstrando a importância do desenvolvimento das habilidades psicomotoras dos alunos de graduação na área de pediatria, sendo o desempenho destas considerado como fundamental para habilitar o médico em formação (4-6).

O ensino deve ser baseado nas oportunidades para a aquisição de conhecimentos que possam habilitar os estudantes a desempenhar atividades médicas do ponto de vista individual ou coletivo. As evidências mostram haver maior ênfase curricular nos aspectos teóricos, em detrimento do treinamento de determinadas habilidades psicomotoras, geralmente relegadas para os programas de residência médica.

Integrando o programa de levantamento de dados sobre o treinamento prático de habilidades básicas em diversas áreas de pré-graduação em Medicina (7), este trabalho objetiva avaliar a qualidade do treinamento

¹ Trabalho apresentado no IV Salão de Iniciação Científica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), promovido pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPEP), obtendo menção honrosa.

² Professora Assistente, Departamento de Medicina Social e Membro de Assessoria Científica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. Endereço para correspondência: Departamento de Medicina Social, Rua Ramiro Barcelos, 2600, CEP 90035.003, Porto Alegre, RS, Brasil. FAX: 051 330 13 80.

³ Professora Adjunta, Departamento de Cirurgia e Coordenadora do Núcleo de Avaliação em Anestesia, Faculdade de Medicina (UFRGS), Brasil.

⁴ Médica; Técnica de assuntos educacionais (UFRGS).

⁵ Monitor do Departamento de Pediatria e Puericultura; acadêmico de 6º ano da Faculdade de Medicina (UFRGS), Brasil.

de um conjunto de habilidades oferecidas na disciplina de Pediatria e Puericultura da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

MATERIAL E MÉTODOS

A população alvo deste trabalho é constituída por todos os alunos regularmente matriculados ($n = 58$) no primeiro semestre de 1992, na disciplina de Pediatria e Puericultura da Faculdade de Medicina da UFRGS, destinada a acadêmicos de 8º semestre.

O instrumento utilizado para o levantamento dos dados constituiu-se de questionários pré e pós-estágio. No de pré-estágio identificou-se o nível de experiência prévia dos alunos em 18 habilidades práticas na área. No de pós-estágio, administrado no último dia letivo, os alunos discriminaram o número de oportunidades de assistir e desempenhar essas 18 habilidades ao longo do semestre.

As habilidades foram enumeradas pelo corpo docente do Departamento de Pediatria, incluindo o regente da disciplina, monitores e alunos da mesma, além dos autores deste trabalho. A escolha respeitou as condições comuns na prática pediátrica, incluindo sua influência nos indicadores de morbidade e mortalidade infantil. Após sua identificação, agregaram-se as habilidades em quatro grupos:

- Atendimento ao recém-nascido (seis habilidades): atenção ao recém-nascido, correta avaliação do índice de Apgar, avaliação da idade gestacional pelo índice de Apgar, avaliação da idade gestacional pelo índice de Capurro, correlação da idade gestacional com o peso ao nascer, identificação de malformações congênitas e identificação de insuficiência respiratória perinatal;
- Cuidados de Puericultura (quatro habilidades): correta orientação aos pais sobre amamentação, vacinação, alimentação nos primeiros anos de vida e avaliação do crescimento da criança;
- Exame físico pediátrico (cinco habilidades): correta tomada de medidas antropométricas, exame psicomotor, exame de orofaringe, otoscopia e a correta realização do registro destes dados no prontuário médico e
- Manejo de emergências pediátricas (três habilidades): manejo de uma crise convulsiva em crianças, aspiração da orofaringe e a correta aplicação de injeções.

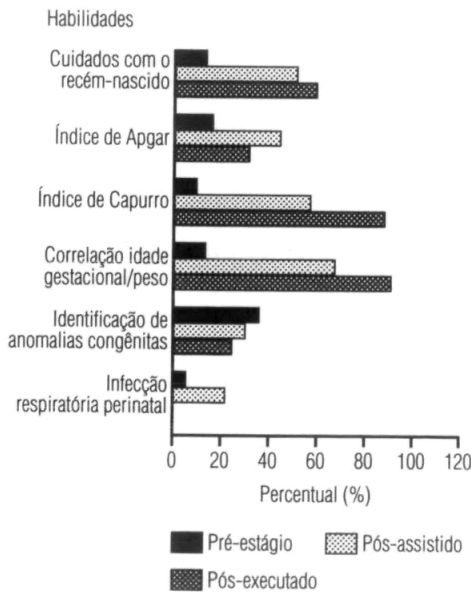
O presente estudo desenvolve a metodologia já anteriormente aplicada no programa de avaliação do ensino médico (8). As habilidades foram caracterizadas com referência ao conhecimento prévio, assistência e

desempenho em “sim” (assistiu ou desempenhou, pelo menos uma vez) ou “não” (não assistiu nem desempenhou). O escore criado para cada uma das quatro habilidades agregadas relaciona-se diretamente ao número de habilidades componentes de cada grupo. Definiu-se o aproveitamento pleno como percentual de assistência ou desempenho, pelo menos uma vez, de todas as habilidades em cada grupo de habilidades agregadas. A comparação das proporções foi feita por teste de qui quadrado. A significância estatística foi julgada em referência ao valor alfa convencional de 5%.

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

No gráfico 1 descrevem-se os resultados referentes ao atendimento do recém-nascido. Cerca de 15% dos alunos apresentaram conhecimentos prévios nese conjunto de habilidades, sendo que em quatro delas (cuidados com o recém-nascido, índices de Apgar e de Capurro, e correlação idade gestacional/peso ao nascer) houve uma melhora significativa tanto na assistência quanto no desempenho da turma ($P < 0,001$). O mesmo

GRÁFICO 1. Percentual de alunos com conhecimento prévio que assistiram e desempenharam, após estágio em Pediatria, as habilidades necessárias ao procedimento de atendimento ao recém-nascido.



Turma 92/1 (n=58)

não ocorrendo com a rubrica de identificação de anomalias congêntas, provavelmente pelos campos de estágios se centrarem em áreas ambulatoriais. Pode-se aplicar o mesmo raciocínio quanto à identificação de infecção respiratória perinatal, embora esta tenha apresentado um incremento significativo quanto à assistência ($P < 0,001$).

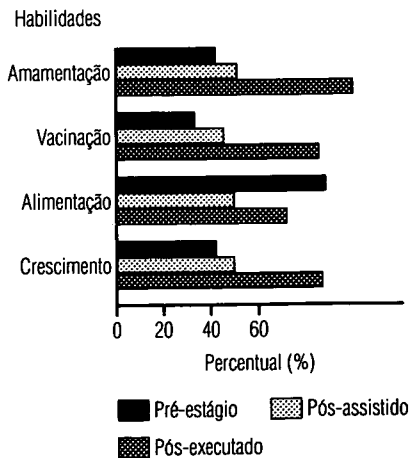
Os resultados relativos aos cuidados de Puericultura encontram-se no gráfico 2. A repercussão do estágio manifesta-se no incremento significativo, não da assistência mas do desempenho da correta indicação de amamentação, vacinação e avaliação da criança ($P < 0,001$), realizadas por mais de 80% de turma.

Já no gráfico 3 encontra-se o grupo de habilidades que conforma um exame físico pediátrico. Observa-se que, à exceção do exame físico psicomotor da criança, mais da metade da turma apresentava conhecimentos prévios das demais cinco habilidades questionadas. No pós-estágio, paradoxalmente, à exceção do exame otoscópico, as demais habilidades foram bem desempenhadas ($P < 0,001$).

No gráfico 4, sobre o manejo das emergências pediátricas, apenas uma proporção mínima dos alunos, no pré-estágio, apresentava algum conhecimento nesta área, sendo quase inexistente o desempenho no pós-estágio, com somente 30% dos alunos tendo assistido à realização da manobra de aspiração da orofaringe ($P < 0,001$).

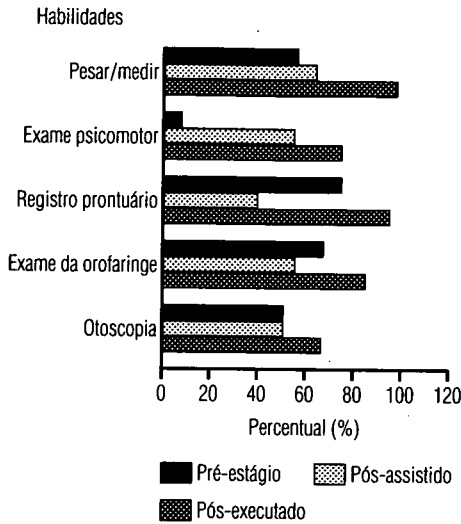
O aproveitamento pleno do grupo de habilidades estudadas está graficamente demonstrado no gráfico 5. Nota-se que 50% da turma realizou

GRÁFICO 2. Percentual de alunos com conhecimento prévio que assistiram e desempenharam, após estágio em Pediatria, as habilidades necessárias ao procedimento de Puericultura.



Turma 92/1 (n = 58)

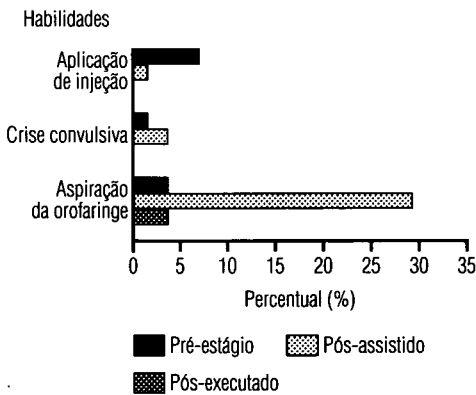
GRÁFICO 3. Percentual de alunos com conhecimento prévio que assistiram e desempenharam, após estágio em Pediatria, as habilidades necessárias ao procedimento de exame físico pediátrico.



