

Volumen 29, No. 1
Enero/marzo 1995

Educación Médica y Salud

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

E DUCACIÓN MÉDICA 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

⊕ Impreso en papel reciclado a partir del Vol. 25 No. 1, 1991

Educación Médica y Salud

Volumen 29, No. 1
Enero/marzo 1995

ARTÍCULOS

- 1 **El sujeto y la acción en la salud pública.** *Edmundo Granda, Luz Angela Artunduaga, Humberto Castillo, Amira Herdoiza, María Cristina Merino y Cecilia Tamayo*
- 20 **A reforma sanitária e os recursos humanos dos serviços locais de saúde: o caso de Vargem Grande Paulista.** *Cláudia Maria Bógus, Márcia Faria Westphal, Elizabeth Marlene Fernandes e Sílvio Possa*
- 32 **Las innovaciones educativas en la formación de personal de salud en México dentro del contexto de las transformaciones ocurridas en América Latina.** *María Isabel Rodríguez*
- 51 **Elementos para el análisis de las innovaciones en la educación médica mexicana.** *Dora Cardaci*
- 62 **Concepto, actores y variables del mercado de trabajo médico.** *Domínguez Vázquez Martínez F.*
- 76 **Promoción de la salud y equidad: un nuevo concepto para la acción en salud pública.** *Helena E. Restrepo*

RESEÑAS

- 92 **Fundamentos pedagógicos de los talleres de capacitación profesoral de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana, Santafé de Bogotá, Colombia.** *John Harold Estrada M. y Aurora Montoya Vargas*
- 100 **Especialização em epidemiologia: estratégia para o desenvolvimento dos serviços de saúde em Minas Gerais, Brasil, na perspectiva do sistema único de saúde.** *Elisabeth Franca Mendonça, Mariângela Carneiro, Henrique Leonardo Guerra, Eliane Dias Gontijo, Mark Drew Crosland Guimarães, Gil Sevalho, Maria Elmira Macedo Alfradique y Moisés Goldbaum*
- 112 **Programa de capacitação multidisciplinar na área de atenção integral ao adolescente.** *María Helena Ruzani, Ellen M. Peres, Zilah V. Meirelles, Maria Lúcia D. Calazans, Eloísa Grossman, María Cristina C. Kuschmir y Solange P. M. Sarmento*

DOCUMENTO

- 119 **Declaración de Uruguay sobre educación médica**
- 121 **NOTICIAS**

COMITÉ EDITORIAL DE *EDUCACIÓN MÉDICA Y SALUD*:

- Dr. Rodrigo A. Barahona, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS (Presidente)
- Dr. Pedro Brito, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS (Secretario)
- Dra. Judith Navarro, Oficina de Publicaciones y Servicios Editoriales, OPS
- Dr. Jean Pillet, Banco Mundial
- Dr. Carlos Martini, American Medical Association
- Ing. Horst Otterstetter, División de Salud y Ambiente, OPS

EL SUJETO Y LA ACCIÓN EN LA SALUD PÚBLICA¹

*Edmundo Granda,² Luz Angela Artunduaga,³ Humberto Castillo,⁴ Amira Herdoiza,⁵
María Cristina Merino⁶ y Cecilia Tamayo⁷*

INTRODUCCIÓN

Los profundos cambios económicos, sociales y políticos ocurridos en el continente durante las últimas décadas han tenido gran repercusión en la salud pública. Entre ellos podemos mencionar el desmantelamiento del Estado de Bienestar, la quiebra de la seguridad social, el aumento de la pobreza y el ajuste económico que por una parte afecta a la población pobre excluyéndola del acceso económico a los bienes y servicios, y por otra, le resta los subsidios indirectos compensadores que las políticas sociales debían ofrecer para sobrellevar la crisis (1).

En el ámbito sectorial se puede observar el incremento de la población sin acceso a los servicios de salud ni a la seguridad social, identificados como un mercado emergente, y el peligro de concentrar la oferta en las áreas más redituables; las altas tasas de mortalidad y morbilidad por enfermedades infecciosas que se consideraban controladas y por otras de reciente aparición; el aumento de las enfermedades crónicas que coexisten con problemas infecciosos o de saneamiento de fácil control; el aumento del gasto en salud, "producto de una combinación perversa entre medicalización, especialización, tecnologización acrítica y la deficiente administración sectorial" (2); la persistencia en la creación de modelos de formación médico-biologistas, curativos, tecnicistas e individualistas. Todo esto ha creado las condiciones para un estado de crisis descrito por la Organización Panamericana de la Salud como la "incapacidad o impotencia de la mayoría

¹ Ponencia basada en el documento "Salud pública: hacia la ampliación de la razón", presentada en la I Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública celebrada en Río de Janeiro, Brasil, del 14 al 18 de agosto de 1994.

² Escuela de Salud Pública, Universidad Central del Ecuador.

³ Escuela de Salud Pública, Universidad Central del Ecuador.

⁴ Escuela de Salud Pública, Universidad Central del Ecuador.

⁵ Escuela de Salud Pública, Universidad Central del Ecuador.

⁶ Escuela de Salud Pública, Universidad Central del Ecuador.

⁷ Escuela de Salud Pública, Universidad Central del Ecuador.

de las sociedades nacionales de promover y proteger su salud en la medida en que sus circunstancias históricas lo requieren" (3).

En medio de esta compleja situación se presentan algunas perspectivas que contribuirían a la construcción de una nueva alternativa en salud: la creciente conciencia, organización y movilización alrededor de la salud y la protección del medio ambiente; la persistencia de procesos de democratización en la mayor parte de los países de la Región; la cooperación técnica entre países; el reconocimiento de la importancia del saber y del apoyo de la población para alcanzar las metas de salud; el creciente interés en la promoción de la salud; las importantes transformaciones en los paradigmas tradicionales que guiaron el pensamiento de las ciencias sociales y naturales que ahora ofrecen nuevas posibilidades a la investigación y a la educación, y la acción efectiva en el campo de la salud.

El conocimiento de los factores positivos y negativos de la crisis ha llevado a diferentes instituciones a formular preguntas en cuanto a la salud pública sobre el objeto, el campo, las teorías, los métodos, las técnicas, el ámbito de ejercicio profesional, el compromiso de la sociedad, las responsabilidades del Estado y la formación de recursos humanos.

Este trabajo se apoya en las discusiones llevadas a cabo por los profesores y estudiantes del Grupo Ecuatoriano de Desarrollo de la Teoría y Práctica de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Central del Ecuador. Este grupo, a la luz de la "Declaración de Quito" emitida por los asistentes a la Primera Reunión Andina sobre el tema, que interpreta el "quehacer en salud pública... como una tarea eminentemente política y científica" (4), y luego de llevar a cabo un largo proceso de democratización de la docencia y la reformulación de la práctica investigativa, decidió indagar sobre el papel que juegan la investigación y la acción en salud en la formación de sujetos que apoyen un mejor nivel de salud y el bienestar de la población.

Uno de los retos en el campo de la salud en este momento es lograr una nueva correlación de fuerzas entre los que luchan por la salud y la vida. Para ese fin las escuelas de salud pública podrían jugar un importante papel de actor comprometido.

Las propuestas populares latinoamericanas en salud reconocen la necesidad de tomar en consideración múltiples aspectos de carácter económico, político e ideológico para llevar a cabo ese propósito, que exceden a la posibilidad de ser considerados en este informe. Es por eso que el propósito de este trabajo se ha centrado en la necesidad de analizar la actuación de sujetos individuales y sociales dentro del campo de la salud pública con intereses entrelazados, que crean los mecanismos de dirección y viabilización para lograr mayor eficacia técnica y política.

ANÁLISIS DE LA SALUD PÚBLICA

La forma más común de aproximarnos al problema enfermedad-salud colectiva ha sido el intento de verlo como un hecho objetivo, como

un producto, como un objeto que debe explicarse primeramente para después intervenir en él. Este enfoque hacia la salud pública ocasiona algunos problemas que deben ser analizados y discutidos.

Por una parte, el problema enfermedad-salud que existe en un momento determinado es un hecho objetivo, producto de las determinantes que contribuyeron a su origen. Si hacemos un análisis retrospectivo es posible prever —no reconstruir— la trayectoria del problema, y explicar, de alguna manera, las leyes que lo originaron. Es decir, es fácil preverlo para controlarlo, sujetarlo al cálculo e intervenir en él. Por otra parte, la problemática de la salud es también un acontecimiento actual, es decir, que está ocurriendo; es un devenir.

No debería existir gran problema con esa aseveración, porque si el origen del problema es tan solo producto o resultado de la determinación, lo único que se debería hacer es proyectar dicho comportamiento hacia el futuro. Pero este planteamiento —que nos lleva fatalmente a separar a los hombres del mundo en que vivimos, ante la urgencia de medirlo y manipularlo—, parece no soportar la crítica que hoy hacen los hallazgos de las ciencias naturales y sociales. Estas plantean que la realidad no es una eternidad basada en leyes, que el presente no es un producto total del pasado determinista; sino que más bien vivimos en un eterno reinicio, producto de indeterminantes o de probabilidades que posibilitan la apertura de caminos donde el hombre cuestiona las seguridades predictivas de la razón decimonónica omnipotente y determinista que acompañó nuestra investigación durante buena parte del siglo XX. Los nuevos descubrimientos hablan sobre la necesidad de que los hombres siempre escojan sus fines ahí donde las ciencias solo definen los medios, y nos aconsejan sobre la necesidad de una coherencia infinita entre lo que vivimos y lo que pensamos.

Las ciencias naturales modernas plantean que el futuro no es igual al pasado, que lo que sucede es real y no solo aparente, que las macromoléculas son actrices y productos de su historia y que los sistemas físicos activos pueden constituir formas evolutivas irreversibles y cualitativamente diferentes cuando están lejos del equilibrio. Además, las ciencias naturales expresan la necesidad de explicar la ley y comprender los fenómenos que se presentan para así supeditarlos a normas, y la importancia de comprender al ser humano y lo que dentro de él hay.

LAS CIENCIAS SOCIALES Y LA SALUD PÚBLICA

Influenciadas por la razón instrumental heredada de la ciencia física clásica, por el paradigma de la producción y por las filosofías de la conciencia centradas en el sujeto, parece que algunas ciencias sociales intentaron explicar el comportamiento del hombre al margen de su acción.

En las últimas dos décadas han ocurrido cambios dramáticos en las ciencias sociales. El empirismo ha sido profundamente criticado y se ha

dato paso a las discusiones sobre la observación del sentido y la comunicación humanos. "La idea de que pueden existir observaciones neutrales es francamente repudiada, la posibilidad de conformar sistemas de leyes basados en la deducción para lograr una explicación total ya no constituye el ideal más alto" (5), ni tampoco el único necesario. La fenomenología, la hermenéutica, la teoría crítica, el interaccionismo simbólico, el estructuralismo y el neoestructuralismo, la etnometodología y la teoría de la práctica se han revitalizado.

La caída de los viejos paradigmas ha llevado a las ciencias sociales a un debate en que se da preferencia a propuestas objetivistas o subjetivistas. Samaja plantea el dilema en la siguiente forma: "...si escogemos la razón como facultad de producir conocimiento válido para todos sacrificamos al sujeto; si salvamos al sujeto, con su plena soberanía fracasa la posibilidad de construir una comunidad unificada mediante acuerdos que se puedan verificar objetivamente, y todo pasa a depender de la voluntad de dominio. La verdad sale, como el poder, de la boca del fusil" (6), razón por la que propone un camino donde se unan la objetividad y la intersubjetividad para interpretar la ciencia como proyecto humano.

Ante los avances de las ciencias naturales y sociales es urgente que los que se encuentran desarrollando prácticas en salud pública, salud colectiva o medicina social, busquen la posibilidad de comprender y explicar al hombre y a la sociedad que se generan en su dialéctica fenomenológica e histórico-genética. Desde ese campo surge la necesidad de buscar una forma gnoseológica que permita una mirada más amplia hacia la salud y que permita reconocer que "el problema de la objetividad se presenta en dos planos 'el de la objetividad estructurada' susceptible de explicaciones histórico-genéticas, y el de la 'objetivación de lo potencial' que obliga a distinguir entre lo que es la prueba de una proposición teórica y lo que se entiende por su viabilidad" (7).

Aportes científicos importantes de diversos grupos de investigadores en el Ecuador y en otros países de América Latina se basan en el análisis de la "objetividad estructurada" susceptible de explicaciones histórico-genéticas que intentan explicar la realidad pasado-presente como producto, como determinante. Pero esos aportes científicos no permiten comprender la realidad como algo producente, indeterminado, como espacio potencial para la acción.