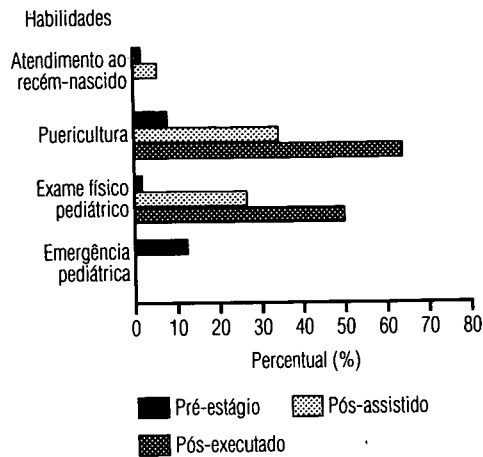
Turma 92/1 (n=58)

todas as habilidades inerentes a um exame físico pediátrico e 63,8% da consulta de puericultura. Não houve assistência ou desempenho plenos das habilidades componentes do grupo de emergências pediátricas e no atendimento ao recém-nascido.

GRÁFICO 4. Percentual de alunos com conhecimento prévio que assistiram e desempenharam, após estágio em Pediatria, as habilidades necessárias ao manejo de emergências pediátricas.



Turma 92/1 (n=58)

GRÁFICO 5. Percentual de alunos com desempenho pleno nos quatro grupos de habilidades consideradas.

Turma 92/1 (n=58)

Deve-se salientar que o objetivo básico da disciplina aqui analisada está centrado no atendimento ambulatorial e nas práticas do que se convencionou denominar de atenção primária em saúde, enumeradas nos grupos de habilidades da consulta de Puericultura e do exame físico pediátrico. Estas práticas apresentaram diferença positiva significativa ($P < 0,001$) quanto ao desempenho, frente ao conhecimento prévio, em todas as habilidades à exceção da realização de otoscopia. Já as habilidades necessárias ao atendimento do recém-nascido, realizadas geralmente em ambiente não-ambulatorial, apresentaram, mesmo assim, diferença significativa ($P < 0,001$) quanto à assistência em todas as habilidades, à exceção da identificação de anomalias congênitas.

CONCLUSÕES

Os resultados levam às seguintes conclusões:

- das dezoito habilidades questionadas, apenas oito foram desempenhadas por mais de 80% da turma;
- os procedimentos de rotina no exame físico pediátrico, tais como a otoscopia, foram executados em percentual inferior ao esperado;
- a quase totalidade dos estudantes não desempenhou os procedimentos necessários ao manejo de uma emergência pediátrica.

Embora reconhecendo as limitações do instrumento que vem sendo utilizado nesse processo de avaliação, o projeto integrado se tem

expandido para outras áreas, com o objetivo específico de avaliar quais as habilidades técnicas que são realmente desenvolvidas no curso de graduação médica. Assim, alguns resultados encontrados neste estudo repetem os observados no estágio de Anestesia, realizado no semestre imediatamente anterior ao de Pediatria, quando seria de esperar que procedimentos práticos absolutamente cruciais à formação do médico de clínica geral no atendimento de casos de emergência (aspiração da orofaringe, punção venosa, manejo de paciente inconsciente e crise convulsiva, por exemplo), já fossem relativamente familiares a todos os alunos, não estavam sendo desempenhados pela maioria e, em certos casos, nem mesmo assistidos pelos alunos nesse momento do curso (7).

Esse tipo de monitorização de estágios ajuda, sem dúvida, a situação do treinamento real do aluno, a qual é bem diferente da proposta. Dessa forma, os resultados deste estudo referendam outras avaliações (8) no tocante à importância de listagens para os procedimentos práticos em áreas de treinamento do aluno de graduação. Uma listagem das habilidades pretendidas no estágio, além de facilitar a avaliação do aprendizado, direciona o treinamento em serviço, tanto pela ação direta do professor como pela orientação do aluno para buscar alternativas de treinamento da ou das habilidades requeridas para a sua formação.

Presentemente estes dados estão sendo discutidos com o corpo docente responsável pela disciplina, visando a validar o questionário, reformular as habilidades questionadas e avaliar as conseqüências dos resultados encontrados sobre o planejamento futuro da disciplina. Na tentativa de se ter um melhor equacionamento, já se estão discutindo alguns fatores que talvez ajudem a explicar os resultados encontrados:

- a questão do tempo mínimo alocado ao aluno para apreender determinadas habilidades;
- as particularidades inerentes à clientela ambulatorial de um hospital universitário com áreas terciárias e quartenárias e
- a tensão entre as necessidades de uma área de ensino e a atividade de caráter assistencial, materializada na demanda de pacientes a serem atendidos.

REFERÊNCIAS

- 1 Lisboa, A.M. Contribuição à elaboração de diretrizes para o ensino de Pediatria no curso de graduação tendo em vista a prática de medicina geral. *Rev Bras Educ Med* 1991;15(1):5-7.
- 2 Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Anuário Estatístico do Brasil 1990*. FIBGE, 1992.
- 3 Waterson, A. Young doctors' views on their undergraduate child health teaching. *Arch Dis Child* 1987;62:500-503.
- 4 Matsell, D.G., Wolfish, N.M., Hsu, E. Reliability and validity of the objective structures clinical examination in paediatrics. *Med Educ* 1991;25(4):293-299.

- 5 Radrigán, K. El pregrado: ¿permite actuar en pediatría? *Rev Chil Pediatr* 1988; 59(3):210-213.
- 6 Wolf, F.M., Turner, E.V. Congruence between students and instructor perceptions of clinical teaching in paediatrics. *Med Educ* 1989;23(2):161-167.
- 7 Arenson-Pandikow, H.M., Plant, M.E., Moyes, D.G. Estágios de anestesia na graduação médica: avaliação de habilidades básicas. (Trabalho submetido à Revista *Educación Médica y Salud*).
- 8 Wakeford, R., Roberts, S. An evaluation of medical students' practical experience upon qualification. *Med Teach* 1982; 4(4):140-143.

TENDÊNCIAS DA GRADUAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE NO BRASIL

Joana Azevedo da Silva,¹ Lúcia Ypiranga,² José Carlos Seixas³ e Adib Domingos Jatene⁴

A formação de nível superior em saúde, no Brasil, tem sido objeto de preocupação das entidades profissionais, em geral, e das instituições de ensino e de serviço, em especial. Estudos diagnósticos da situação do ensino nas diversas carreiras de saúde, muito frequentes nestes últimos anos, têm levantado algumas questões acerca da formação do profissional de saúde nas universidades brasileiras, não apenas sob o ponto de vista qualitativo, mas também sob o aspecto quantitativo (1-5).

Informações oriundas do Sistema de Informações em Recursos Humanos — implantado em 1991 pela Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde (CGDRH/SUS), do Ministério da Saúde, tendo como fonte a Coordenação Geral de Planejamento Setorial do Ministério da Educação (6) — permitem levantar algumas considerações em torno de certas tendências quantitativas na for-

¹ Enfermeira, Sanitarista, Mestre em Saúde Pública, Coordenadora Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde, Brasil.

² Nutricionista, Doutora em Nutrição Humana, Consultora da Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde, Brasil.

³ Médico, Professor Assistente, Doutor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Ex-Secretário Executivo do Ministério da Saúde, Brasil.

⁴ Médico, Ex-Ministro de Estado da Saúde, Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil.

mação superior de profissionais de saúde, durante o período de 1985 a 1990, relacionadas especialmente à evolução da graduação, em função da oferta e da procura dos cursos de saúde no país.

A natureza meramente descritiva das tendências quantitativas, observadas na série em foco, impede considerações sobre as possíveis causas dos fenômenos observados que, por certo, guardam relação não só com aspectos conjunturais ao período analisado como, também, com outros elementos específicos e particulares que compõem seus distintos planos de determinação.

Esta qualificação poderá, de certo, auxiliar uma análise que aprofunde o diagnóstico da formação do profissional de saúde de nível superior que, sendo feita no interior de cada carreira, abrangerá suas determinações específicas e particulares sem, contudo, perder de vista o plano geral onde todas as carreiras se articulam.

O presente estudo objetiva, pois, descrever alguns aspectos como possíveis indicadores da situação geral da formação superior em saúde no país.

A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE NÍVEL SUPERIOR

Dentre os chamados profissionais de saúde de nível superior, consideram-se aqueles que têm sua formação integralmente na área de conhecimento definida pelo Ministério de Educação como "Ciências da Saúde" e aqueles com atuação no setor saúde, porém formados em outras áreas do conhecimento como, por exemplo, o psicólogo e o assistente social. Neste trabalho serão analisadas as tendências referentes aos profissionais atuantes no setor saúde e formados pelas "Ciências da Saúde" limitadas a: médicos, odontólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas e fisioterapeutas.

Evolução da graduação em saúde

Os dados para 1990 indicam haver, no Brasil, 393 cursos de formação superior em saúde, sendo 102 de Enfermagem, 81 de Odontologia, 80 de Medicina, 47 de Farmácia, 44 de Fisioterapia e 39 de Nutrição. Sua distribuição geográfica não é uniforme: a região Sudeste concentra as maiores proporções desses cursos (49 a 51%) enquanto que na região Norte encontra-se a menor concentração (tabela 1).

No Brasil, os cursos de formação superior em saúde produziram, em 1989, 21 084 profissionais de saúde, sendo 34% médicos, 26% odon-

TABELA 1. Número de cursos da área de saúde, segundo região politicoadministrativa, Brasil, 1990.

Cursos	Região					Brasil
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Medicina	03	13	44	16	04	80
Odontologia	02	13	46	14	06	81
Enfermagem	07	22	48	21	04	102
Farmácia	03	07	24	09	04	47
Nutrição	01	08	19	08	03	39
Fisioterapia	01	06	26	09	02	44
Total	17	69	207	77	23	393

Fonte: Ministério da Educação e Cultura — Coordenação Geral de Planejamento Setorial. Ministério da Saúde — Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde.

tólogos, 16% enfermeiros, 12% farmacêuticos, 6% nutricionistas e 6% fisioterapeutas (tabela 2).