Parece que en nuestro empeño de avanzar en la salud pública, es necesario explicar e interpretar la problemática de la salud para dar así una respuesta práctica más coherente, ya que el ámbito de la salud está constituido por "los problemas, las representaciones y las estrategias de acción que se presentan en el curso de la reproducción de la vida" (8).

Por lo general, desde los niveles académicos de investigación y docencia en salud pública existe un serio e ingenuo convencimiento de que el método de investigación epidemiológico es el único válido para organizar

la práctica en salud, ya que a través del mismo es posible explicar el objeto de estudio y predecir su futuro comportamiento, elementos fundamentales para la transformación de la realidad.

Pero la mencionada predicción científica ya no la defienden ni siquiera las ciencias físicas en las cuales se originaron los criterios de validación científica de nuestras epistemologías particulares. Esas más bien hablan de previsión, ya que el planteamiento de causalidad se ha modificado ante el descubrimiento de la irreversibilidad con que los hombres marcan la posibilidad de nuevos caminos. Los físicos plantean que las "leyes" de la naturaleza tales como ahora se pueden descifrar son las de un universo abierto, y que se refieren a posibles evoluciones en un futuro que esas mismas leyes no pueden determinar. Sin embargo, desde el análisis de la salud pública se trata, en algunas ocasiones, de predecir con nuestro método epidemiológico el comportamiento de los individuos sanos y enfermos. Si es que los físicos ya no pueden predecir el comportamiento de las "cosas", se puede pensar que es posible que con nuestro pensamiento determinista podamos predecir el comportamiento de un hombre biológicamente autopoietico que forja su propia normatividad y que al mismo tiempo organiza una sociedad lógica.

Las "cosas" están en un lugar, pueden ser explicadas, y no se mueven por sí solas. La ciencia puede calcular aproximadamente las fuerzas y las probabilidades de cambio de las "cosas". Los hombres en cambio están ahí como producto de su propia historia la que "hacen no a su libre arbitrio, bajo circunstancias elegidas por ellos mismos, sino bajo aquellas circunstancias con que se encuentran directamente, que existen y les han sido legadas por el pasado" (9), por sus aspiraciones y deseos, por su concepción de la sociedad ideal, por su trabajo, su sentido común, y su lucha política. En cambio, las "cosas" tan solo están determinadas por el pasado y por su régimen de actividad que las transforman produciendo un fruto sin conciencia ni definición política.

En cuanto al hombre y la salud pública, no solamente es necesario explicar las determinantes y relaciones pasadas y presentes, sino que también es necesario comprender sus aspiraciones para hacer la historia. Es por eso que se insiste en la necesidad de que la salud sea vista como "la capacidad y el derecho individual y colectivo de realización del potencial humano (biológico, psicológico y social) que permite a todos contribuir en el desarrollo y participar ampliamente de sus beneficios", a través de lo cual se intenta abrir la posibilidad de reformular la teoría de la salud. En otras palabras, es necesario dar preferencia a la representación, acción y estrategia en salud pública (2).

No existe duda de que la ciencia apoya la eficacia de la práctica social, ya que verdaderamente ayuda a prever los acontecimientos. Pero algunas veces algunos acontecimientos sociales solo se pueden prever bajo muchos imponderables. Por ejemplo, a causa de la crisis que actualmente vivimos es obvio considerar que las tasas de mortalidad infantil de los niños

ecuatorianos no descenderán con la misma velocidad. Gramsci explicaría este problema de la siguiente forma:

“...lo único que se puede prever ‘científicamente’ es la lucha, no en sus momentos concretos, que solo puede ser resultado de fuerzas en contraste, constantemente en movimiento y no reducibles a cantidades fijas, porque en ellas la cantidad siempre cambia a cualidad. Hay ‘previsión’ efectiva cuando se es activo, cuando se aplica la voluntad y, por lo tanto, se contribuye concretamente a producir ese resultado ‘previsto’. Por consiguiente, la previsión no es un acto científico de conocimiento, sino la expresión abstracta del esfuerzo por crear una voluntad colectiva” (10).

En el plano particular de este trabajo, las interrogantes surgen alrededor de si es posible la integración de la epidemiología, la administración y la acción en salud con miras a fortalecer los recursos para transformar la salud de la población.

Muchas son las preguntas que abarcan el ámbito teórico, metodológico y político. Es imposible dar respuesta a todas. Más bien se intenta iniciar un debate para avanzar en la comprensión de los requerimientos de las ciencias sociales, ya que en estas “...el conocimiento se transforma no solo en conciencia de necesidad sino también en necesidad de acción, en tanto la necesidad encubre una potencialidad que, como desarrollo de lo real, es un elemento constitutivo de la realidad, la que asume, entonces, la forma de prácticas” (11).

EL SUJETO

Tanto el mundo natural como el mundo social se encuentran determinados y en constante movimiento, pero su diferencia radica en que en el mundo social, el conocimiento se transforma en conciencia y sentido de necesidad y necesidad de acción que encubre una potencialidad para la acción. Es necesario pensar que para poder estudiar el proceso salud-enfermedad, es fundamental analizar separadamente al individuo sano del enfermo, no únicamente para explicarlos sino para comprenderlos y conjuntamente construir potencialidades de acción.

El pensamiento centrado en el sujeto investigador que supuestamente produce toda la verdad como autoconciencia tiene un gran peligro: termina transformando todo en objeto. Al transformar la enfermedad colectiva en objeto la sitúa fuera del sujeto investigador pensante y actuante. Sin embargo, se transforma en objeto a un sujeto que no puede ser transformado realmente en objeto, sino tan solo con miras a explicar su presencia cristalizada. La salud colectiva está profundamente unida a su portador social. Es producto de un pasado pero es también el resultado de un futuro eminentemente humano. Son los individuos sanos y enfermos los que producen su propia salud-enfermedad.

Cuando se explica la realidad social como objeto, el investigador da preferencia al dictamen de la razón instrumental o totalitaria, ya que la

realidad pasa a ser estudiada como un hecho cristalizado que pierde sus fuerzas diversas para el cambio y gana, peligrosamente, la fuerza dominante de la razón instrumental o autoritaria que dicta las pautas para su manipulación. Decimos peligrosamente, porque el cambio o la transformación social no depende únicamente de las coacciones de la razón que nunca debe coaccionar, sino de la propia acción que se genera dentro de una interpretación discímil, producto de las particulares formas de vida, trabajo, lenguaje y poder que generan los actores y sujetos sociales que se proyectan llenos de sentido en el futuro.

Si se comprende esta limitación, posiblemente lograremos alternativas para evitar la dictadura totalitaria de la razón instrumental que tanto problema, dolor y frustración ha causado en los tiempos modernos, pero al mismo tiempo no haremos un rechazo sin dialéctica de la razón que nos lleva a abandonar aquellos postulados básicos de autoconciencia, autodeterminación y autorrealización humanas (12) en nuestra lucha dentro del campo de la salud pública. Se requiere que “el esfuerzo de aprehensión no se restrinja exclusivamente a transformar la realidad en objeto de explicación, sino que se busque además convertirla en contenido de experiencia, lo que significa incorporar a la problemática del conocimiento la dimensión de la conciencia” (7) y de la orientación.

LA CONSTITUCIÓN DE LOS SUJETOS

Si la producción de la salud radica fundamentalmente en el conocimiento, conciencia y acción de los sujetos individuales, es necesario pensar que el logro de esa conciencia y sentido no puede únicamente concebirse como un paso de la conciencia-en-sí hacia la conciencia-para-sí, separada de las diversidades y particularidades a las que pertenece el sujeto individual o el sujeto social, sino que nos introduce a la discusión de las condiciones de posibilidad de formación de esos sujetos. En otras palabras, es necesario introducir la historicidad en el momento ontológico de la reflexión sobre el sujeto, ya que esta “impide que la cuestión del género humano, la teleología, la formación de los sujetos sociales, los procesos de individualización, sean resueltos desde principios externos al sujeto social. Toda la explicación de lo social está en el ser social” (13).

El sujeto hegeliano ha sido profundamente cuestionado por la posmodernidad y ha sido remplazado por una variedad de entidades: el ser heideggeriano, el poder en Foucault, la diferencia en Derrida. Lukacs en su autocrítica rescata el ser-así del sujeto, lo que posibilita una aproximación racional distinta, ya que reconoce que su existencia es siempre particular: tribus, etnias, nacionalidades, familias, etc., “cada una con su propia imagen del mundo, expresada en sus respectivos lenguajes” y que pueden ser comprendidas a través del estudio de “los procesos histórico-sociales que los han hecho surgir” (13).

“La conciencia, lejos de ser la conciencia del género humano socialmente inexistente, tiene como límites de su mundo la particularidad a la que pertenece y el lenguaje en que esta se exprese” (13). El ser-propiamente-así de la conciencia se establece, entonces, a partir de la forma específica como esa conciencia se representa en el mundo particular y no como una conciencia-para-sí total y completa. Esto no quiere decir que desde la particularidad no se puede formar una imagen global del mundo, pero siempre esta imagen estará atada por el contexto particular en que esta surge, donde el trabajo como posición teleológica y el lenguaje como medio de intersubjetividad forman el ámbito particular en el que el sujeto vive.

Ahora bien, ¿qué ocurre con los individuos? Estos no constituyen “otra cosa que el entrecruzamiento de sus acciones... no están determinados por una situación dada de antemano... sino que se produce un proceso de individualización diferente que arroja como resultado individuos relativamente distintos de una época a otra... los mismos que actúan desde sus propias percepciones e intereses y que de ninguna manera coinciden plenamente con el grupo al que pertenecen” (13).

Lo anterior conduce a la necesidad de comprender las formas específicas de formación de los sujetos. Esto es, superar el camino del en-sí al para-sí para rescatar el ser-así, lo cual nos lleva a superar la forma totalitaria de la filosofía del sujeto que cristaliza al género humano en su conciencia-para sí. Pero al mismo tiempo esta propuesta nos puede conducir a un total relativismo ya que al respetar las heterogeneidades en la constitución de las diversas modalidades del ser-así imposibilita la creación de percepciones globales de la sociedad.

Este problema ha sido abordado por Rojas et al. quienes proponen que “las existencias de los particulares no solo interactúan o se relacionan entre sí para dar lugar al surgimiento de las sociedades específicas, sino que también producen “solapamientos” entre particulares que no cubren la totalidad del otro quedando siempre aspectos irreductibles de un determinado sujeto social que conserva su autonomía (14)”.

Las imágenes y prácticas de los sujetos se hacen, entonces, desde sus aspectos autónomos y al mismo tiempo desde los “solapamientos” en la forma de un “holismo local”. Habrá particularidades más fuertes que intentan hacer un “solapamiento” mayor y aún sustituir la autonomía de otras particularidades, tal como propone el capitalismo que sustenta una supuesta verdad, una ética y una estética únicas, pero que en la práctica deja inmensos sectores de autonomía de particularidades discímiles, tal como ocurre en nuestros países, con sus clases, étnias, culturas, grupos, religiones, etc. En esa medida, también se puede hablar sobre la posibilidad de la formación de sujetos siempre cambiantes y con vida que persigan la transformación de la salud y de la sociedad a través de procesos de “solapamientos” parciales que se realizan “indisociablemente tanto en el plano lingüístico, como en la realidad” (13).

LOS SUJETOS Y LA SALUD

Bajo la necesidad de que nuestro esfuerzo no se limite solamente a explicar la realidad salud-enfermedad, sino que se busque transformarla de acuerdo con la experiencia del sujeto individual y social, es posible rescatar aquel criterio de Canguilhem de que la salud y la enfermedad son apenas modos distintos de “andar la vida” (15) y de que “estar sano no es solamente ser normal en una situación dada, sino también ser normativo en esa situación y en otras situaciones eventuales. Lo característico de la salud es la posibilidad de superar la norma que define lo momentáneamente normal, la posibilidad de tolerar infracciones a la norma habitual e instituir nuevas normas en situaciones nuevas” (16).

Esa normatividad que se da como respuesta biológica, natural, “entendida como un proceso teleológico en sí, inmanente, sin deliberación” (15), es, al mismo tiempo una respuesta consciente por parte del sujeto individual y social que estatuye diversas reglas y busca nuevas técnicas para posibilitar estas formas de “andar la vida”. “El ser humano alcanza un nivel en que la autonomía plena se torna una meta posible. En ese sentido, se podría hablar de fenómenos de la libertad como sinónimo de fenómenos autonormatizadores. Esa libertad o autonomía no significa, por cierto, la eliminación de las determinaciones físicas, químicas o bióticas, sino el surgimiento de procesos de regulación y procesamiento de información que permiten ensamblar... procesos de nivel inferior para producir una función superior,... los procesos humanos se estabilizan como comportamientos conforme derecho, entendiendo por tal conducta en interferencia intersubjetiva;... para que avance un hombre se necesita de un proyecto ético compartido” (8).

La diversidad de respuestas biológicas que se presentan en las distintas clases y grupos sociales ha sido ampliamente estudiada por la epidemiología crítica. En ese sentido el concepto “perfil epidemiológico” acuñado por Breilh et al. explica ampliamente el comportamiento de esta unidad normativa biológica en su diversidad social, pero no puede ser utilizada directamente y sin un esfuerzo dialéctico para comprender la forma como los sujetos individuales y sociales ganan conciencia y establecen de manera diversa las nuevas reglas y técnicas para andar y cambiar la vida. Esa es la razón por la que se requiere una hermenéutica complementaria para que estos conocimientos puedan ser aplicados en la transformación de la salud colectiva.

Si quisiéramos comenzar nuestro análisis partiendo de la epidemiología y sin preparar un trabajo complementario para generar una acción transformadora o de cambio, sucedería que la verdad de la epidemiología crítica iluminada por la conciencia para-sí, que supuestamente ha captado la verdad de la realidad, posibilitaría una praxis verdadera y eficaz que sería inmediatamente justa. En esa medida se superaría la conciencia haciéndola regresar a sí misma. Esto es, superándose y realizándose como

autoconciencia. De esa manera, la objetividad queda abolida en una falsa dialéctica de la subjetividad sin superar dicha objetividad, puesto que en la dialéctica del conocimiento epidemiológico lo objetual constituye la representación del objeto-sujeto, mientras que su objetividad —interpretada como conciencia sobre el objeto— constituye esa representación superada en cuanto al pensamiento concreto. En cambio, en la dialéctica de la acción, lo objetual constituye el objeto-sujeto en sí, mientras que su objetividad pasa a ser el sujeto individual o social superado y transformado (17).

La intervención sobre el objeto-sujeto a partir de la verdad supuestamente iluminada por la conciencia para-sí epidemiológica es incompleta, ya que esa conciencia no contiene la verdad de cada sujeto individual y social que se constituye en el conjunto de relaciones sociales o de contexto en que se halla inmerso; verdad que permite rearticular su normatividad biológica y sobre todo social. En esa medida, no produciríamos una verdad eficaz ya que la verdad del sujeto sería parcialmente dejada a un lado, apareciendo como producto del trabajo y no como producto logrado a través del trabajo y del lenguaje, como objeto y no como sujeto, como resultante y no como devenir, como ente determinado y no como portador de una conciencia de necesidades distintas. La salud pública, como práctica social y política que intenta apoyar el proceso de emancipación, tiene que adoptar un método distinto que permita al mismo tiempo integrar en su acción la fuerza del saber que radica en el propio sujeto, y el conocimiento que radica en la ciencia. En otras palabras, la salud pública no puede terminar identificando sujeto y objeto, porque esto le llevaría a pensar que el proceso de emancipación, de ruptura de la “cosificación” y de la alienación no consiste en apropiarse de un tipo de conciencia que contiene un para-sí, sino en buscar, con el propio sujeto en acción la posibilidad de construir esa conciencia.

EL MUNDO DE LA VIDA

La salud pública requiere comprender al sujeto social en acción, pero este, según Habermas, se constituye en el mundo de la vida, caracterizado por la acción comunicativa, y solo a partir de este fenómeno básico se hacen comprensibles los subsistemas económico, político, cultural y social (18).

El concepto de acción comunicativa hace referencia “a un proceso cooperativo de interpretación en el que los participantes se refieren simultáneamente a algo en el mundo objetivo, en el mundo social y en el mundo subjetivo aun cuando en su manifestación solo subrayen temáticamente uno de estos tres componentes” (19), y se produce en base a la interacción de al menos dos sujetos capaces de lenguaje y de acción que entablan una relación interpersonal.

El mundo de la vida se sustenta en la racionalidad de la acción comunicativa que reclama una triple validez: “verdad para los enunciados

o para las presuposiciones de existencia, rectitud para las acciones lógicamente reguladas y para el contexto normativo de estas, y veracidad para las manifestaciones de sus vivencias subjetivas” (19). Así, el sujeto social se conforma objetiva, social y subjetivamente en su mundo de la vida, el que siempre supone un marco de “precomprensión imbuida culturalmente” que es en el caso de cada mundo “el correspondiente fragmento temático del mundo de la vida” (13).

De esa forma, los sujetos se conforman en sujetos epistémicos en una determinada relación con la verdad, en sujetos sociales respecto a las normas y relaciones interpersonales, y en individuos, ya que son los elementos privilegiados para registrar sus propias vivencias.

Los sujetos al ser epistémicos se orientan hacia la explicación desde su realidad pre-interpretada en el mundo de la vida. En la medida en que los sujetos se integran a un mundo ya dado y al mundo de la vida, las ciencias sociales requieren comprender primero el objeto simbólicamente estructurado por parte del sujeto, para luego explicarlo teóricamente. “Esto requiere de una doble hermenéutica o si se quiere de un grado 1, teórico, en el quehacer científico y de un grado 0, o comprensivo que exprese a nivel epistémico lo que sucede efectivamente en la constitución de los sujetos sociales: en cuanto pertenecen a los mundos delineados y al mundo de la vida” (13), pues la experiencia cotidiana que a la luz de conceptos teóricos y con ayuda de instrumentos de medida puede transformarse en datos científicos, “está ya estructurada simbólicamente y no resulta accesible a la simple observación” (20). Se propone rescatar tanto el saber cotidiano como el aporte científico.

LA DOBLE HERMENÉUTICA EN LA SALUD PÚBLICA

En el ámbito de la salud pública es fundamental comenzar igualmente por la hermenéutica 0 para dar paso al enjuiciamiento sobre la racionalidad de los juicios emitidos. En el momento 1 es cuando la racionalidad de los conocimientos ofrecidos por la ciencia pueden ampliar dicha racionalidad, encontrar nuevas relaciones, apoyar la visión de planos más profundos e integrar los estándares del conocimiento científico a aquellos logrados por la precomprensión de los actores y su estructura racional interna.

Así se logra resaltar la conexión interna entre el significado y la validez. La validez no solo depende de su compatibilidad teórica sino también de su compatibilidad contextual y realizable. Podemos afirmar que la problemática de la racionalidad llega a la salud pública mediante el análisis interno y no el externo (19):

Desde la propia precomprensión de los actores:

- Sus conceptos sobre la salud-enfermedad, sus interpretaciones subjetivas, las relaciones que el actor establece entre la salud y el entorno social.

- Sus pretensiones de validez sobre la problemática de la salud. Es decir, su veracidad en las propuestas, su rectitud normativa y su autenticidad.

- El acuerdo racionalmente motivado basado en el reconocimiento intersubjetivo sobre la validez de su interpretación sobre la salud y sobre las acciones necesarias para promoverla, todas ellas susceptibles de crítica.

Desde la racionalidad científica previamente constituida:

- En todos los momentos anteriormente indicados, el intérprete científico puede, a través de su conocimiento, penetrar y ampliar las razones que hacen aparecer las manifestaciones de los actores como racionales, y apoyar el entendimiento de lo que pudieron y pueden estos querer decir y hacer, así como proponer espacios de “solapamiento” para construir propuestas de cambio.

La epidemiología crítica, al igual que las ciencias sociales, la antropología cultural, las ciencias políticas, las ciencias económicas, etc. pueden jugar un papel muy importante en esta ampliación y profundización de la razón precomprendida por los actores en el mundo de la vida. Al mismo tiempo, la ciencia constituida puede encontrar nuevos objetos-problema, nuevas relaciones y determinaciones a ser explicados y conceptualizados y forjar paradigmas renovados que intenten explicar las novedades que surgen desde la acción comunicativa.

La propuesta de empezar por una hermenéutica 0 que introduzca al investigador en el mundo de la vida permite romper la criticada identidad objeto-sujeto. El objeto aparece en dos momentos y con cierta autonomía: en un primer momento aparece como sujeto-objeto con vida mostrando su racionalidad preteórica a través de la comunicación. En un segundo momento, el objeto-sujeto aparece concretamente, sensitivamente, para ser comprendido y explicado por el intérprete-investigador y por los actores en comunicación. La conciencia únicamente se manifiesta en la medida en que los sujetos-objetos con vida participan en la construcción y el mejoramiento de su salud y vida mientras que el objeto-representación se manifiesta como pensamiento concreto.

Se podrá lograr mayor eficacia en la medida en que se considere realmente la verdad precomprendida, se teorice, se posibilite una estructuración social más amplia y fuerte en cuanto ilocución y se den cuenta los individuos de la veracidad de sus intenciones. La acción posibilita la formación de los sujetos en sujetos epistémicos, sociales e individuales, pero al mismo tiempo propone nuevos objetos-problema para que pasen del nivel de representaciones a pensamientos concretos para ser estudiados y explicados por los intérpretes-investigadores a través de sus teorías, epistemologías y métodos particulares. De esta forma se respetan tanto la racionalidad existente en la acción comunicativa como la racionalidad que se logra en la construcción de los conceptos, métodos y teorías científicas. El objeto-sujeto no queda abolido por la falsa dialéctica de la subjetividad del

investigador. Tampoco la acción que se lleva a cabo en la vida cotidiana niega la ciencia, sino que reconoce que el conocimiento científico en cuanto a teoría y método tiene formas especiales de abstracción y procedimientos que permiten descubrir determinantes y relaciones dadas indispensables para validar la acción que se está efectuando y encontrar mecanismos para lograr mayor eficacia social y política.

Con todo lo anterior se estaría hablando de una gran complejización del quehacer en salud pública y surgiría la pregunta sobre la necesidad de dicha complejización. Consideramos que uno de los problemas fundamentales de esta época es aquel intento de dictadura de la razón instrumental, ya sea como ciencia positivista que rompe con el mundo del sentido del hombre y lo transforma en objeto, lo cual es posible reconocer claramente en la constitución de la salud pública "... el matrimonio entre la epidemiología convencional y la administración resultó ser perfectamente "científico" y nació así una salud pública administrada por objetos-con-vida que depositan cosas con el fin de prevenir y tratar las epidemias de otros objetos-con-vida comunitarios" (21), o como propuesta de un conocimiento totalitario que tiene la verdad de la realidad como ser-para-sí, que intenta constituirse en la guía única para la transformación de la salud pública y de la salud de la población. Todo eso al margen de las condiciones sociales o los contextos específicos en el que se desarrollan los sujetos individuales y sociales. En ambos casos nos ubicamos ante un intento de dictadura de la razón instrumental o totalitaria que rompe con cualquier posibilidad de democracia entendida como "política de redistribución igualitaria del poder contenido dentro de las organizaciones" (17) y se identifica más bien con la posibilidad de constitución de "círculos de poder" (22) ajenos al mundo de la vida, pero capaces de dominarlo y manipularlo.

La complejización del quehacer en salud pública también responde a la necesidad de resistirnos a interpretar la realidad del hombre bajo una equivocada aproximación al paradigma de la producción, a través del cual hemos querido postular que el hombre es un simple producto que debe caminar por un sendero ciegamente determinado por la historia, cuando en verdad, es a través de la historia que el hombre se transforma en el actor que promueve nuevos acontecimientos capaces de viabilizar cambios "solapados" entre individuos con una misma dirección ideológica.

"La historicidad de la ciencia es la ineludible continuidad esencial de la ciencia social con la política, ya que si solo la historia puede conducir a una ciencia verdadera, una ciencia verdadera tiene que servir para la construcción de la historia" (17).

Los estudios sobre planificación de la educación superior en salud, sobre programación en salud, sobre proceso de trabajo y salud, sobre vigilancia de la salud, algunos estudios de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Central del Ecuador y muchos otros que actualmente se llevan a cabo en América Latina, manifiestan, desde diferentes perspectivas, la necesidad de esa ampliación de la razón (23-26).

SALUD Y POLÍTICA

La racionalidad de la acción comunicativa en el mundo de la vida y del trabajo constituyen el sujeto individual y el sujeto social. Es necesario reconocer que desde el sujeto brota y se desarrolla el poder necesario para estructurar los “modos de andar la vida” y también se proyecta la fuerza consciente requerida para organizar y hacer dinámica la emancipación de la colonización o “cosificación” que ha penetrado en las esferas de la vida social, y que obstaculiza el proyecto ético compartido para que el hombre avance en la consecución de la salud.

La “cosificación” o colonización que ocurre en todas las esferas de la sociedad, incluido el campo de los intercambios simbólicos dirigidos a producir consensos para la acción, se origina en la subsumisión capitalista del trabajo, y se extiende a todos los ámbitos de la vida. En cada uno de ellos, esta “cosificación” cambia y se modula en base a las características históricas y contextuales en que se transforma el sujeto.