A observação da evolução do índice de crescimento da graduação revelou um crescimento negativo da formação de profissionais de saúde, representado por um decréscimo de 6% no número de diplomados em saúde entre os anos de 1985 e 1989.

A tendência observada na diminuição do número de graduados em saúde pode ser identificada em todas as regiões do país. A análise da tendência da graduação em saúde, considerando as regiões geopolíticas,

TABELA 2. Distribuição percentual dos egressos da área de saúde, segundo cursos profissionais, Brasil, 1985 a 1989.

Curso	Ano				
	1985	1986	1987	1988	1989
Medicina	34%	34%	33%	33%	34%
Odontologia	24%	25%	26%	26%	26%
Enfermagem	20%	20%	19%	18%	16%
Farmácia	10%	11%	11%	12%	12%
Nutrição	06%	06%	06%	06%	06%
Fisioterapia	06%	04%	05%	05%	06%
Total de profissionais	22.377	21.508	20.554	21.430	21.084

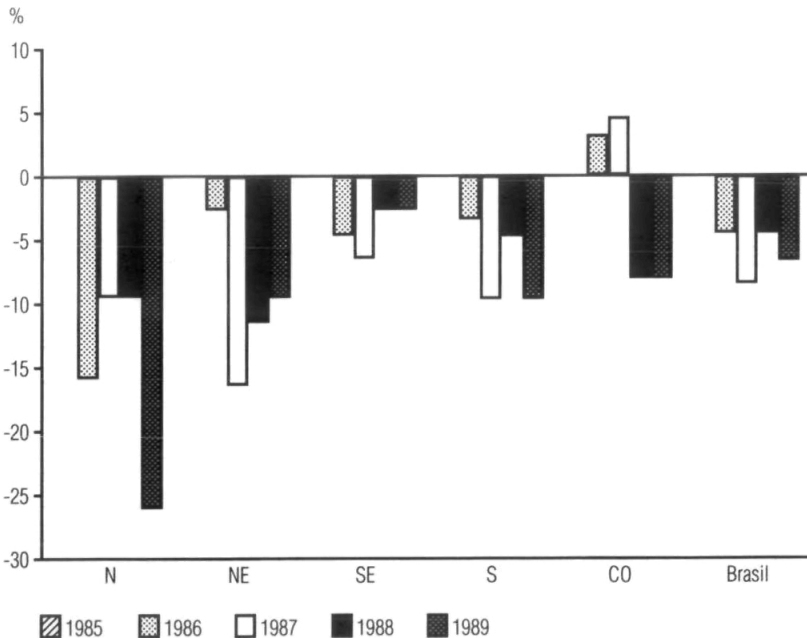
Fonte: Ministério da Educação e Cultura — Coordenação Geral de Planejamento Setorial. Ministério da Saúde — Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde.

mostrou que em 1989 o maior decréscimo (26%) ocorreu na região Norte (gráfico 1).

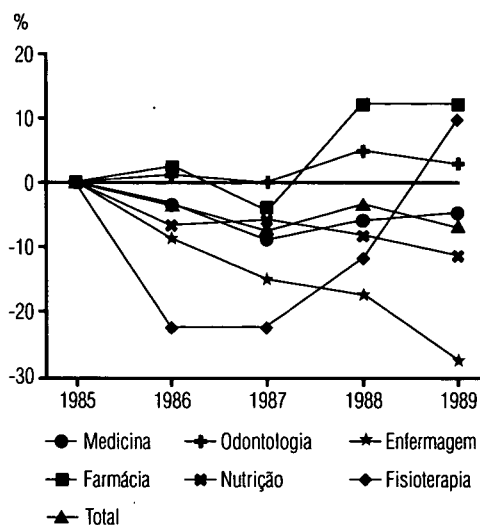
Entretanto essa tendência, quando examinada segundo os diversos cursos que formam os profissionais de saúde, não revelou ser uniforme. Três carreiras (Medicina, Enfermagem e Nutrição) apresentaram uma evolução negativa do número de diplomados, enquanto que Odontologia, Farmácia e Fisioterapia mostraram um crescimento positivo. Em alguns cursos, a evolução do crescimento manteve-se negativa em todo o período observado (Medicina e Enfermagem); em outros, o valor positivo foi recuperado ao longo do período, havendo apenas um curso, o de Odontologia, que se manteve em evolução positiva quanto ao número de seus graduados, durante todo o período observado (gráfico 2).

A distribuição do decréscimo de graduados entre as carreiras, também se revelou distinta entre as regiões do país: os cursos de Medicina e de Enfermagem apresentaram menos graduados em todas as regiões do país, enquanto que para a Nutrição esta redução concentrou-se nas regiões Sul e Sudeste. O aumento do número de diplomados em Fisioterapia só

GRÁFICO 1. Crescimento proporcional do número de graduados na área de saúde, segundo região geopolítica, Brasil, 1985–1989 (ano índice = 1985).



Fonte: MEC – Coordenação Geral de Planejamento Setorial
MS – Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS

GRÁFICO 2. Crescimento proporcional do número de graduados nos cursos de saúde, segundo categoria profissional, Brasil, 1985–1989.

Fonte: MEC – Coordenação Geral de Planejamento Setorial
MS – Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS

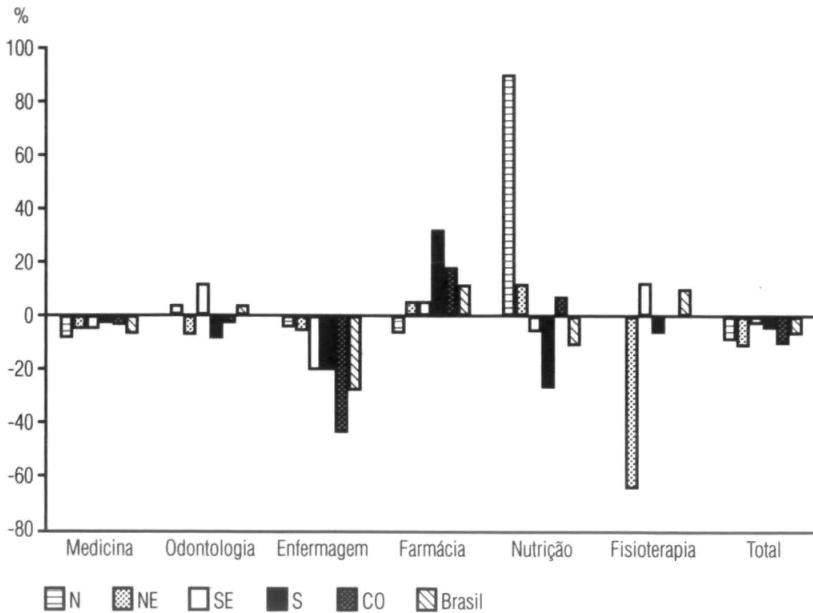
aconteceu na região Sudeste; nas demais, houve decréscimo (6% na região Norte e 67% no Nordeste) (gráfico 3).

O crescimento negativo da graduação em saúde parece ser uma característica dos anos 80, em contraposição ao crescimento acelerado ocorrido nas duas décadas anteriores (1960 e 1970). Pode-se observar esse fato pelo índice de crescimento da graduação nas três maiores carreiras de saúde: Medicina, Odontologia e Enfermagem. Os anos 60 marcaram o início da expansão da graduação em saúde, tendo nos diplomados em Medicina sua maior expressão — 172% em relação à década anterior. A década de 1970 representou o crescimento da graduação nas três carreiras, especialmente Enfermagem — 294% em relação à década anterior. Nos anos 80 o crescimento da graduação manteve-se positivo apenas para Odontologia (gráfico 4).

Pela observação dos dados analisados pelo Ministério da Saúde (7) verifica-se que houve um crescimento negativo em todas as carreiras com exceção da de Odontologia, ocorrido na década de 1980, e que se concentrou nos seus últimos anos (2ª metade do curso).

A diminuição do número de graduados em saúde na década de 1980 pode ser um fenômeno *natural*, decorrente da desaceleração do forte crescimento do ensino superior induzido nas duas décadas anteriores, mas

GRÁFICO 3. Crescimento proporcional do número de diplomados no Brasil, segundo regiões geopolíticas e categorias profissionais, 1985–1989.



Fonte: MEC – Coordenação Geral de Planejamento Setorial
MS – Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS

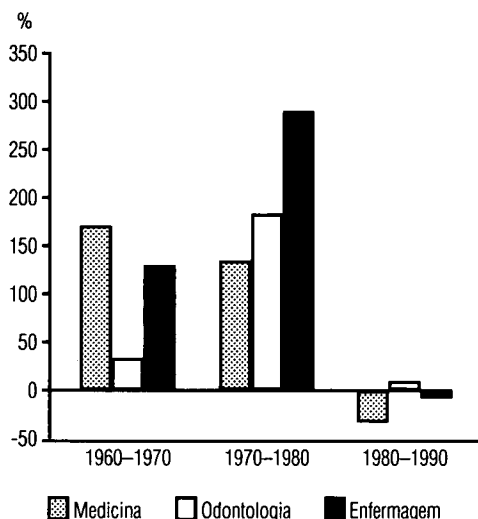
poderá estar também relacionado com outros fatores dependentes ou não do processo acadêmico de formação.

Os efeitos das políticas oficiais de restrição à abertura de novos cursos e à ampliação do número de vagas poderiam ser chamados a explicar esse fenômeno. Também o desenvolvimento econômico e a evolução da divisão social e técnica do trabalho poderiam estar proporcionando novas oportunidades e atraindo os candidatos para outras áreas do conhecimento.

Esses fatores terão de ser considerados ao se analisar a tendência da graduação, seus condicionantes e suas conseqüências. Entretanto, a apresentação que se segue sobre as informações relativas ao número de vagas oferecidas nos diferentes cursos e a procura pelos mesmos (representada pelo número de candidatos ao vestibular, 1ª opção), e o preenchimento das vagas (representado pelo número de matriculados na série inicial), certamente indicará a necessidade de ampliação da abrangência da análise desse fenômeno.

A geração de empregos para os profissionais de nível superior da área de saúde é outro fator que merece ser analisado. Por exemplo no

GRÁFICO 4. Crescimento proporcional do número de graduados em Medicina, Odontologia e Enfermagem, Brasil, 1955–1990.



Fonte: MEC – Coordenação Geral de Planejamento Setorial
MS – Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS

caso dos enfermeiros (profissão em relação à qual a atividade liberal sempre foi mínima) a oferta crescente desses profissionais na década de 1970 e início dos anos 80 não respondeu, em períodos posteriores, de maneira equivalente em termos de absorção pelo mercado de trabalho.

Entretanto, a análise desses fatores não foi objeto deste trabalho. Ao discutir essas tendências, os autores esperam apontar para linhas e temas de estudo e investigação cujo conhecimento gerado possa orientar propostas de intervenção e de políticas.

Evolução de outros indicadores da formação superior em saúde

Neste trabalho de descrição de tendências de formação superior em saúde, consideram-se também outros indicadores como a oferta e a procura de cursos de saúde.

Esses indicadores, disponíveis através do Sistema de Informações em Recursos Humanos do Ministério da Saúde, mostram, para o período em foco, uma evolução distinta da apresentada pelo número de diplomados. De um modo geral, os dados do Ministério da Educação, analisados pelo Ministério da Saúde, mostram uma tendência positiva desses outros indicadores da formação superior em saúde (7).

Assim, a comparação do aumento do número de vagas oferecidas no vestibular aos cursos de saúde com o número de candidatos inscritos (entre 1986 e 1990) leva à observação de que a procura a esses cursos dessa área continua maior que a oferta — esta cresceu 12% no período e a procura 22%. A mesma situação se reproduz nas regiões Sudeste e Sul, enquanto que nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, observa-se o contrário — a oferta de vagas para os cursos de saúde apresentou um crescimento superior ao da procura (tabela 3).

Analisando a oferta de cursos de saúde e a procura pelos mesmos para o período em questão, segundo a categoria profissional, observa-se que o crescimento da procura foi maior que o da oferta apenas nas carreiras de Medicina e de Odontologia, enquanto que as demais apresentaram situação inversa (gráfico 5).

A oferta dos cursos de Medicina apresentou-se estável em todas as regiões do país durante o período analisado, porém o crescimento da procura a esses cursos continua maior nas regiões Sudeste e Sul. Na região Norte observou-se, durante o período, uma diminuição da procura dos cursos de Medicina (-6%).

Para a carreira de Odontologia, a procura pelos cursos foi maior que sua oferta em todas as regiões do país, exceto na região Centro-Oeste. As regiões que apresentaram o maior crescimento na procura dos cursos de Odontologia foram a Sul e a Centro-Oeste.

A carreira de Nutrição apresentou, durante o período, crescimento semelhante da oferta e da procura de seus cursos. Na região Norte, onde existe apenas um curso, a oferta permaneceu estável, enquanto que a procura mostrou um decréscimo de 2% no período analisado.

Para os cursos de Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia a oferta e a procura apresentaram índices semelhantes durante o período — havendo maior crescimento da oferta. Para os cursos de Farmácia, o cresci-

TABELA 3. Crescimento da oferta e da procura dos cursos da área de saúde, segundo região geopolítica, Brasil, 1986-1990.

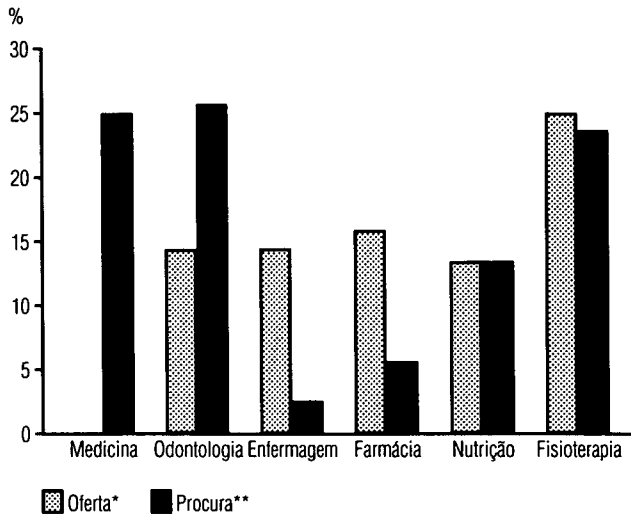
	Crescimento 1986/1990 (%)					Brasil
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Oferta ^a	08	09	10	14	53	12
Procura ^b	06	07	22	42	36	22

Fonte: Ministério da Educação e Cultura — Coordenação Geral de Planejamento Setorial.
Ministério da Saúde — Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde.

^aVagas oferecidas.

^bInscrições no vestibular, 1ª opção.

GRÁFICO 5. Crescimento proporcional da oferta e da procura dos cursos da área de saúde, segundo categoria profissional, Brasil, 1986–1990.



Fonte: MEC – Coordenação Geral de Planejamento Setorial
 MS – Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS
 *Vagas oferecidas no Vestibular **Inscrição no vestibular = 1ª opção

mento da oferta só não foi maior que o da procura nas regiões Sul e Centro-Oeste. Para os cursos de Fisioterapia, o crescimento da procura suplantou o da oferta nas regiões Norte e Sudeste. Na carreira de Enfermagem, apenas a região Sudeste apresentou o crescimento da procura maior do que o da oferta. Em três regiões houve diminuição da procura aos cursos de Enfermagem — Nordeste (9%), Sul (4%) e Centro-Oeste (1%).

Em síntese, a procura pelos cursos de saúde, de um modo geral, continua sendo maior do que sua oferta no país, havendo algumas diferenças regionais entre as diversas carreiras.

A proporção de candidatos inscritos nos exames vestibulares, indicador simples da demanda pelos cursos, poderia apontar para uma possível discussão sobre a posição da carreira na escala de valores profissionais da população.

A distribuição proporcional do número de inscritos nos vestibulares dos cursos de saúde tem sido mais ou menos constante ao longo do período observado: em 1990 as 322 699 vagas foram procuradas, em sua maioria, por candidatos a Medicina (46%) e Odontologia (32%) e os 22% restantes por interessados em Enfermagem (8%), Farmácia (7%), Fisioterapia (4%) e Nutrição (3%).

O número de vagas oferecidas nos exames vestibulares (indicador simples da oferta de cursos à população), quando relacionado ao número de matriculados na série inicial, informa sobre a disponibilidade de acesso e a capacidade de absorção dos cursos.

Comparando-se a oferta de vagas nos cursos da área de saúde com o número de matriculados na série inicial, verifica-se que as vagas oferecidas não foram totalmente preenchidas (tabela 4).

Em apenas um ano do período em foco (1987), o preenchimento das vagas no conjunto dos cursos atingiu a proporção de 100% em todas as regiões do país. Chama a atenção o primeiro e o último anos da série onde as vagas, em todo o país, só foram plenamente preenchidas em um curso, o de Odontologia (1986) e o de Farmácia (1990) (tabela 5).

O sucesso obtido durante o período observado quanto à procura dos cursos, indicado pelo número de alunos matriculados na sua série inicial, se fez notar com um aumento de 8% no número de iniciantes às carreiras em saúde (de 26 557 alunos em 1986 a 28 707 em 1990). Os maiores acréscimos de matrícula na série inicial dos cursos de saúde corresponderam ao Centro-Oeste (51%) e ao Norte (26%), seguindo-se o Sul (9%), o Sudeste (6%) e o Nordeste (2%).

Entre 1986 e 1990, a evolução do alunato, indicador das condições de estabilidade e de desenvolvimento do curso, mostrou uma tendência positiva na manutenção do número total de alunos matriculados nos cursos da área de saúde, equivalente a 8% de crescimento (de 122 758, em 1985, para 132 096, em 1989). A distribuição regional do crescimento do alunato apresentou perfil semelhante.

Também, entre as diversas carreiras, essa tendência distribuiu-se de maneira mais ou menos uniforme, exceção feita aos cursos de Enfermagem que assinalaram o início de um decréscimo no seu alunato a partir de 1988.

TABELA 4. Proporção do preenchimento de vagas oferecidas no 1º ano dos cursos de saúde, segundo regiões geopolíticas, Brasil, 1986/1990.

Região	1986	1987	1988	1989	1990
Norte	98	103	102	99	96
Nordeste	98	103	102	99	96
Sudeste	93	101	100	93	91
Sul	97	107	98	88	93
Centro-Oeste	98	109	108	52	97
Brasil	94	102	97	98	91

Fonte: Ministério da Educação e Cultura — Coordenação Geral de Planejamento Setorial. Ministério da Saúde — Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde.

TABELA 5. Proporção de preenchimento das vagas oferecidas no vestibular aos cursos da área de saúde, segundo categoria profissional, Brasil, 1986/1990.

Cursos	1986	1987	1988	1989	1990
Medicina	99	105	100	77	96
Odontologia	100	103	100	92	95
Enfermagem	85	95	87	105	81
Farmácia	99	114	105	102	100
Nutrição	84	98	88	103	85
Fisioterapia	97	102	96	150	95
Total	94	102	97	98	91

Fonte: Ministério da Educação e Cultura — Coordenação Geral de Planejamento Setorial.
Ministério da Saúde — Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde.

Por último, a análise de tendências aqui realizada contempla mais um indicador: o afastamento temporário (trancamento de matrícula) ou permanente (abandono do curso) verificado durante o período analisado. Se a oferta de cursos na área de saúde continua em alta e se a procura aos mesmos apresenta crescimento positivo, somente o afastamento crescente de alunos explicaria o decréscimo de graduações nesse período. Em todas as carreiras, e com distribuição semelhante entre as regiões geopolíticas, observou-se, no mesmo período, afastamento crescente dos cursos da área de saúde.