Lo anterior nos permite reconocer que no es adecuado imponer un plan estratégico en salud previamente estructurado, sino que el plan debe surgir partiendo de la problematización del sujeto individual y social, bajo el análisis de sus propias condiciones de vida y trabajo y bajo la interpretación simbólica de su presente y de su futuro. Es por eso que en cuanto a la aproximación a la planificación estratégica de recursos humanos en salud, Rovere propone partir conjuntamente con los actores desde la problematización de sus vidas, y junto con ellos ver los problemas y tratar de resolverlos.

En el campo específico de la salud, nos situamos en “...la potencialidad objetiva de potenciar un contenido no realizado... en comprender la política más allá del quehacer operativo que la confina al poder para comprenderla como conciencia de la historicidad del momento, como construcción de proyectos resolutivos en el plano de las contradicciones inmediatas” (7).

Pero la conciencia de la historicidad del momento no puede ser reducida exclusivamente a la conciencia que pasa del en-sí al para-sí, o la conciencia de la alienación del trabajo, aunque sea un componente fundamental. Es necesario además crear sujetos conscientes de que el capital coloniza o “cosifica” los mundos de la vida y crea, a través de la lucha de esos sujetos y de su voluntad de saber y de hacer, metas objetivas dentro del campo de la salud.

Es necesario trabajar con los sujetos que desde su mundo de la vida asumen una actitud racional, viabilizan, dirigen, organizan proyectos, y convierten sus utopías en historia para lograr “una sociedad solidaria en cuanto a relación personal, transparente en cuanto a relación social” (24).

Lo anterior permite situarse en la ideología que acompaña a la planificación estratégica que con tanta fuerza ha penetrado en el quehacer en salud en la América Latina. Ideología que, rescatando los importantes

avances que se han realizado a través de la reflexión y del trabajo, ha logrado traducir bajo lineamientos teórico-políticos claramente comprometidos con una propuesta emancipadora, aquellos conceptos que en la versión sistémica original estaban dirigidos a sustentar la acumulación y la dominación y lograr así planteamientos nuevos que posibilitan un pensamiento y una práctica distintos.

El problema radica en superar, por una parte, la “estrategia” que se plantea dentro del sistema para así fortalecerlo. Y por otra, no caer bajo el mandato de la razón instrumental que conduce al “cálculo que preside y precede la acción” (27) basado en la acumulación de poder.

Es fundamental consolidar propuestas metodológicas racionales, verídicas, que no respondan necesariamente al esquema medio-fin, y con libre dirección. De todas maneras, existen preguntas sobre la validez de los procedimientos que ahora se utilizan, ya que dichos problemas podrían aparecer en el proceso de acercamiento únicamente como datos, cuando verdaderamente han sido estructurados simbólicamente y no resultan accesibles a un simple procedimiento de intersubjetivación. Es posible afirmar que la intersubjetivación visualiza o traduce el problema del sujeto que participa en la planificación con mayor exactitud, rectitud y verdad preteóricas. Pero de todas maneras constituye un aspecto importante a ser considerado y discutido, ya que el mundo simbólico por lo general no puede ser traducido: “sumergidos los sujetos en su mundo actual y en sus representaciones, no alcanzan a captar, desde su cercanía, el mundo simbólico. Este último permanece indiscernible desde el mundo actual... es inconmensurable” (13) y en muchas ocasiones requiere ser interpretado.

Los sujetos sociales en actitud realizativa son los que posibilitan que las genericidades o verdades totalizantes que se hallan ubicadas en el mundo simbólico surjan hacia el mundo real, “hacia el plano histórico-social actual en la temporalidad en que se esté viviendo” (13).

En los países de inmensa tradición cultural indígena, es fundamental considerar que la razón implícita en la planificación estratégica debe ser analizada con mucho cuidado. El mundo mítico de nuestra población indígena obliga a la salud pública a tomar en consideración aspectos que no están incluidos en los métodos y técnicas que usualmente han sido utilizados.

No es el mundo indígena solamente el que nos anuncia a través de sus movimientos y sus levantamientos armados la vigencia de una racionalidad profundamente ligada a la vida y un simbolismo no compatible con la razón instrumental decimonónica. Los grupos de derechos humanos, las mujeres, los grupos cristianos de base y los grupos ecológicos también reclaman una nueva forma de mirar el mundo, una nueva propuesta de entender y hacer historia partiendo desde la racionalidad del mundo de vida, y nos anuncian el fin de las filosofías de la conciencia centradas en el sujeto, así como la revisión y enriquecimiento del paradigma de la producción.

La salud pública debe buscar nuevos caminos para reorganizar su forma de conocer y de hacer, y al mismo tiempo establecer una alianza con aquellos sujetos que luchan por la vida, ya que esto conlleva implícitamente una lucha por la salud. Existe por lo tanto, el reto de reflexión y la urgencia de un nuevo tipo de acción científica y política (4).

NOTAS SOBRE EL QUEHACER EN LA SALUD PÚBLICA

El cambio basado en la idea de que el conocimiento científico es la única base que permite lograr resultados eficaces, ya que dicho conocimiento posibilita la explicación total de las determinantes del objeto hacia una interpretación diferente que reconoce que el sujeto-objeto se halla determinado históricamente, pero que con su conciencia, sentido y acción abre caminos diferentes y acontecimientos distintos que pueden ser dirigidos "hoy" en la práctica con su propia lógica o racionalidad del mundo de la vida, nos lleva necesariamente a explicitar algunas inquietudes y necesidades:

- No es posible comprometernos a un cambio si se conserva la misma forma de ver la realidad, la misma lógica con la que se crearon los conocimientos, el mismo objeto "enfermedad colectiva", la misma manera de formar los recursos humanos y la misma forma de aplicar la misma técnica.

- El reconocimiento de la posibilidad de lograr mejor nivel de salud mediante la acción de los propios sujetos individuales y sociales, centra el eje de nuestra preocupación en salud pública en la práctica o acción como espacio fundamental para evaluar, a través de la eficacia, la validez de nuestros planteamientos y la utilidad de los aportes del saber y de la ciencia que provienen desde diferentes ámbitos y disciplinas. Por otra parte, da preferencia a la categoría sujeto como base de nuestra reflexión y acción.

- No se puede construir una práctica coherente y científica en salud dirigiendo nuestra mirada hacia la enfermedad colectiva. El campo de la salud está conformado por "los problemas, las representaciones y las estrategias de acción que se presentan en el curso de la reproducción de la vida social" (8), mientras que la acción en salud constituye "la capacidad y el derecho individual y colectivo, de realización del potencial humano (biológico, psicológico y social) que permite a todos contribuir en el desarrollo y participar ampliamente de sus beneficios" (2).

Es necesario comprender y rescatar a los múltiples sujetos en su práctica concreta que pueden "solapar" sus intereses hacia la elevación de las condiciones de salud y de esta manera conformar la fuerza necesaria para dirigir los procesos de reforma sanitaria hacia metas de equidad, calidad y eficacia, y proponer nuestra participación como escuelas de salud pública con mayor eficacia técnica y política. Si se analiza cualquiera de los elementos o factores que forman parte de las propuestas de reforma en

salud, es posible percatarse que para su implementación se requieren, entre otros, cambios relacionados con lo que se ha venido discutiendo:

- La gestión descentralizada y autónoma requiere sujetos que construyan y normatizen constantemente su propia estructura de reproducción.
- Lo específico como eje de pensamiento de la descentralización constituye un espacio donde se concretiza y contextualiza toda la complejidad de lo general, donde se requiere comprender cómo las relaciones ordenan a los entes y donde se intenta generar nuevos procesos a través de la fuerza rectora de la propia especificidad.

Los aspectos analizados anteriormente y muchos otros que actualmente se encuentran en discusión, no pueden únicamente recibir recomendaciones que se sitúen en el quehacer pragmático. Ante lo sectorial se requiere lo multisectorial y lo intersectorial. Ante lo centralizado, lo descentralizado, y ante el pensamiento centrado en la enfermedad, un pensamiento sobre la salud. Parece que no solamente es suficiente proponer movimiento ante la inmovilidad, ampliación ante la disminución, calidad ante la ineficacia, disminución ante el exceso. Es también importante analizar los cambios epistémicos, lógicos y metodológicos que debemos hacer, porque la forma específica de mirar hacia la salud pública tiene también su lógica, su método y su técnica. Ante el gran cambio requerido no parece ser posible únicamente preocuparse por desarrollar "habilidades".

Estamos viviendo un momento en que la salud pública está en capacidad de utilizar los avances que provienen de las ciencias sociales y naturales para acercarse y ver de manera distinta formas de construcción teóricas diferentes a las analíticas y a su lógica inductiva y deductiva, tales como las construcciones estructurales y las globales o integrales (28), estudiar otros tipos de lógica⁸ que han tenido gran desarrollo en los últimos tiempos, analizar nuevas interpretaciones sobre la práctica o la acción. En otras palabras, consideramos que uno de los recursos prácticos más importantes para la nueva salud pública es volver a pensar críticamente sobre sus bases teóricas.

Para poder criticar nuestras bases teóricas, debemos modificar nuestra práctica educativa integrando los importantes avances ocurridos en la educación al retomar la experiencia anterior, el mundo de trabajo y la comunicación. Las experiencias desarrolladas en educación permanente por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud constituyen un aporte interesante en este campo. Por otra parte, es importante reconocer que nuestro campo de acción es multisectorial y que debemos actuar en ese espacio en el que se relacionan

⁸ Los trabajos de Pierce sobre lógica abductiva; Husserl y la fenomenología; Piaget y la lógica operativa; Goldman y Lukacs en lógica dialéctica; Wittgenstein y su lógica del lenguaje; Bourdieu y la lógica de la práctica, y otros, abren posibilidades de apoyar los cambios de pensamiento y acción requeridos por la salud pública.

la sociedad política y la sociedad civil. Esto nos obliga a ampliar los contenidos de nuestra formación y construir una alternativa de independencia relativa a las facultades y escuelas de medicina.

Si comprendemos claramente el problema que nos plantea los nuevos enfoques de la salud pública podremos también entender que es imposible avanzar teóricamente si no creamos nuevas prácticas creadoras de una nueva teoría. Los avances que se van produciendo en el pensamiento y la planificación estratégicos y en la calidad de los servicios de salud permitirán hacer un planteamiento teórico más pertinente que posibilitará alcanzar un mejor nivel de salud.

El cometido de las escuelas de salud pública consiste en asumir una tarea de liderazgo dentro de un campo diferente al nuestro y del que es responsable la sociedad civil y política. Para lograrlo es esencial investigar los problemas de salud existentes en la población con miras a dar una respuesta ex-ante y durante y no solo ex-post, lo que entraña cambios importantes en la concepción y utilización del método de investigación;⁹ la creación de alianzas con los grupos que luchan por la vida y la salud, la defensa de los servicios de salud y el esfuerzo conjunto por la conformación de actores con conciencia emancipadora, el desarrollo de nuevas formas de docencia que apoyen la formación de estudiantes y profesores comprometidos con el cambio, de manera que posibilite "formar trabajadores de la salud capaces de desarrollar nuevas formas de ver, entender y registrar la realidad en salud, pero no solo para explicar las determinantes sociales y biológicas, sino para apoyar la acumulación de fuerzas que permitan dar sentido a la acción dirigida a descubrir o desarrollar potencialidades técnicas, políticas y culturales de cambio presente y futuro" (4).

REFERENCIAS

- 1 Rovere M. *Reconfiguración de la teoría y práctica de la salud pública en la década de los 90*. Bolivia: Universidad Andina; 1993.
- 2 Rodríguez R. Teoría y práctica en salud pública. Ponencia a la I Conferencia Panamericana en Salud Pública. Rio de Janeiro; 1994.
- 3 Organización Panamericana de la Salud. *La crisis de la salud pública*. Washington DC: OPS; 1992. (Publicación científica 450).
- 4 Ecuador, Escuela de Salud Pública/ Organización Panamericana de la Salud. *Salud Pública: Ciencia, Política y Acción*. Quito: ESP/OPS; 1993.
- 5 Guidens A, Turner J, eds. *Social theory today*. California: Stanford University Press; 1988.
- 6 Samaja J. *Verdad objetiva y hermenéutica*. Buenos Aires; 1994. (Poligrafía).
- 7 Zemelman H. *De la historia a la política: la experiencia de América Latina*. México: Siglo XXI; 1989.
- 8 Samaja J. La reproducción social y la relación entre la salud y las condiciones de vida. Monografía preparada para la Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires; 1994.
- 9 Marx K. *El dieciocho brumario de Luis Bonaparte*. México: Grijalbo; 1974.

⁹ Las propuestas de Zemelman en el campo de la investigación social constituyen importantes aportes para ser tomados en cuenta.