O afastamento temporário ou permanente acusado pelos dados que descrevem a situação na época, mostrou-se crescente em todas as carreiras, com distribuição semelhante em todas as regiões do país. Em 1986, o número de alunos afastados dos cursos da área de saúde foi de 5 057, passando para 11 613 em 1990 — um crescimento de afastados em todos os cursos do país de 129%. O ano de 1987 parece marcar, nesta série, o início do aumento da proporção de afastamento dos cursos.

A distribuição proporcional desses afastamentos, segundo as diferentes carreiras, difere ao longo do período observado tanto no país, como um todo, como nas regiões. Contudo, em seu conjunto, as proporções mais altas representam os cursos de Enfermagem e Farmácia — dos 11 613 alunos que deixaram os cursos de saúde em 1990, 33% eram de Enfermagem e 20% de Farmácia. A participação dos cursos de Enfermagem na proporção de afastamento dos cursos manteve-se alta por todo o período, enquanto que a dos cursos de Medicina e Odontologia sofreu um decréscimo de 23 para 5% e de 13 para 11%, respectivamente. A participação dos cursos de Nutrição no afastamento dos cursos de saúde apresenta-se constante, em torno de 12%, e a dos cursos de Fisioterapia mostrou-se ascendente, de 5 para 8%.

A participação dos setores público e privado na formação superior em saúde

Pode-se observar o crescimento da participação das instituições privadas de ensino na formação superior em saúde, no Brasil, na distribuição proporcional da graduação em saúde —de 39% em 1985 para 43% em 1989— enquanto que no setor público esta proporção tende a cair, especialmente nas instituições federais (tabela 6).

A análise da evolução da graduação na área de saúde, segundo a dependência administrativa das instituições de ensino, mostrou que o decréscimo de graduados ocorreu apenas no setor público (8%) enquanto que no setor privado houve um acréscimo (8%). Entre as instituições sob administração pública, o decréscimo maior esteve com as municipais (43%), seguindo-se as federais (9%); entre as estaduais houve um acréscimo de 6% no número de concluintes (tabela 7).

Há uma tendência à diminuição do alunato nos cursos sob a administração pública (de 62% em 1986 para 54% em 1990), e um progressivo aumento de graduações em saúde nas instituições privadas (de 38% em 1986 para 46% em 1990) (tabela 8). Isto se evidencia na evolução do crescimento do alunato dos cursos de saúde no período estudado — positivo para aqueles sob administração privada (36%) e negativo para o setor público (-4%).

O crescimento de vagas no vestibular também apresentou tendências diferentes segundo a dependência administrativa das instituições — enquanto no setor público foi de 2%, no privado foi de 37%. A participação do setor privado na oferta de vagas nos cursos de saúde aumentou de 44%, em 1986, para 51%, em 1990 (tabelas 9 e 10).

TABELA 6. Distribuição proporcional do número de diplomados, segundo a dependência administrativa dos cursos de saúde, Brasil, 1985/1989.

Dependência Administrativa	Ano				
	1985	1986	1987	1988	1989
Pública	61%	60%	61%	58%	57%
Federal	41%	42%	42%	40%	38%
Estadual	15%	14%	16%	15%	16%
Municipal	05%	04%	03%	03%	03%
Privada	39%	40%	39%	42%	43%
Total de diplomados	21.409	21.508	19.531	21.430	21.084

Fonte: Ministério da Educação e Cultura — Coordenação Geral de Planejamento Setorial. Ministério da Saúde — Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde.

TABELA 7. Índice de crescimento de egressos, segundo a dependência administrativa dos cursos de saúde, Brasil, 1985/1989.

Dependência Administrativa	Ano				
	1985 ^a	1986	1987	1988	1989
Pública	100	99	91	94	92
Federal	100	102	90	96	91
Estadual	100	94	102	102	106
Municipal	100	101	66	57	57
Privada	100	102	91	108	108

Fonte: Ministério da Educação e Cultura — Coordenação Geral de Planejamento Setorial. Ministério da Saúde — Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde.

^aAno índice = 100.

TABELA 8. Distribuição percentual do total de matriculados em cursos de saúde, segundo a dependência administrativa da instituição mantenedora, Brasil, 1986/1990.

Dependência Administrativa	Ano				
	1986	1987	1988	1989	1990
Pública	62	60	59	55	54
Federal	44	43	41	39	38
Estadual	14	13	15	14	14
Municipal	04	04	03	02	02
Privada	38	40	41	45	46
Total de Matriculados	118.385	127.243	122.809	130.083	132.096

Fonte: Ministério da Educação e Cultura — Coordenação Geral de Planejamento Setorial. Ministério da Saúde — Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde.

TABELA 9. Índice de crescimento do número de vagas no vestibular aos cursos de saúde, segundo a dependência administrativa da instituição mantenedora, Brasil, 1986/1990.

Dependência Administrativa	Ano				
	1986 ^a	1987	1988	1989	1990
Pública	100	99	98	98	102
Federal	100	98	99	98	100
Estadual	100	101	109	111	117
Municipal	100	97	64	67	77
Privada	100	114	119	127	137

Fonte: Ministério da Educação e Cultura — Coordenação Geral de Planejamento Setorial. Ministério da Saúde — Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde.

^aAno índice = 100.

TABELA 10. Distribuição percentual do número de vagas no vestibular aos cursos de saúde, segundo a dependência administrativa da instituição mantenedora, Brasil, 1986/1990.

Dependência Administrativa	Ano				
	1986	1987	1988	1989	1990
Pública	56	53	52	50	49
Federal	37	34	34	32	31
Estadual	14	13	14	14	14
Municipal	05	05	04	04	04
Privada	44	47	48	50	51
Total de vagas	26.867	28.313	28.696	29.723	31.475

Fonte: Ministério da Educação e Cultura — Coordenação Geral de Planejamento Setorial. Ministério da Saúde — Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde.

A participação do setor privado na oferta de cursos se faz maior em algumas carreiras como, por exemplo, a de Fisioterapia (70%). A predominância do setor privado se faz maior nas regiões Sul e Sudeste para todas as carreiras da área de saúde.

COMENTÁRIOS FINAIS E CONCLUSÕES

As tendências aqui descritas dos indicadores das condições de formação superior em saúde dão a entender que o acesso às carreiras de saúde continua em disponibilidade crescente para alguns cursos, fato evidenciado pelo crescimento positivo na evolução do número de vagas oferecidas no vestibular. Essas informações também indicam que a procura às profissões de saúde tem tido um crescimento positivo e regular em todas as carreiras. O sucesso dessa procura se comprova pelo crescimento do número de matrículas na série inicial dos cursos.

Contudo, a comparação destes dois últimos indicadores, vagas oferecidas e matrícula na série inicial, evidencia que na formação superior as carreiras de saúde não estão preenchendo plenamente as vagas oferecidas em seus cursos.

Essa evidência reforça outra questão levantada por esta análise: a formação em saúde apresentou uma tendência decrescente nos últimos anos da década passada, tendência que ainda continua no início dos anos 90.

A manutenção do alunato em crescimento positivo indicaria a ampliação do tempo de graduação nos cursos de saúde, ou seja, a permanência do estudante na universidade por um período mais longo, ex-

plicando, em parte, o decréscimo da graduação durante o período? O crescimento do número de estudantes que se afastam dos cursos de saúde não reforça, porém, essa suposição e levanta outra questão: que estaria determinando o afastamento em níveis tão altos de alunos do ensino superior de saúde?

Na análise da determinação do fenômeno evidenciado na série histórica observada não se poderá deixar de incluir, entre os aspectos relacionados com o desenvolvimento de cada curso e situados nos planos específico e particular do processo de formação acadêmica, o modelo pedagógico assumido pela instituição.

Finalmente, ao se constatar o crescimento, discreto porém constante, da participação de instituições privadas na formação de profissionais de saúde, essas questões assumem as dimensões que caracterizam esses dois tipos de administração, a pública e a privada, aumentando a complexidade da análise dos fenômenos em tela.

Para elucidar as questões aqui levantadas sobre a formação superior em saúde no Brasil, será necessário, e por isso faz-se a sugestão, discutir as especificidades do processo com cada categoria profissional, em particular, envolvendo tanto as instituições de ensino como as prestadoras de serviços, incluindo os Ministérios da Educação e da Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Brasil. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. *Marco de referência para a elaboração de um plano de diagnóstico de recursos humanos em alimentação e nutrição*. Brasília, 1977.
- 2 Brasil. Ministério da Educação. Os cursos de Nutrição no Brasil: evolução, corpo docente e currículo. *Série de Cadernos da Saúde*, nº 6. Brasília, 1990.
- 3 Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). *Projeto de avaliação das escolas médicas do Brasil*. Brasília, 1992.
- 4 Ypiranga, L. (org) *Os serviços de Nutrição dos Hospitais Universitários: suas relações com o ensino*. Brasília, 1990.
- 5 Ypiranga, L. Formação superior em saúde: um desafio a enfrentar. *Boletim Informativo em Recursos Humanos, Ministério da Saúde*. 1(1):7-8, Brasília, 1992.

HONDURAS: DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS DOCENTES E INSTITUCIONALES A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN PERMANENTE¹

Melba Baltodano,² Rita de Martínez,² Silvia E. de Solís,² Norma de Alfaro,² Nohemi Mendoza,² Nidia Andrade² y Martha de Rodríguez³

INTRODUCCIÓN

Honduras, como el resto de los países en desarrollo de la Región de las Américas, enfrenta desde hace ya varios años una etapa crítica en su proceso de desarrollo económico y político que afecta de diversas maneras a los sectores sociales, especialmente al de salud. Una característica relevante de tal situación de crisis se refiere a la evidente incongruencia entre las necesidades reales de salud de la población, y la capacidad que los recursos humanos que egresan de las instituciones educativas tienen para aportar en la búsqueda de alternativas y salidas para esa crisis.

Las políticas y estrategias de salud que el país ha adelantado en las dos últimas décadas en gran medida se han apoyado en un papel relevante de la enfermera como miembro de los equipos que trabajan en los diferentes niveles del sistema de servicios de salud; pero a medida que se han ido modificando las características del contexto nacional y regional, específicamente en lo que se refiere a la prioridad que ahora se otorga al trabajo en los niveles locales, se ha observado una tendencia a la disminución del impacto de las acciones de la enfermera (a pesar del amplio abanico de responsabilidades, funciones y tareas a ella encomendada); como consecuencia, su rol se ha vuelto poco relevante para el propósito de alcanzar transformaciones de la práctica de salud y cambios en las condiciones de vida de la población. A ello se agrega la existencia de formas de trabajo (especialmente las que tienen que ver con el modelo gerencial en boga), en las que imperan condiciones y características típicamente normativas,

¹ Relato de una experiencia de trabajo conjunto realizado por el Departamento de Educación en Enfermería del Centro Universitario Regional del Norte y la Región Sanitaria No. 3 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, San Pedro Sula, Honduras.

² Departamento de Educación en Enfermería, CURN, San Pedro Sula, Honduras.

³ Región Sanitaria No. 3, San Pedro Sula, Honduras.

que impiden una efectiva participación y aporte de los diferentes actores sociales que intervienen en los procesos de trabajo y en la búsqueda de soluciones a los conflictos.

La Universidad Nacional Autónoma de Honduras ha tomado conciencia de la situación indicada, y ha formulado lineamientos tendientes a reorientar la educación y la práctica de la enfermería a través de un proceso de desarrollo de la carrera que, por una parte utilice enfoques interdisciplinarios y multiprofesionales para poder abordar los problemas de una manera integral (1), y por otra, que incorpore elementos metodológicos y propuestas pedagógicas capaces de estimular una participación más activa de los estudiantes en su propio proceso de aprendizaje y en la generación de conocimiento contribuyente (1).

Al considerar diferentes opciones, el Departamento de Educación en Enfermería decidió utilizar los resultados que habían sido obtenidos a través del análisis prospectivo de la educación en enfermería realizado cuatro años antes; dicha decisión se fundamentó en la necesidad de buscar mecanismos para poder formular, críticamente, una serie de alternativas (de mediano y corto plazo) para viabilizar el desarrollo de la enfermería; en este sentido, tanto el uso de la prospectiva como la incorporación de abordajes estratégicos han propiciado la construcción (y su posterior incorporación al análisis) de una visión de futuro ideal, de una situación "deseada", que al ser comparada con la realidad existente (incluido el análisis de la red causal de los problemas), emerge como una posibilidad real, susceptible de ser alcanzada (2); en otros términos, **como una imagen-objetivo**.

Tal imagen-objetivo se apoya en una intencionalidad definida, que orienta hacia el desarrollo de un profesional de enfermería capacitado científica y técnicamente para **analizar e interpretar** los fenómenos sociales, económicos, políticos y culturales que ocurren dentro de la sociedad en que vive, en un momento histórico determinado; para **adquirir y preservar** una clara conciencia de identidad nacional (aunque reconociendo la heterogeneidad de los diferentes grupos sociales) y para **desarrollar** un pensamiento crítico y reflexivo en el estudio del proceso salud-enfermedad, tanto en lo que hace a su dimensión biológica como en sus connotaciones social y cultural.

La adopción de este nuevo perfil profesional conlleva la participación consciente de los grupos de trabajo de enfermería en los esfuerzos para encontrar modalidades gerenciales y educativas que faciliten la búsqueda de formas de satisfacer las necesidades de la población; implica además la urgencia de transformar no solamente los estilos de administración y prestación de servicios, sino también los enfoques pedagógicos correspondientes; se pretende con ello incrementar las posibilidades de diálogo y negociación permanentes (tanto intra como extrasectorialmente), y

como una de sus consecuencias, el fortalecimiento del dinamismo de la comunidad en los procesos que demandan su participación en la toma de decisiones para mejorar su salud.

Otros hechos ocurren simultáneamente, y son los que se refieren al avance de la ciencia y la tecnología en asuntos pertinentes al problema de trabajo planteado: en este sentido el uso de la investigación como herramienta de trabajo cotidiano, apoya el desempeño del recurso humano al facilitarle no solo la apropiación de nuevos conocimientos sino también la incorporación de innovaciones tecnológicas que favorecen su desempeño en el servicio y su propio desarrollo profesional.

Ha sido ante estas consideraciones que el personal docente de la carrera de enfermería del Centro Universitario Regional del Norte, conjuntamente con personal de los servicios de salud de la Región Sanitaria N° 3 del Ministerio de Salud de Honduras, plantearon una propuesta educacional tendiente a facilitar el desarrollo de la profesión a través de aproximaciones sucesivas, y que expone como características relevantes, entre otras las siguientes:

- se **orienta** hacia una imagen-objetivo construida a partir del resultado del análisis prospectivo realizado;
- **apoya** los esfuerzos de integración docencia-servicio utilizando la estrategia de círculos de estudio colectivo, y creando así espacios de reflexión y debate en los que actúan conjuntamente trabajadores de ambos grupos institucionales (docentes y de servicio);
- **promueve** el trabajo multidisciplinario, y
- **aborda** los problemas con un enfoque epidemiológico y social.

La zona en que se realizó la experiencia forma parte de la Región Sanitaria N° 3, que está ubicada en el norte del país; la Región abarca a una población de 1.315.368 habitantes; es la zona industrial por excelencia del país pero su economía también se sustenta en una importante actividad agraria y ganadera; cuenta con 140 establecimientos de salud distribuidos en las áreas urbana y rural (3). En el desarrollo de la experiencia participaron personal, recursos e instalaciones del Ministerio de Salud (un hospital de nivel nacional y cuatro de nivel regional, un centro de capacitación y varios centros de salud urbanos y rurales), del Instituto de Seguridad Social (un hospital regional) y de la Universidad (la carrera de enfermería).

Objetivos

Desde su inicio, el planteamiento se enmarcó en un objetivo general de “fortalecer la integración docencia-asistencia mediante el de-

sarrollo de un proceso educativo permanente basado en una estrategia que enfatiza los círculos de estudio” y dos objetivos específicos: propiciar el desarrollo curricular de la carrera de enfermería y contribuir al desarrollo de los recursos humanos institucionales y docentes en salud.

El proceso seguido

El proceso tuvo una primera etapa de discusión y análisis de los resultados del análisis prospectivo de la educación en enfermería realizado en años anteriores, así como de “socialización” de la imagen-objetivo alcanzada a partir de dicha discusión. En esta etapa se propició el aporte libre de ideas y enfoques innovadores de los problemas del servicio y de la educación, lo cual a su vez permitió a las enfermeras **desenvolverse** en contextos cada vez más amplios, **enriquecer** sus intervenciones y propuestas a partir de la consideración de aportes de los demás, y ampliar así la posibilidad de **ofrecer** mejores respuestas a las demandas de la población. Las discusiones, al comienzo informales, hicieron evidente la necesidad de mejorar la coordinación y la comunicación entre los distintos integrantes, a fin de establecer códigos comunes y facilitar la apertura de nuevas formas de abordaje de las situaciones/problema. La técnica de “círculos de estudio” fue seleccionada en un principio como mecanismo participativo para **analizar** los problemas relevantes, **identificar** sus causas, y **construir** opciones y alternativas de solución en base a criterios de factibilidad, viabilidad, eficacia y equidad. La etapa preparatoria del proceso tuvo una maduración aproximada de siete meses.

La estrategia así seleccionada es, esencialmente, una modalidad de educación permanente que estimula el aprendizaje constante alrededor de problemas reales, a la vez que incorpora a personal de distintos niveles y de diversas instituciones de salud y educación que están ubicadas en el ámbito geográfico descrito. Han sido estas instituciones las encargadas de **identificar** sus problemas y necesidades, de **sistematizar** el desarrollo de un proceso educativo fundamentado en los círculos de estudio, y de **integrar** conocimientos y disciplinas, todo alrededor de temáticas afines a dichos problemas y necesidades.

La participación inicial fue aproximadamente de 40 funcionarios, que luego, en una segunda etapa, se convirtieron en agentes multiplicadores al replicar los círculos de estudio y el resto de las experiencias de aprendizaje en sus áreas de trabajo. La selección de los participantes estuvo a cargo de funcionarios de nivel de dirección regional; con ellos

también se ventilaron asuntos relativos a la temática, la programación y los tiempos. Hay rotatividad de sedes y espacios educativos, para favorecer la participación por instituciones en forma equilibrada.

La metodología privilegia la problematización de situaciones; el análisis situacional, hecho en forma colectiva, es el punto de partida para una construcción progresiva del proceso (4); la revisión bibliográfica y de materiales de apoyo favorece el planteamiento de hipótesis y alternativas que a su vez, son discutidas en las distintas áreas de trabajo; las instancias a cargo de la coordinación del proceso prestan las asesorías y colaboraciones correspondientes, e igual cosa sucede de parte de varias de las distintas agencias que prestan cooperación técnica al Ministerio de Salud en el renglón de desarrollo de personal de salud. Las fuentes de financiamiento son las instituciones nacionales por una parte, y la Organización Panamericana de la Salud por otra.

El seguimiento del proceso desarrollado hasta ahora muestra que la mecánica utilizada **facilita** la actualización del personal docente y de servicio a través del desarrollo de habilidades y destrezas, **contribuye** a la modificación de apreciaciones que el personal de los servicios tiene respecto a la actividad formadora de recursos humanos, **fortalece** la capacidad operativa del personal docente al incorporarlo al trabajo de los servicios, **reduce** los costos de capacitación de personal, **crea** condiciones para que la temática derive de la problemática identificada, **provee** fundamentos para la readecuación curricular, a la vez que **fomenta** el trabajo interdisciplinario y en equipo, **propicia** la integración docente-asistencial y con la sociedad, y **contribuye** a la consolidación del espíritu grupal.