- 10 Gramsci A. *El materialismo histórico y la filosofía de Benedetto Croce*. Juan Pablos, ed. México; 1975.
- 11 Zemelman H. *Los horizontes de la razón*, Vol II. Barcelona: Anthropos; 1992: 66.
- 12 Habermas J. *El discurso filosófico de la modernidad*. Madrid: Alfaguara SA; 1991.
- 13 Rojas C, Orellana T y Mera P. *Los lugares creados por la libertad*. Universidad del Azuay, Cuenca; 1994.
- 14 Rojas C. Fin de las filosofías de la conciencia y emergencia de la intersubjetividad de la acción comunicativa. Cuenca: Universidad del Azuay; 1991.
- 15 Canguilhem G. *Ideología y Racionalidade nas Ciências da Vida*. Lisboa: Edições 70.
- 16 Canguilhem G. *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo veintiuno; 1971.
- 17 Testa M. ¿Cuál ciencia? En: *Pensar en salud*. Policopiados de la Escuela de Salud Pública, Universidad Central. Quito; 1990.
- 18 Habermas J. *Teoría de la acción comunicativa: racionalidad de la acción y racionalización social*. Madrid: Taurus; 1988.
- 19 Habermas J. *Teoría de la acción comunicativa: crítica de la razón funcionalista*. Madrid: Taurus; 1988.
- 20 Cicourel A. *Method and Measurement in Sociology*. Mencionado por Habermas J. En: *Teoría de la Acción Comunicativa: racionalidad de la acción y racionalización social*. Madrid: Taurus; 1988.
- 21 Granda E. Tendencias de la educación en salud pública. En: *Memorias de la Reunión Andina sobre Recursos Humanos*. ASCOFAME/OPS, Cartagena; 1993.
- 22 Konchalovski A. El Círculo del poder.
- 23 Rovere M. *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Washington, DC: OPS; 1993. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 96).
- 24 Testa M. *Pensamiento estratégico y lógica de programación (el caso salud)*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 1989.
- 25 Laurell C. et al. La experiencia obrera como fuente de conocimiento. *Cuadernos Médico Sociales* 1990(51).
- 26 Castellanos P. Sistemas nacionales de vigilancia de la situación según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1991.
- 27 Matus C. *Política, planificación y gobierno*. Caracas: Organización Panamericana de la Salud; 1987.
- 28 Samaja J. *Universal/Particular/Individual—Multicopias*. Buenos Aires; 1993.

A REFORMA SANITÁRIA E OS RECURSOS HUMANOS DOS SERVIÇOS LOCAIS DE SAÚDE: O CASO DE VARGEM GRANDE PAULISTA

Cláudia Maria Bógus,¹ Márcia Faria Westphal,² Elizabeth Marlene Fernandes³ e Sílvio Possa⁴

INTRODUÇÃO

Entre as estratégias propostas para a operacionalidade da Reforma Sanitária, a educação continuada foi citada com destaque na Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (1). Na ocasião, definiu-se educação continuada como sendo um instrumento de formação e aprimoramento de pessoal de nível médio e elementar e aprimoramento para o pessoal de nível superior para as necessidades dos serviços.

Deve-se também considerar a educação continuada (2, 3) como um dos meios para viabilizar a discussão dentro da própria equipe de saúde, sobre o seu trabalho, políticas institucionais e a participação dos funcionários na definição e execução das programações assim como sobre a prática educativa transformadora, que deve ser a tônica da sua atuação.

O principal problema tratado neste trabalho foi a busca de inovações, na área de recursos humanos, que possam ser implantadas para reforçar o processo da Reforma Sanitária, para influenciar a necessária mudança de postura dos funcionários e profissionais do setor saúde em relação à concepção do processo saúde-doença, aos direitos da população em relação à saúde, à problemática da área, ao seu equacionamento e possíveis soluções. Essa mudança deve refletir-se nas relações interprofissionais e na relação dos profissionais de saúde com a população usuária

¹ Educadora de Saúde Pública e Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

² Professora Associada da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

³ Assistente Social do Departamento de Saúde de Vargem Grande Paulista.

⁴ Ex-Diretor do Departamento de Saúde de Vargem Grande Paulista.

dos serviços, para que se efetive a democratização e a transformação no setor saúde.

Este projeto foi desenvolvido no município de Vargem Grande Paulista, localizado na região oeste da Grande São Paulo, entre os quilômetros 40 e 46 da Rodovia Raposo Tavares (SP-270), e a cerca de 45 quilômetros da cidade de São Paulo. O município ocupa uma área de 29 km² e sua altitude é de 930 metros. Faz parte do ERSA-12, há anos região de atuação da Faculdade de Saúde Pública através do Projeto de Integração Docente-Assistencial.

Os objetivos gerais do trabalho são:

- Realização de um diagnóstico educativo entre os funcionários da Unidade Básica de Saúde (UBS) de Vargem Grande Paulista, a fim de identificar e conhecer suas percepções, atitudes e interesses quanto ao trabalho desenvolvido.
- Formulação e implementação de um programa de educação continuada para os funcionários da UBS de Vargem Grande Paulista, tendo como base o diagnóstico inicialmente realizado.
- Avaliação dos resultados a partir dos objetivos específicos propostos e do processo de desenvolvimento do programa educativo com os funcionários.
- Identificar e denunciar as necessidades e expectativas dos funcionários do Departamento de Saúde de Vargem Grande Paulista.

MATERIAL E MÉTODOS

Com o intuito de realizar a avaliação do programa educativo, fez-se um estudo utilizando o modelo pré-experimental, de acordo com a classificação de Campbell e Stanley (4) que pressupõe a realização de um pré-teste (avaliação diagnóstica inicial) e um pós-teste (avaliação final) e um mesmo grupo que sofreu uma intervenção (programa educativo). A avaliação deu-se mediante a comparação entre as situações inicial e final através de mensuração qualitativa, tendo-se em vista os objetivos do estudo.

Um ponto que reforça a escolha da metodologia qualitativa é a afirmação feita por Ferreira (5) de que ao optar “por métodos e técnicas centradas no sujeito e que privilegiem dados qualitativos, estou sendo solidária e porta-voz da comunidade pesquisada”, um dos objetivos deste estudo.

Avaliação diagnóstica inicial

A avaliação diagnóstica inicial utilizou duas técnicas de coleta de dados: entrevista individual e entrevista em grupo, por categoria profissional, ambas abertas mas com um roteiro pré-estabelecido.

A entrevista individual foi feita com o maior número possível de funcionários, sendo excluídos aqueles cujas atividades vinculavam-se exclusivamente com o serviço de pronto-atendimento. O objetivo foi obter, de cada funcionário, dados referentes à sua identificação, tempo de serviço, local de moradia, escolaridade, aspirações profissionais, percepções sobre sua função, desempenho de ações educativas e participação na gestão da unidade de saúde.

A escolha da entrevista grupal, por categoria, como segundo instrumento para essa avaliação diagnóstica teve três objetivos: permitir um aprofundamento das questões abordadas na entrevista individual, através de discussão entre pares da mesma categoria, procurando apreender os aspectos mais significativos de cada tema para cada grupo de profissionais; facilitar que a pesquisadora se aproximasse dos funcionários, com vistas à intervenção — que seria realizada posteriormente (programa educativo) — e facilitar a integração intra-equipe e a prática de discussão de problemas comuns referentes à prestação de serviços na área da saúde, também objetivos do projeto.

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos profissionais existentes no serviço na época da realização das entrevistas individuais e das entrevistas individuais realizadas, por categoria profissional. O número de profissio-

TABELA 1. Distribuição dos profissionais existentes no serviço e de entrevistas individuais realizadas para a avaliação diagnóstica inicial, segundo categoria profissional.

Categoria profissional	Nº de profissionais no serviço	Nº de entrevistas realizadas
— Serventes	10	8
— Cozinheiras	3	2
— Vigias	3	2
— Motoristas	11	8
— Administração/Almoxarifado	5	4
— Farmácia	2	2
— SAME	11	10
— Visitadores Sanitários	2	2
— Atendentes de Enfermagem	11	5
— Auxiliares de Enfermagem	9	9
— Auxiliares de Consultório Dentário	6	6
— Técnicos de Higiene Dental	3	3
— Médicos	11	9
— Enfermeiras	5	4
— Dentistas	5	3
— Psicólogos	3	1
— Psiquiatras	3	2
— Assistente Social	1	1
— Diretor	1	1
Total	105	82

Fonte: Projeto "Os movimentos Sociais e as Políticas Municipais de Saúde". Departamento de Saúde de Vargem Grande Paulista/Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

nais entrevistados correspondeu a aproximadamente 78,0% dos profissionais existentes no serviço, considerados como população de estudo.

A Tabela 2 apresenta a distribuição das reuniões realizadas para as entrevistas grupais e de participantes, por reunião e por categoria profissional.

Programa de educação continuada

Dividiram-se os funcionários, de acordo com a sua relativa homogeneidade, em dois grandes grupos: pessoal auxiliar e profissionais universitários. A equipe de pesquisa e os funcionários planejaram, em conjunto, programas de aprimoramento para atender às necessidades específicas de cada grupo. A técnica educativa utilizada foi a do “grupo operativo que permite o encontro de um conjunto de pessoas operando em equipe para atingir um objetivo comum” (6). Esta técnica que privilegia o diálogo e a troca de conhecimentos e sentimentos (6, 7), tem todas as possibilidades de favorecer o atendimento primordial das necessidades e expectativas levantadas. Permite, ainda, trabalhar as contradições internas e externas nas organizações, abrindo, junto ao pessoal envolvido, um espaço político, embora limitado e de importância relativa. Amaral (8) acredita que “as mudanças podem operar-se no interior dos sistemas, nos diferentes grupos a nível micropolítico, pelo aproveitamento de oportunidades de transformação que são oferecidas pela mudança de qualidade e pela maturação das relações sociais”.

TABELA 2. Distribuição das reuniões realizadas para a entrevista em grupo e de participantes por reunião, na avaliação diagnóstica inicial, por categoria profissional, e de profissionais existentes no serviço.

Categoria profissional	Nº de reuniões	Nº de participantes por reunião.	Nº de profissionais existentes no serviço
— Serventes e Cozinheiras	4	8-7-6-5	13
— Vigias e Motoristas	3	6-3-3	14
— Administração/Almoxarifado/Farmácia	3	4-3-4	7
— SAME	3	5-4-3	11
— Atendentes de Enfermagem	4	4-5-7-4	13
— Auxiliares de Enfermagem	3	3-3-3	9
— Técnicos de Higiene Dental e Auxiliares de Consultório Dentário	3	7-7-5	9
— Médicos	2	8-8	11
— Enfermeiras	3	2-3-3	5
— Dentistas	1	2	5
— Equipe de Saúde Mental (Psicólogos, Terapeuta Ocupacional, Psiquiatras)	2	4-4	6
Total	31	...	103

Fonte: Projeto “Os movimentos Sociais e as Políticas Municipais de Saúde”. Departamento de Saúde de Vargem Grande Paulista/Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Avaliação final

Após o término das reuniões, organizou-se um processo de avaliação do programa a partir de entrevistas individuais com os participantes das várias fases. Estabeleceram-se alguns critérios para a seleção dos funcionários a serem entrevistados: funcionários que estavam no serviço no período da avaliação diagnóstica inicial e que tivessem passado pela entrevista individual inicial ou a entrevista em grupo, ou que tivessem participado em pelo menos 50% do programa educativo, e também os que já estavam no serviço na época da avaliação diagnóstica inicial, mas que não tivessem participado dela e nem de nenhuma atividade posterior. Realizaram-se um total de 65 entrevistas, correspondendo a aproximadamente 75,0% do total de funcionários existentes no Departamento de Saúde, na época em que se realizou a avaliação final.

As entrevistas em grupo realizadas na avaliação diagnóstica inicial, as reuniões do programa educativo e as entrevistas individuais da avaliação final foram gravadas com a permissão dos participantes, e depois transcritas para análise.

A Tabela 3 mostra a distribuição do número de profissionais existentes no serviço e de entrevistas individuais realizadas na avaliação final, segundo a categoria profissional.

TABELA 3. Distribuição dos profissionais existentes no serviço e de entrevistas realizadas na avaliação final, por categoria profissional.