Además de las discusiones ordinarias, se han desarrollado talleres de análisis del contexto nacional, jornadas de readecuación y ajuste curricular según situaciones y demandas, debates sobre asuntos esenciales para la continuidad del proceso (tales como el análisis permanente de la imagen-objetivo formulada, la discusión sobre el alcance y la viabilidad real de las metodologías de problematización, la investigación, la epidemiología social, cuestiones de equidad y acceso, participación social, mujer, salud y desarrollo, y ética profesional); se han planificado proyectos de investigación epidemiológica a nivel de la Región Sanitaria y en los distintos hospitales involucrados; se han desarrollado jornadas de trabajo sobre el problema curricular frente a las demandas que surgen del proceso global.

Hay una franca tendencia al incremento del número de participantes en los círculos. La limitante mayor hasta ahora ha sido la dificultad de obtener constancia en la participación de los mismos trabajadores, dados los compromisos de trabajo que no permiten el grado de asiduidad deseado.

Dados los primeros resultados, las instituciones responsables estudian la posibilidad no solamente de ampliar el número de participantes,

sino de incorporar entre estos a los jefes de servicio y de unidades operativas, tanto en la fase de planificación como en el desarrollo de las actividades educativas; buscan asimismo mecanismos para facilitar la multiplicación de las experiencias educativas a nivel de las instituciones de las que provienen los participantes iniciales; gradualmente, la programación de actividades ha ido respondiendo cada vez más a las necesidades del propio personal participante, y a las de las instituciones responsables de conducir el proceso.

Los primeros resultados

El proceso ha permitido a enfermeras docentes y de los servicios asistenciales apropiarse de un marco de referencia que, a su vez, ha posibilitado incidir, con nuevos enfoques conceptuales y metodológicos, en el proceso de revisión curricular en curso. La participación del personal de los servicios se ha mantenido a un nivel constante y ha manifestado ya consecuencias importantes, entre estas, la generación de un genuino interés de este personal alrededor de cuestiones críticas de la integración docencia-asistencia y sus implicaciones en el proceso formativo: hay menor resistencia a la participación de este personal en el desarrollo de áreas temáticas y contenidos por una parte, y ha sido posible ahora contar con su apoyo técnico para las prácticas de los estudiantes, por otra; (por ejemplo, los estudiantes han tenido ahora un acceso más fácil a los espacios de trabajo y de toma de decisiones de la unidad productora de servicios (unidad básica de salud, en el país), en que se insertan. Como consecuencia de esta aproximación entre los sectores de servicios y de educación, se percibe una tendencia, no lograda antes, a la democratización del conocimiento y a la participación colectiva en el proceso de desarrollo curricular.

En otro nivel de actividad, el proceso ha propiciado la articulación con el gobierno local (la municipalidad), lo que ha permitido la participación del grupo universitario en el análisis de problemas específicos del sector sureste de la ciudad (en casos como este por ejemplo, el grupo de enfermeras ha tenido a su cargo la elaboración de un diagnóstico de las condiciones de salud de la población, además de la conducción de otras acciones específicas de salud). A su vez, las enfermeras docentes (que habitualmente han estado al margen del enfrentamiento de los problemas reales de la población y del sector), se han involucrado en las acciones de problematización de situaciones en la comunidad, ensayando enfoques diferentes, revisando ideas y posiciones, reconceptualizando, y conformando así una visión diferente de la realidad nacional y del proceso salud-enfer-

CUADRO 1. Número de participantes en los bloques y círculos de estudio, según temática y áreas de interés en la Región Sanitaria No. 3.

Bloque/tema	Participantes	%
Factores adversos a la salud de la población en la Región Sanitaria N° 3	45	14
Escenarios presentes y futuros de estos grupos	35	10
Aspectos biológico/sociales del proceso salud-enfermedad	41	13
Patología de la Región 3: SIDA.	38	11
Patología de la Región 3: Tuberculosis.	38	11
Patología de la Región 3: Malaria.	62	19
Accidentes, violencia, prostitución, drogadicción, alcoholismo.	34	10
Mujer, trabajo, salud.	39	12
Total participantes	332	100

edad; es evidente la generación de una actitud proclive al involucramiento y la participación en el manejo de asuntos extrainstitucionales, especialmente de aquellos problemas que enfrenta la población en relación con sus condiciones de vida, y no solo específicas de salud; la función de extensión del Centro Universitario Regional del Norte ha ampliado considerablemente su espacio de acción.

La investigación como instrumento para el abordaje de problemas ha tenido un notorio impulso a nivel de los estudiantes con las poblaciones a su cargo. En este contexto se realizó una investigación sobre condiciones de vida y de trabajo de la enfermera laborante en la Región Sanitaria N° 3, cuyos resultados han constituido importante insumo para el estudio de las condiciones laborales del recurso de enfermería a nivel nacional (Cuadro 1).

Limitantes y obstáculos

- Hay necesidad (y se han creado expectativas) de la participación de otras disciplinas relacionadas; la misma no se ha concretado dadas las restricciones ambientales conocidas en países como Honduras.

- La participación de la comunidad en la mayoría de las acciones no se ha logrado en proporciones deseadas; al igual que en otras áreas de trabajo en que tal participación es buscada, la misma ha sido muy limitada y difícil.

- No se ha diseñado un sistema de monitoreo/seguimiento del proceso que pueda generar indicaciones para direccionar el proceso educativo permanente en la siguiente etapa; tampoco se cuenta por ahora con un sistema de evaluación del mismo.
- La ampliación del espacio de trabajo y la incorporación de otros grupos y Regiones de Salud está limitada por las restricciones económico-financieras.

Algunos de los materiales de apoyo utilizados en los círculos de estudio

- Anderson N. Pensamiento epidemiológico en la práctica de los servicios de salud; 1992.
- Badilla L. Servicios de salud y la mujer. C. Rica; 1992.
- Davis E. Categoría sexo-género. Panamá; 1992.
- Díaz Bordenave J. Tres propuestas pedagógicas; 1981.
- Delgado A. Análisis de los modelos actuales de desarrollo político y económico del país. Honduras; 1992.
- Durán F. Participación y cambio de mentalidad; 1990.
- Freire P. Explotación de la mujer; 1990.
- Garro L. Mujer, rol profesional y maternidad. C. Rica; 1991.
- Gracia D. Bioética. Washington DC: OPS; 1990.
- Guevara E. Papel de enfermería en el cuidado del adulto con énfasis en la promoción de la salud. Washington DC: OPS; 1990.
- Hernández V. Planeamiento municipal, problemática de zonas urbano-marginales. Honduras; 1992.
- Henríquez M, MH. La construcción social del género y su efecto sobre la salud. Washington DC:OPS; 1991.
- Investigación participativa: propuestas y proyectos. Rev. latinoamericana de est. Educat 1983;13:1.
- Romo C. Estrategia y plan. México: Siglo XXI; 1987.
- Martins F. Planeamiento urbano. Honduras; 1992.
- Orellana I. Análisis histórico y estructural de la sociedad hondureña: evolución histórica de la situación política y económica del país. Honduras; 1992.
- Pellegrino E. Relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. Washington DC:OPS; 1990.
- UNAH: Curriculum integrado, 1992.
- UNAH: Desarrollo de la carrera de Enfermería. Honduras; 1992.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Desarrollo de la Carrera de Enfermería. Departamento de Educación en Enfermería de la UNAH. Tegucigalpa; 1992.
- 2 Rovere MR. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Washington, DC: OPS; 1993. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 96).
- 3 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Región Sanitaria N° 3. Datos oficiales, Departamento. de Monitoría y Evaluación. San Pedro Sula, Honduras.
- 4 Davini MC. Bases metodológicas para la educación permanente del personal de salud. Buenos Aires: OPS; 1990.

NOTICIAS

PASCAP: QUINCE AÑOS DE UNA EXPERIENCIA DE COOPERACIÓN TÉCNICA ENTRE PAÍSES

En junio de 1994 se celebrará el XV aniversario del Programa de Adiestramiento en Salud de Centroamérica y Panamá (PASCAP). Este Programa, instancia descentralizada del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, inició sus trabajos el 20 de junio de 1979, ocho meses después que los Ministros de Salud de Centroamérica firmaran un convenio con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la OPS. En la actualidad, el área de influencia de PASCAP se ha ampliado, desde los seis países de la subregión centroamericana, a Belice y la República Dominicana.

La creación de PASCAP hace quince años tuvo como objetivo fundamental apoyar y fortalecer los esfuerzos nacionales tendientes a desarrollar una estructura humana capaz de dar respuesta cualicuantitativa a los programas y estrategias sanitarias aprobadas por los gobiernos. A lo largo de su existencia, muchos han sido los esfuerzos encaminados al logro paulatino de este objetivo, y aun cuando las actividades para lograr su consecución han ido variando según las modificaciones que la realidad impone, el objetivo inicial continúa vigente. El trabajo realizado durante quince años ha permitido a PASCAP consolidar un espacio y ser reconocido como un actor protagónico en el desarrollo de recursos humanos en salud para la subregión. Alcanzar esa meta ha sido posible gracias al empeño asumido por el Programa en el cumplimiento de la misión encomendada, y al apoyo que las distintas autoridades de salud han dado a su gestión y a los grupos nacionales que se han generado al calor de los mismos procesos.