Categoria profissional	Nº de profissionais existentes no serviço	Nº de entrevistas individuais realizadas
— Serventes	8	6
— Cozinheiras	2	2
— Vigias	2	1
— Motoristas	8	6
— Administração/Almoxarifado/Farmácia	5	5
— SAME	11	10
— Visitadores Sanitários	2	2
— Atendentes de Enfermagem	6	2
— Auxiliares de Enfermagem	9	6
— Auxiliares de Consultório Dentário	6	6
— Técnicos de Higiene Dental	2	2
— médicos	10	6
— Enfermeiros	5	3
— Dentista	3	1
— Psicólogos	3	2
— Psiquiatras	2	2
— Terapeuta Ocupacional	1	1
— Assistente Social	1	1
— Diretor	1	1
Total	87	65

Fonte: Projeto "Os movimentos Sociais e as Políticas Municipais de Saúde". Departamento de Saúde de Vargem Grande Paulista/Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A avaliação do programa educativo desenvolvido durante o projeto foi realizada pela comparação entre a situação inicial, pré-programa, com dados obtidos na avaliação diagnóstica inicial, e a situação final, pós-programa, com os dados obtidos na avaliação final.

Para fazer a comparação entre a situação inicial, pré-programa, e a situação final, pós-programa, utilizaram-se algumas categorias de análise estabelecidas a partir de uma "leitura contínua" dos dados obtidos. As categorias de análise na avaliação diagnóstica inicial foram: necessidades sentidas, percepção quanto à finalidade da Unidade Básica de Saúde, percepção quanto ao papel de cada elemento da equipe, orientação recebida e finalidade/importância das funções técnicas e das funções educativas, atitude diante da participação da população e interesse por cursos e/ou discussão. Na avaliação final foram acrescentadas mais três categorias de análise: percepção sobre os objetivos do programa educativo, avaliação da metodologia utilizada no programa educativo e mudanças sentidas como consequência do programa educativo.

A análise foi realizada considerando-se os dois grandes grupos de funcionários identificados como característicos pelas suas singularidades e diferenças: pessoal auxiliar e profissionais universitários.

DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

Inicialmente foi realizada uma reunião geral com a presença da maioria dos funcionários da Unidade Básica de Saúde onde os resultados obtidos através das entrevistas individuais e em grupo foram apresentados juntamente com uma proposta de continuidade do trabalho já iniciado.

Apresentou-se uma proposta de temas para discussão com cada grupo a partir dos dados coletados até então que expressavam as suas necessidades (Quadro 1). Tal proposta serviu como ponto de partida para os programas de discussão a serem elaborados pelos grupos.

Posteriormente realizaram-se reuniões de planejamento com cada grupo (pessoal auxiliar e profissionais universitários) e estabeleceram-se, em conjunto, os temas de discussão, cronograma, dia, hora e local das reuniões.

Previram-se 10 reuniões com cada grupo, porém problemas de organização do serviço e até mesmo a instabilidade política local impediram que as reuniões tivessem a periodicidade desejada e completassem o número previsto inicialmente. Realizaram-se sete reuniões com o grupo de pessoal auxiliar e oito com o grupo dos profissionais universitários.

A média de participantes nas reuniões de pessoal auxiliar foi de 12,4 pessoas (aproximadamente 15,0% do total) e no grupo dos profissionais universitários foi de 13,4 pessoas (aproximadamente 38,0% do total).

As Tabelas 4 e 5 mostram o número de participantes por reunião, de acordo com a categoria profissional em cada um dos grupos.

QUADRO 1. Necessidades cognitivas identificadas.

Pessoal auxiliar	Profissionais universitários
— Objetivos do trabalho da UBS	
— Estrutura e funcionamento da UBS	— Estrutura e funcionamento da UBS
• papéis/funções	• comunicação interna
• organograma	
• fluxograma	
• comunicação interna	
• gerenciamento participativo/representação	
— Modelo assistencial	— Modelo assistencial
— Função educativa	— Função educativa
• abordagens	• abordagens
• contatos individuais	• contatos individuais
• contatos grupais	• contatos grupais
• grupos de clientes	• grupos de cliente
• grupos organizados da população	• grupos organizados da população
	• Participação popular na gestão do serviço

TABELA 4. Distribuição dos profissionais existentes no serviço e de participantes por reunião, segundo categoria profissional no grupo de pessoal auxiliar.

Categoria profissional	Nº de profissionais existentes no serviço	Nº de participantes por reunião						
		1	2	3	4	5	6	7
— Serventes e Cozinheiras	14	3	1	2	...	...	4	1
— Vigias e Motoristas	16	2	...	...	...	1	1	3
— Administração/Almoxarifado/Farmácia	5	1	2	...	...	...	...	2
— SAME	13	1	3	3	2	2	2	10
— Atendentes de Enfermagem	14	2	...	2	2	2	1	1
— Auxiliares de Enfermagem	14	2	3	2	4	2	3	2
— Técnicos de Higiene Dental e Auxiliares de Consultório Dentário	8	4	1	...	2	1	4	1
Total	84	15	10	9	10	8	15	20

Fonte: Projeto "Os movimentos Sociais e as Políticas Municipais de Saúde". Departamento de Saúde de Vargem Grande Paulista/Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

TABELA 5. Distribuição dos profissionais existentes no serviço e de participantes por reunião, segundo categoria profissional no grupo de profissionais universitários.

Categoria profissional	Nº de profissionais existentes no serviço	Nº de participantes por reunião							
		1	2	3	4	5	6	7	8
— Médicos	17	9	9	2	6	7	6	7	8
— Enfermeiras	6	4	2	3	2	1	2	4	...
— Dentista	5	3	2	2	4	...	2	1	...
— Terapeuta Ocupacional	1	1	1	1	1	1	...	1	...
— Assistentes Sociais	2	1	1	...	1	1	1	1	2
— Equipe de Saúde Mental	4	1	1	2	1	...	...	...	2
Total	35	19	16	10	15	10	11	14	12

Fonte: Projeto "Os movimentos Sociais e as Políticas Municipais de Saúde". Departamento de Saúde de Vargem Grande Paulista/Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A relação dos temas discutidos nas reuniões com cada um dos grupos aparece no Quadro 2.

O programa educativo desencadeou um processo que envolveu grande parte dos funcionários direta ou indiretamente, com maior ou menor intensidade. Pode-se considerar, assim, que durante o processo alguns questionamentos, conflitos e contradições latentes foram explicitados dando margem a que, na medida em que as circunstâncias de desenvolvimento do programa permitiram, o grupo os percebesse e esboçasse algumas estratégias de ação com a intenção de introduzir mudanças.

RESULTADOS

O resultado da avaliação final, quanto às mudanças referidas como consequência do programa educativo, pode ser visto no Quadro 3.

É importante destacar que a maior parte dos entrevistados dos dois grupos não mencionou mudanças como consequência do programa desenvolvido. Além disso, muitos profissionais universitários sentiram dificuldade em avaliar se houve alguma mudança já que na época ocorreram muitas interferências. Opinou-se que a não percepção de mudanças se deveu à longa duração do programa educativo que sofreu várias interrupções por motivos alheios ao projeto propriamente dito. Além disso, um programa de recursos humanos lidando com as questões abordadas neste trabalho é bastante novo a nível de sistema público de saúde e, portanto, sujeito a inúmeros equívocos relativos à sua operacionalização no dia-a-dia de uma Unidade Básica de Saúde.

QUADRO 2. Temas de discussão.

Pessoal auxiliar	Profissionais universitários
1. A proposta da segunda fase do projeto	1. A proposta da segunda fase do projeto
2. Os objetivos da UBS	2. A comunicação interna
3. Qual a contribuição e os objetivos da atuação de cada grupo profissional no que tange o alcance dos objetivos da UBS	3. A relação entre profissionais universitários e pessoal auxiliar
4. A instabilidade política local e seus reflexos no serviço de saúde	4. Modelo assistencial
5. A comunicação interna	5. A continuidade das reuniões e suas finalidades
6. A continuidade das reuniões e suas finalidades	6. A organização interna do serviço
7. As dificuldades do relacionamento com os profissionais universitários	
8. Exemplo de processo decisório conjunto em função de um problema concreto: a triagem no pronto-atendimento	

QUADRO 3. Mudanças sentidas como conseqüência das reuniões (Programa Educativo).

Pessoal auxiliar	Profissionais universitários
<ul style="list-style-type: none"> — de relacionamento <ul style="list-style-type: none"> • com os demais auxiliares • maior proximidade • contato melhor • com os profissionais universitários <ul style="list-style-type: none"> • certa aproximação • facilitou o relacionamento com o pessoal auxiliar e os profissionais universitários, mas só no início • com o usuário/paciente <ul style="list-style-type: none"> • atendimento mais compreensivo • contato melhor • colocar em prática o que aprendeu • com a gerência do serviço <ul style="list-style-type: none"> • não houve mudanças • não há valorização do pessoal auxiliar — quanto à participação/envolvimento nas decisões <ul style="list-style-type: none"> • não houve mudança • sem perspectivas de crescimento profissional — muitos não referiram mudanças 	<ul style="list-style-type: none"> — de relacionamento <ul style="list-style-type: none"> • com os demais profissionais universitários • maior proximidade • maior integração inter-equipes e de trabalho • com o pessoal auxiliar <ul style="list-style-type: none"> • maior proximidade • percepção da importância do trabalho de equipe • com o usuário/paciente <ul style="list-style-type: none"> • maior proximidade • valorização da participação popular (não muito discutido) • com a gerência do serviço <ul style="list-style-type: none"> • não houve mudanças — quanto à participação/envolvimento nas decisões <ul style="list-style-type: none"> • pequenas mudanças isoladas — muitos não referiram mudanças — resultado comprometido pelas circunstâncias

DISCUSSÃO

A questão central, pela qual procurou-se guiar todo o trabalho, foi a participação dos funcionários de um serviço de saúde local na gestão desse serviço, e mediante a qual procurar-se-ia facilitar também a participação da população, numa co-gestão do serviço de saúde talvez através de um colegiado misto.

Para poder enxergar a questão em toda a sua realidade, seria necessário estabelecer relações entre os avanços e recuos na implementação do projeto proposto tal como os que têm caracterizado o processo de implantação da Reforma Sanitária brasileira. Infelizmente, não foi possível atingir a participação da população porque a participação interna viu-se rodeada de contradições e conflitos.

No caso de Vargem Grande Paulista, os dois movimentos aconteceram de acordo com o que previsto na literatura. Com relação ao poder executivo local, Sá (9) caracterizou bem a situação ao mostrar que a linha demarcatória entre o governo municipal e a administração pública é muito

tênue, sendo que a concentração de poder no prefeito direciona a política de saúde e define prioridades segundo pressupostos diferentes do setor saúde que tem, como referência, os preceitos constitucionais e o compromisso com a população, segundo as diretrizes do Sistema Único de Saúde. É aí que se dá o conflito, já que as políticas públicas nacionais de saúde têm que apresentar mecanismos de defesa eficientes frente ao sistema de poder local.

A questão do financiamento do setor saúde também acabou engrossando o rol de problemas que permearam a municipalização do setor e as dificuldades no andamento do trabalho. O passado de verbas, a partir de certo momento, não mais se caracterizou por critérios demográficos e que resolvessem as necessidades locais, principalmente em relação ao pagamento de salários justos. Este fator incidiu profundamente no meio do processo, provocando problemas de continuidade no mesmo e, por fim, sua finalização antecipada. Esses problemas acabam gerando a falta de condições operacionais para a administração pública terminando por atingir uma área crítica na prestação de serviços: a área de recursos humanos.

A relação intra e inter-equipes é difícil e possivelmente só poderia ser modificada mediante um programa educativo mais intensivo que cumprisse o total do percurso previsto e que estivesse mais "protegido" da instabilidade da instituição e da política do executivo municipal. Por outro lado, a proposta era de trabalhar com a realidade de um serviço municipalizado de saúde de um município de pequeno porte, e foi isso que se fez.

Com relação ao programa educativo e, especificamente, quanto aos objetivos de questionar a relação pedagógica inter-equipe, e desta com a população, e identificar a importância e incentivar a participação da população nas programações de saúde, foi possível notar que os funcionários mais atingidos foram aqueles que desde o início mostraram-se predispostos e interessados em participar de um processo de reflexão sobre as ações desenvolvidas no serviço. Observa-se que não foi possível garantir o envolvimento da maioria dos funcionários devido, possivelmente, à inserção dos mesmos numa realidade social e histórica que não favorece a participação, apesar desta ter sido estabelecida institucionalmente na Constituição Federal.

É importante ressaltar que dentre os atingidos, grande parte eram profissionais universitários que tiveram, talvez, mais oportunidades de vivenciar momentos de decisão e escolha e desenvolver a capacidade de crítica. Isto seria conseqüência do fato da nossa sociedade restringir o poder de decisão a uma elite com acesso às informações. O acesso desigual à formação escolar e a precária formação dos profissionais também devem ser apontados como fatores que desfavorecem um papel crítico e participativo das pessoas.

A maior falha do programa foi, sem dúvida, o fato de não ter conseguido envolver e motivar a maioria dos funcionários, mas já se sabia

a priori que seria difícil atingir as metas. Parte das dificuldades de participação era previsível, e se tornaram maiores diante das circunstâncias mencionadas anteriormente.

Os dados da avaliação final permitem recomendar a elaboração de propostas de programas educativos mais pontuais e mais estruturados, envolvendo os dois grupos simultaneamente e utilizando técnicas de grandes grupos com divisão em subgrupos heterogêneos, que permitam a vivência das relações entre profissionais universitários e não universitários, suavizando as questões de poder atualmente existentes entre eles.

Mesmo não tendo atingido os objetivos principais, o projeto proporcionou um encaminhamento nesta direção, demonstrando que o processo de mudança é longo. Todos os aspectos não plenamente satisfeitos precisariam ser aprofundados em novos estudos.

Em relação à influência do nível macro, muito já foi dito sobre a área de recursos humanos e sobre a sua importância na viabilização e implantação, de fato, do Sistema Único de Saúde, mas pouco se tem avançado, quer na definição de uma carreira única para os profissionais de saúde, quer em investimentos na formação desses profissionais (educação continuada). Também quase nada ocorreu que pudesse garantir uma aprendizagem em serviço vinculada a uma percepção crítica das práticas desenvolvidas e das necessidades da população, através de programas de reciclagem e capacitação profissional. Tais programas, para que de fato sejam transformadores, devem basear-se nas colocações de Santana (10) e Oliveira Júnior (11) que enfatizam a necessária recuperação do valor do profissional, colocando-o como centro de uma nova política no setor.

Este trabalho procurou avançar sob esta nova ótica, procurando reservar para os funcionários do Departamento de Saúde de Vargem Grande Paulista o papel de sujeitos do processo desenvolvido. Percebeu-se não ser um caminho fácil, até mesmo pelo desconhecimento. Outros estudos precisariam aprofundar esta questão.

Estudos como o de Spink (12), abordando a transmissão de diretrizes das políticas públicas para a área de recursos humanos, precisariam ser aprofundados no sentido de auxiliar na definição dos papéis dos órgãos ligados à prestação de serviços de saúde e à formação dos recursos humanos de saúde em seus vários níveis internos: central, intermediário e local.

Finalmente, é importante destacar que este projeto foi fruto da integração docente-assistencial entre a Faculdade de Saúde Pública e o Departamento de Saúde de Vargem Grande Paulista. Seu desenvolvimento contribuiu para o estreitamento desse vínculo e para possibilitar outros projetos conjuntos, inclusive na área de recursos humanos, possibilitando a continuidade deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1 Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a

Saúde. Brasília: 1986. *Relatório Final*. Brasília; Ministério da Saúde; 1986.

- 2 Vasconcelos LP, Arantes MB, Salomão O, Dolhnikoff S, Sarmiento S e Sasaki T. *Educação em saúde e a reforma sanitária: subsídios para discussão*. São Paulo, 1987. (Documento mimeografado discutido na Assembléia dos Educadores de Saúde Pública do Estado de São Paulo em 15 de setembro de 1987.)
- 3 Westphal MF e Pelicioni MCF. Contribuição da educação em saúde para a reforma sanitária. *Saude Deb* 1991;(33):68-73.
- 4 Campbell DT e Stanley JC. *Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa*. São Paulo, EPU/EDUSP; 1979.
- 5 Ferreira RMF. A relação de dominação na pesquisa social. *Rev Cult Pol* 1981; (3):65-69.
- 6 Falsetti LAV. Educação e grupos operativos. São Paulo, sem data. (Texto didático da Disciplina Educação em Saúde do Curso de Especialização em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.) [Documento mimeografado.]
- 7 Pichon-Rivière E. *O processo grupal*, 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1988.
- 8 Amaral AEEHB. Uma experiência pedagógica em construção na formação de pessoal. *Cad Fundap* 1987;7(13):34-43.
- 9 Sá ENC. *Novas autonomias/novas realidades no processo de implantação do sistema único de saúde: uma contribuição à análise da saúde pública como questão da política pública/USP*. 1991. [Documento mimeografado.]
- 10 Santana JP. Formulação de políticas de recursos humanos nos serviços de saúde. *Saude Deb* 1990;(28):66-71.
- 11 Oliveira Júnior M. Administração de recursos humanos: um obstáculo à municipalização dos serviços de saúde? *Saude Deb* 1990;(28):41-45.
- 12 Spink MJP. A dimensão organizacional das políticas públicas. *Cad FUNDAP* 1987;7(13):27-33.

LAS INNOVACIONES EDUCATIVAS EN LA FORMACIÓN DE PERSONAL DE SALUD EN MÉXICO DENTRO DEL CONTEXTO DE LAS TRANSFORMACIONES OCURRIDAS EN AMÉRICA LATINA

*María Isabel Rodríguez*¹

Este artículo fue escrito originalmente con el propósito de que formara parte del número especial de *Educación Médica y Salud* dedicado al desarrollo de recursos humanos en salud en México (1), en respuesta a la invitación de los coordinadores de dicha publicación. Su objetivo ha sido analizar los resultados alcanzados en el desarrollo de proyectos innovativos en educación en las áreas de la salud.

Considerando el papel protagónico de México dentro del movimiento latinoamericano de transformación de los procesos de formación del personal de salud, se optó por orientar este análisis al rescate de las contribuciones de México dentro del contexto de los esfuerzos latinoamericanos de búsqueda de caminos para la formación de recursos humanos en salud, acordes a las crecientes demandas y necesidades de salud de los países de la Región.

Se trata apenas de un intento por promover el interés de diferentes grupos de la Región en reflexionar y analizar esa corriente latinoamericana transformadora de la educación superior en salud, de sus alcances, de sus dificultades y de sus fracasos, como insumos necesarios en la construcción de los procesos formativos del presente y del futuro inmediato.

¹ Consultora, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC., Estados Unidos de América.

LAS INICIATIVAS LATINOAMERICANAS DE CAMBIO, INNOVACIÓN Y TRANSFORMACIÓN EDUCATIVA EN AMÉRICA LATINA

El desarrollo del tema se inicia con una somera revisión de las experiencias educativas que se generaron en el continente a partir de la confluencia de varios factores. Entre estos, se pueden mencionar las crisis educativas originadas por el incremento de la demanda para el acceso a la educación superior, particularmente en la carrera de medicina, así como las crisis políticas y sociales a nivel regional que propiciaron al menos en el discurso la incorporación del sector salud y educación en la planificación económica y social. En ese contexto se generaron propuestas de trabajo conjunto entre organismos e instituciones educativas y de salud, las que incidieron en los nuevos desarrollos del personal de salud.

Pero lo más importante a considerar es el papel que ha jugado el desarrollo del pensamiento latinoamericano en salud, que profundizó en el análisis de las relaciones entre el campo educacional y el de la salud y la estructura social a partir del avance en el desarrollo de las ciencias sociales en salud.

Igualmente tuvo gran impacto en la construcción de los procesos educativos de la época, la adopción a nivel mundial de la meta salud para todos en el año 2000 con su estrategia básica de atención primaria de salud (2). Para entonces, en América Latina se había iniciado ya la búsqueda de caminos que permitieran incorporar experiencias educativas centradas en niveles de atención de menor complejidad y en consonancia con las metas de extensión de cobertura legitimadas en el Plan Decenal de Salud de 1973 (3). Sin embargo, la adopción de la estrategia de atención primaria permeó los procesos educativos del personal de salud de la Región de las siguientes décadas.

La reconstrucción histórica de los cambios en los procesos formativos del personal de salud y en particular del recurso médico en América Latina se presenta como uno de los mejores caminos para entender la complejidad del campo de recursos humanos y de las grandes vertientes y determinantes que participan e inciden en su quehacer. Esta es una tarea que exige el esfuerzo conjunto de muchos profesionales, entre ellos historiadores, educadores, sociólogos de la educación y personal de salud. No es una tarea fácil, pero debe ser emprendida como contribución obligada a la formulación de nuevas propuestas. En este trabajo, por consiguiente, apenas se alcanza a hacer una breve revisión de las características fundamentales de algunas de las experiencias más conocidas en la Región, como antecedente de las innovaciones ocurridas en México. Se espera que esto sirva de estímulo a un amplio estudio y debate regional que permita profundizar en esa rica experiencia latinoamericana y en el contexto en que esos cambios ocurrieron.

En este recorrido por ese importante movimiento renovador latinoamericano se mencionan algunos de los rasgos principales que ca-

racterizaron la reforma de la educación médica cubana (4) a principios de los años sesenta; las experiencias brasileñas entre las cuales destacan la Universidad de Brasilia (1966) (5); el currículo del programa experimental de medicina de la Universidad de São Paulo (1968) (6) y el nuevo currículo de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Minas Gerais en Belo Horizonte (1965) (7); la experiencia venezolana con la creación de la carrera de medicina en la Escuela José María Vargas de la Universidad Central de Venezuela (1963) (8) y en Guatemala, el nuevo currículo de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos (1969) (8). La selección de estas experiencias no implica que no hayan existido otros valiosos esfuerzos que antecedieron o se desarrollaron simultánea o posteriormente en la Región, sobre todo en países como Chile, Colombia, Perú y en algunos otros del área centroamericana. Experiencias que, en un análisis exhaustivo, se podrían rescatar y valorar.

Para la caracterización de las experiencias latinoamericanas se seleccionaron dos parámetros fundamentales que fueron comunes a la mayor parte de proyectos innovadores, y para cuyo tratamiento se requiere un abordaje teórico y metodológico que pone en juego toda la concepción y práctica educativa y asistencial. Esto se refiere, por una parte, a la articulación del proceso educativo a la práctica de la salud y a la estructura social, y por la otra, al modelo educativo mismo que se nutre de los avances en el conocimiento de lo pedagógico, lo epistemológico, lo social, y se traduce fundamentalmente en la búsqueda concreta de la interdisciplinariedad.

Articulación del proceso educativo con la práctica de la salud y la estructura social

La búsqueda de caminos para la articulación del proceso educativo y la práctica de la salud, que van desde la incorporación relevante de actividades extramurales y trabajo comunitario hasta los intentos de desarrollo del proceso educativo alrededor de un eje constituido por la salud de la comunidad, es uno de los rasgos esenciales de la mayoría de las experiencias.

Esos rasgos confluyen a reforzar y favorecer las tendencias hacia la expansión de los espacios de práctica en estrecha relación con la comunidad —no solo a partir de las actividades del campo de salud pública y medicina preventiva, sino también para la atención integral de la población fuera del ámbito cerrado de las escuelas y los hospitales— varias circunstancias entre las cuales, no puede perderse de vista el incremento de la matrícula estudiantil que generó la necesidad de la ampliación de los espacios de práctica. En segundo lugar, deben considerarse algunas tendencias y políticas de carácter regional que enfatizaron la necesidad de relacionar más estrechamente la formación del recurso médico a las actividades de los servicios.

Salir del espacio de la escuela en búsqueda de la articulación del proceso educativo con las demandas concretas de la población, caracterizó el esfuerzo de varios de los grupos innovadores. Así mismo, la formulación de esas alternativas innovadoras fue enriquecida progresivamente con el avance de nuevas corrientes de pensamiento en lo educativo y en lo social.

En el campo educativo a nivel regional, varios grupos e instituciones, incluso norteamericanos, reforzaron ese planteamiento. La Asociación Americana de Escuelas de Medicina (AAMC) hacia 1965 preparó un estudio (Informe Goggeshall) (9) que enfatizó el papel de las escuelas en la formación del equipo de salud, en los estudios sobre educación y práctica médica y en la búsqueda de relaciones entre el sector salud y el sector educativo.

A partir de algunas reuniones continentales en el sector salud, tales como reuniones de ministros (7) y la Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos (10) se iniciaron en América Latina una serie de conferencias y reuniones destinadas a abordar el tema de las relaciones entre las instituciones de servicio y educación, las cuales se multiplicaron a partir de 1967. Este pensamiento, caracterizado como "la tendencia hacia el viraje de una práctica educativa organizada alrededor de un cuerpo de conocimientos centrados en los objetivos de cada una de las disciplinas que han integrado los currículos médicos hacia una orientación del proceso formativo alrededor de un eje representado por la salud de la comunidad" (9), en México fue más allá. Esto llevó a las escuelas latinoamericanas a la búsqueda de un proceso que se sigue considerando aún como uno de los retos más importantes para las propuestas educativas del presente y del futuro: el desarrollo de un verdadero proceso de integración docente-asistencial.

La búsqueda de esa articulación con los servicios, y la contribución del aparato educativo a una nueva práctica en respuesta a las necesidades de salud de la población, ha sido generada por diversos motivos, que han ido desde profundos cambios en los contextos políticos y estructurales a nivel nacional, hasta esfuerzos desesperados por responder a crisis institucionales. Se puede mencionar sobre todo, las crisis de cupos frente a la demanda estudiantil y otras coyunturas que llevaron a la creación en algunos casos, de nuevas escuelas; o las crisis que se dieron en el contexto de procesos de reforma universitaria, en otros casos.