Para la celebración de su quinceavo aniversario, PASCAP realizará un foro centroamericano sobre **El Desarrollo de Recursos Humanos en la Reforma del Sector Salud**, que tendrá lugar en Costa Rica los días 22 y 23 de julio próximo. El evento contará con la presencia del Director de la Organización, del Director y funcionarios del Programa Regional de Recursos Humanos, de los Ministros de Salud del área de influencia de PASCAP, así como de altos funcionarios del sector salud, de la Universidad y de las instituciones de Seguridad Social de los países miembros, y de los Representantes de la OPS en los países de la subregión. El encuentro tendrá

como propósito analizar el papel trascendental de los recursos humanos en la transformación de los servicios de salud y de las condiciones de salud de la población, con el fin de formular las políticas en este campo para apoyar los proyectos de reforma del sector salud en los países de la subregión.

Educación Médica y Salud se complace en informar sobre este evento.

MÉXICO: CAPACITACIÓN AVANZADA EN DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

El Curso Latinoamericano de Desarrollo de Recursos Humanos para Salud (CLARHUS) que se llevó a cabo en Rio de Janeiro en 1992, y sobre el que se informó ampliamente en esta Revista, está dando frutos. En México, tres participantes en este curso han organizado, planificado y comenzado a desarrollar experiencias nacionales que se construyen a partir de los conocimientos obtenidos en dicho evento.

La primera de dichas reediciones ha sido el Curso de Recursos Humanos realizado en el Instituto Nacional de Salud Pública en Cuernavaca, del 29 de noviembre de 1993 al 28 de febrero de 1994, cuyo marco tuvo un doble propósito: el de reafirmar en el participante su carácter de sujeto de estudio como integrante de la respuesta social organizada ante las necesidades de salud de la población, y el de facilitarle la obtención de un panorama de la temática y alternativas metodológicas utilizadas en desarrollo de recursos humanos como materia de estudio. El curso estuvo estructurado a base de módulos que cubrían el estado actual de la conceptualización del campo, y las cuestiones relativas al mercado de trabajo actual, a la formación y a la planeación de recursos humanos.

Un segundo espacio para estas réplicas lo ha constituido el Seminario-Taller sobre Recursos Humanos para la Salud, desarrollado por la Dirección General de Enseñanza de la Secretaría de Salud de México del 10 de enero al 21 de febrero del año en curso. En esta ocasión, el propósito central ha sido **contribuir** al planteamiento y resolución de los problemas fundamentales que confronta México en el campo de recursos humanos, específicamente en el ámbito de competencia de la Dirección General de Enseñanza de la Secretaría de Salud, así como **propiciar** el desarrollo de habilidades para el diseño, ejecución y evaluación de estrategias de intervención ante dichos problemas, por parte de los participantes.

Ambos eventos se desarrollaron de conformidad con lo previsto. Se alcanzó una participación de 30 funcionarios de los niveles central y jurisdiccional de la Secretaría de Salud y se diseñaron planes de seguimiento en los espacios de trabajo. El apoyo pleno de la Representación OPS/OMS

en México fue insumo fundamental para garantizar el logro de los objetivos propuestos.

ARGENTINA: UN PLAN DE ACCIÓN PARA EL AVANCE DE LA ODONTOLOGÍA EN AMÉRICA LATINA DURANTE 1993-1995

En Buenos Aires, Argentina, se reunieron del 3 al 7 de mayo de 1993 representantes de la Organización de Facultades de Odontología de América Latina (OFEDO/UDUAL), la Coordinación de Servicios Odontológicos de América Latina (COSAL), la Federación Odontológica Latinoamericana (FOLA) y la Organización Panamericana de la Salud, con el propósito de realizar el seguimiento al Plan de Acción Odontológico Latinoamericano correspondiente a 1992-1993 y formular uno similar para 1993-94. El propósito central sigue siendo el mismo inicial: lograr la transformación del perfil epidemiológico bucal de la población y de la práctica odontológica vigente. El Plan de Acción elaborado consta de cuatro componentes básicos: la producción de conocimientos, la producción de servicios, el desarrollo de recursos humanos, y la cooperación técnica entre países. Las líneas de acción para desarrollarlos se refieren a cuestiones como la salud bucal y SILOS, modalidades para la prevención masiva, el desarrollo de redes científico-técnicas relacionadas con información, prevención, tecnología y educación permanente, cooperación técnica entre países y el apoyo a las iniciativas subregionales.

La articulación docencia-servicio y el desarrollo estratégico de procesos de educación permanente utilizando el potencial de las instituciones nacionales, así como la promoción de la capacitación en metodología de la investigación y la aplicación de nuevos conocimientos en el desarrollo de investigaciones epidemiológicas, clínicas, clínico-patológicas y en el área educacional, fueron áreas priorizadas por los participantes, que presentarán informes de los avances en el próximo encuentro de 1995.

BRASIL: CURSOS DE LA ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA PARA 1994

La Fundación Oswaldo Cruz ha difundido información sobre la actividad docente que se realizará a través de los cursos que se ofrecen en la Escuela Nacional de Salud Pública, con sede en Rio de Janeiro, durante 1994. Además de los cursos regulares (doctorado, maestría, residencia y especialización en Salud Pública), se incluyen cursos de especialización en áreas críticas para el momento actual:

- Capacitación avanzada en enfermedades endémicas 10 de enero-1 de marzo

- Vigilancia sanitaria de productos y servicios 8 de marzo–17 de junio
- Metodología de investigación en salud mental 14 de marzo–16 de diciembre
- Ingeniería en Salud Pública 4 de abril–1 de diciembre
- Salud del anciano 25 de abril–24 de junio
- Gestión hospitalaria 23 de mayo–9 de diciembre
- Epidemiología y control de endemias 1 de agosto–18 de octubre
- Paleopatología y paleoepidemiología 15 de agosto–10 de noviembre
- Salud del trabajador y ecología humana 29 de agosto
- Laboratorios en Salud Pública 1 de septiembre–30 de noviembre
- Psiquiatría social 12 de septiembre–9 de diciembre.

De igual manera se ofrecen cursos cortos (de actualización y de perfeccionamiento) en epidemiología de la hanseniasis, fundamentos epidemiológicos para el control de endemias, sistemas de información en salud, métodos epidemiológicos en el estudio de las endemias, inmunodiagnóstico serológico, análisis de agua y desechos sólidos, salud de las poblaciones indígenas, gestión del riesgo en salud ambiental, organización del espacio urbano y regional, análisis de la organización social del espacio para el control de endemias, metodología de la investigación para la prevención de SIDA, educación y salud, neumología sanitaria y bioseguridad.

Para mayor información pueden dirigirse a: Escola Nacional de Saúde Pública, Secretaria Acadêmica, Rua Leopoldo Bulhões, 1480-sala 317, CEP 21041-210-Manguinhos-Rio de Janeiro, RJ. Teléfono (021)290-0085; fax (021)280-8194.

ESTADOS UNIDOS: CURSO DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA ENFERMERAS DE HABLA HISPANA

Es un curso ofrecido por la Escuela de Enfermería de la Universidad de Texas en Galveston (UTNB) y el Centro Colaborativo de la OMS para el Desarrollo de la Enfermería en Atención Primaria con sede en dicha escuela. El curso tuvo lugar del 31 de enero al 6 de marzo de este año con la participación de un buen número de enfermeras hispanohablantes de los Estados Unidos y de los países latinoamericanos. Las cinco semanas lectivas estuvieron dedicadas al estudio de los conceptos y métodos

usados en la investigación de la atención primaria de salud, a proporcionar a los participantes los conocimientos y habilidades requeridas para poder identificar factores de riesgo e intervenciones apropiadas para reducir problemas de salud prevalentes, a identificar estrategias para promover investigaciones multidisciplinarias y colaborativas, y a evaluar el cuidado de enfermería a nivel primario. El curso estuvo siempre orientado a cubrir vacíos y necesidades en el área de investigación de enfermeras poseedoras de grados de maestría o doctorado y utilizó recursos y facilidades de la UTMB incluyendo su Centro de Salud Internacional, su Departamento de Medicina Familiar, y sus bibliotecas y laboratorios. Las conferencias introductorias estuvieron a cargo de profesores de la Escuela de Enfermería de la UTNB, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Houston y de la sede de la Organización Panamericana de la Salud en Washington, D.C.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN LA REGIÓN, 1994

Como parte del esfuerzo que se realiza para lograr un mayor avance en el desarrollo de la enfermería en las Américas, en 1994 se llevarán a cabo las siguientes reuniones:

IV Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería

Organizado por la Sociedad Chilena de Educación en Enfermería y la Universidad de Concepción, con el auspicio de la OPS, el Coloquio se realizará en Chile del 23 al 25 de noviembre de 1994.

Los interesados deberán dirigirse a: Comité Científico IV Coloquio Panamericano de Educación en Enfermería, Casilla 603, Concepción, Chile, Fax 56 41 2288353, tel. 56 41 234985 anexo 2812.

IV Conferencia Latinoamericana sobre Calidad de la Educación en Enfermería

La Conferencia, organizada por la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería, con el auspicio de la OPS, se celebrará en Bolivia del 19 al 23 de septiembre de 1994.

Los interesados en participar podrán enviar sus trabajos, antes del 1 de julio de 1994 a: Avda. Saavedra No. 2246, Miraflores, La Paz, Bolivia, o a: Casilla de Correo No. 10367, La Paz, Bolivia, Fax 591 2 359589, tel. 591 2 359593.

A ambas reuniones podrán asistir participantes de organismos no gubernamentales.

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 cuadrinial), 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.

FORMACIÓN ESCOLAR Y CALIDAD DE LOS
SERVICIOS DE SALUD • ANÁLISIS SECTORIAL
PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS DE
SALUD • PROFESIONES DE SALUD: UNA
FORMACIÓN CUESTIONADA • PROFESIONALIZACIÓN
DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA •
PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN
EL DESARROLLO DE LA SALUD • ESTUDIO
EVALUATIVO DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN:
TALLERES DE ATENCIÓN PRIMARIA • CAPACIDAD
CRÍTICA DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA ANTE
EL QUEHACER MÉDICO • COLOMBIA: INVESTIGACIÓN
BÁSICA Y LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DE SALUD • RESEÑAS • NOTICIAS