Los profundos cambios ocurridos en Cuba a partir del triunfo de la revolución, plantearon al país la urgente necesidad de formar un nuevo tipo de personal que respondiera a las demandas de salud de toda la población (4). Como un primer paso se incorporó en la formación del médico y en general en la de todo el personal de salud, un principio básico de su sistema educativo: el estudio-trabajo. Al avanzar en la transformación del proceso formativo del médico frente a las transformaciones de su práctica profesional en un sistema único de salud, se dieron las condiciones favorables para que la medicina comunitaria y el desarrollo de la atención

primaria ocuparan un lugar importante, las que se constituyeron en pilares básicos de los esfuerzos realizados para lograr el desarrollo de la integración docencia-servicio.

La carrera de medicina en Brasilia (5) surgió como un proyecto innovador siendo parte de una facultad de ciencias de la salud de una universidad nueva, profundamente innovativa y sin restricciones. Como lo reconocieron sus creadores, no tuvo que "ajustarse a disposiciones legales existentes, y tenía completa libertad de seleccionar su personal en todo el país, buscando profesores bien calificados y sin previo compromiso con estructuras tradicionales". Aprovechando estas circunstancias, la facultad, en consonancia con el compromiso de una universidad que se propuso participar activamente en los problemas de su comunidad, decidió su articulación plena a los servicios de salud locales y organizó el trabajo de sus estudiantes en todos los servicios de salud del área, estructurando el trabajo en unidades integradas desarrolladas en consultorios externos, centros de salud y puestos rurales hasta el nivel de la unidad hospitalaria central. La experiencia resultó así uno de los intentos de integración docencia-servicio mejor concebidos.

El curso experimental de medicina de la Universidad de São Paulo (6) surgió como un curso paralelo a la carrera de medicina de la Facultad de Medicina de São Paulo, en respuesta a una crisis universitaria que se tradujo en forma específica por la demanda estudiantil a la ampliación de la matrícula. Eso fue asimismo la oportunidad para el desarrollo de un proyecto innovativo centrado en el aprendizaje del alumno y en la enseñanza "de lo fundamental", destinado a la formación de médicos generalistas capacitados para atender las necesidades básicas de la mayoría de la población; concepción en la cual descansó el énfasis concedido en el currículo a la orientación y experiencia comunitaria.

En el marco de los cambios de la articulación docencia-servicio ocurridos mediante las experiencias brasileñas, el nuevo currículo (1975) de la Universidad Federal de Minas Gerais ocupó un lugar importante (7). De hecho, la propuesta de formar médicos aptos para "atender las necesidades del individuo y la comunidad en forma de cuidados primarios en colaboración con el sistema de salud regional", fue producto de un largo proceso de planeación curricular en una facultad tradicional; proceso que se inició a partir de 1965.

La experiencia desarrollada en la Facultad de Medicina de Guatemala (8) tuvo como detonador principal la demanda estudiantil por la ampliación de oportunidades de estudios de medicina y como importante característica, haber generado, como ocurrió en Belo Horizonte, un extraordinario proceso colectivo de análisis de la situación de salud del país y de las alternativas educativas que a nivel internacional podrían servir de apoyo para la estructuración de un nuevo currículo, y en la que el trabajo extramural, utilizando centros y unidades de salud y otros espacios de práctica, permitió que los avances en el proceso educativo pudieran ser accesibles a un gran número de estudiantes.

La interdisciplinariedad. Los nuevos modelos pedagógicos

La ruptura en mayor o menor grado con la tradicional enseñanza por disciplinas fue el rasgo dominante de los proyectos innovadores a que se ha hecho referencia.

Es indudable que la búsqueda de caminos para la relación o coordinación entre las diferentes disciplinas básicas y luego entre las básicas y las clínicas y más aún, con la salud pública y la medicina preventiva, fue objeto de esfuerzos bastante tempranos en la Región. Sin embargo, en el desarrollo de esa corriente de pensamiento pueden identificarse varios orígenes. Uno de ellos, fue el reconocimiento de que se partía de una práctica educativa fragmentada constituida por campos de conocimiento organizados en unidades o departamentos que no se relacionaban y en donde la lucha por priorizar cada área conspiraba contra la visión integral del ser humano y su salud. En ese sentido, los nuevos desarrollos educativos ofrecieron caminos para realizar esfuerzos conjuntos de varias disciplinas y grupos multidisciplinarios. Sin embargo, debe reconocerse que la mayoría de las experiencias latinoamericanas de organización del conocimiento en unidades de enseñanza, módulos o bloques se generó a partir del modelo de enseñanza integrada de la medicina desarrollado por la Escuela de Medicina de la Universidad de Western Reserve (12). Ese modelo persiguió romper con la enseñanza de disciplinas aisladas, organizando los componentes biomédicos y clínicos alrededor de los sistemas orgánicos abordados en tres fases para el estudio de la estructura: función y crecimiento normales, las alteraciones de lo normal y la aplicación de los conocimientos adquiridos a la clínica. Este modelo y el de la Universidad de Stanford fueron el punto de partida de varias reformas curriculares en América Latina, incorporadas en algunos casos a modelos con mayor o menor grado de articulación a los servicios de salud que además, utilizando nuevos desarrollos pedagógicos y avances en lo que a salud pública y medicina social se refiere, en algunos casos generaron innovaciones educativas con características propias.

La Universidad de La Habana (4) definió un marco conceptual de educación médica que incorporó la concepción social de la medicina, el desarrollo de un pensamiento científico y la enseñanza integrada y de conceptos unitarios, entre los cuales incluyó la integración de la teoría y la práctica, la enseñanza-aprendizaje por integración multidisciplinaria, la integración de las ciencias básicas a las clínicas y de lo psíquico a lo biológico. En ese contexto estructuró su currículo a través de tres fases que comprendían, en forma semejante a Western Reserve las estructuras y funciones normales; las estructuras y funciones patológicas, y la atención médica integral.

Brasilia (5) planteó la construcción del curso médico a partir de tres premisas básicas: la necesidad de integración, la importancia de enseñar lo fundamental y la proyección social de la medicina. En respuesta a esto,

se organizó la enseñanza mediante cuatro etapas fundamentales que comprendían los cursos básicos de carácter general; la enseñanza preclínica integrada que abordaba lo normal y patológico de los sistemas orgánicos en bloques integrados desarrollados en espacios multidisciplinarios en la Unidad de Medicina Experimental; el adiestramiento en servicio en la Unidad Integrada de Salud siguiendo la organización en bloques de medicina integral, y el período de aplicación o adiestramiento clínico en un hospital de la facultad o acreditado por ella.

Adoptando una organización curricular semejante a la de la Universidad de Stanford, la Escuela Vargas de Venezuela (8) surgió como un programa innovativo en la Universidad Central de Venezuela. En su currículo incorporó también la enseñanza de ciencias básicas a través de aparatos y sistemas. Los problemas de matrícula estudiantil también jugaron un papel importante en su creación.

El currículo de São Paulo (6) incorporó el estudio integrado de sistemas y aparatos en unidades de enseñanza o bloques, el curso preclínico alrededor de la salud, medicina tropical y medicina preventiva, y el curso clínico con un balance entre la medicina comunitaria y la medicina clínica y un internado electivo.

En el análisis de las tendencias de la educación médica latinoamericana hemos reconocido que "pese al avance en el desarrollo teórico de las ciencias sociales aplicadas a la salud y a la consolidación de la corriente latinoamericana de medicina social, son pocas las experiencias en que se ha logrado el abordaje científico de lo social a nivel del pregrado y son numerosos los casos en que los mismos posgrados de salud pública carecen del enfoque científico de las ciencias sociales necesario para el abordaje teórico de los campos concretos del trabajo en salud" (11). Sin embargo, debe reconocerse el papel fundamental que han jugado las ciencias sociales en el desarrollo de los nuevos modelos educativos en salud, sin lo cual no hubiese sido posible el salto cualitativo que permitió el avance en el conocimiento de la articulación de la medicina y la educación con la estructura social.

Los elementos que se han incluido en este apretado recorrido, solamente han ofrecido una imagen de algunas de las respuestas ofrecidas por algunas escuelas latinoamericanas a los problemas planteados a la educación médica latinoamericana, con el objeto de ubicarlas como un antecedente al análisis del proceso de transformaciones o cambios en la formación de personal de salud en México.

Las innovaciones educativas en la formación de personal de salud en México

En la XIV Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina (13) al iniciar la discusión sobre las alternativas transformadoras en la educación médica latinoamericana, se señaló que "los es-

tudiosos de la educación médica latinoamericana no podrán dejar de estudiar el contexto y las perspectivas de los proyectos educativos en el campo de la educación médica que ocurren en México a partir de 1970".

Al inicio de la década de 1970, el país, recién salido de la crisis de 1968, a través de sus centros de educación superior y muy particularmente de la Universidad Nacional Autónoma de México y la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Educación Superior, buscaba respuestas a la crisis de la educación superior. Una de las manifestaciones más importantes de la crisis fue la llamada masificación estudiantil que golpeaba las puertas de las facultades de medicina. A mediados de 1970 el Director de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma (UNAM) solicitó la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud en los planes que ya la Facultad venía elaborando para el desarrollo de sus programas y sus proyecciones en cuanto a la formación de médicos a nivel nacional. Este estudio (14), acorde con la corriente de la época, recomendó como primera medida el establecimiento de un plan nacional de recursos humanos en salud y una investigación de recursos humanos que llevara a la adopción de políticas nacionales en recursos humanos. Una segunda recomendación planteada a la UNAM fue la canalización de parte del flujo de estudiantes hacia "subprofesiones" o carreras de nivel intermedio. También reflejaba la idea de que este mecanismo disminuiría "la presión de la demanda sobre la Facultad de Medicina" y contribuiría a la formación de personal de nivel intermedio, idea muy en boga en la época, que se cristalizó en el Plan Decenal de Salud de 1972 (3). La tercera propuesta para la Facultad de Medicina recomendaba su desconcentración administrativa y académica dentro del propio distrito federal y la descentralización hacia los estados que no tenían Facultad de Medicina.

La OPS fue también invitada a reunirse con el Rector de la Universidad Autónoma de México y el Secretario de Salud, a fin de colaborar con el plan de desarrollo a partir de las recomendaciones contenidas en el primer documento. La propuesta principal seguía girando alrededor de la descentralización de la Facultad de Medicina (15).

Los documentos anteriores constituyen algunos de los materiales que se produjeron en apoyo al proceso de descentralización de la formación de personal de salud de la UNAM, todo lo cual fue parte de una política nacional de descentralización de la educación superior.

El Plan A-36

Sin pretender enlazar en forma mecánica el origen de la creación del Plan de Estudios Experimental de Medicina General A-36 en 1974 a las propuestas previas, es importante enfatizar que la creación de este plan fue precedido por un intenso trabajo de planeación educativa que pudiera ser considerado, en sí, como un primer resultado del plan.

La Facultad de Medicina de la UNAM incorporó en su trabajo el avance en los desarrollos de la tecnología educativa de la época. Además, a través de un convenio con la Organización Panamericana de la Salud creó el Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa en Salud, cuyos abordajes son difundidos por todo el país y en muchos países de América Latina.

El Plan A-36, así llamado porque cada grupo básico de enseñanza era de 36 alumnos, surgió como un programa descentralizado dependiente de la Facultad de Medicina de la UNAM. Sus creadores justificaron la creación de este programa experimental en base a que, con el plan de estudios vigente sus egresados no estaban "adquiriendo la capacidad necesaria para actuar como médicos generales, definidos estos como los profesionales que actúan en la solución de problemas de salud relativos a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la patología más frecuente, con los recursos del contacto primario que no requieren del concurso de personal o equipo especializado" (16).

Se consideró que este modelo debería responder a los siguientes criterios:

- Formar médicos para la práctica general de la medicina (de contacto primario no especializado).
- Prescindir de un período terminal de capacitación práctica (internado de pregrado).
- Eliminar la dicotomía entre teoría y práctica.
- Encontrar la forma de coordinar los enfoques social y biológico acerca del fenómeno de salud-enfermedad.
- Capacitar e inducir a la práctica general preventiva.

Siguiendo con el esquema que se adoptó en algunas de las experiencias latinoamericanas previamente mencionadas, el Plan A-36 se definió como un sistema educacional que vinculaba los aspectos docentes con los aspectos sanitario-asistenciales. Para cumplir con este propósito fueron diseñadas y construidas cuatro unidades docentes contiguas o cercanas a cuatro centros de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en los cuales el trabajo académico se organizó en las aulas-laboratorio destinadas al trabajo multidisciplinario en el primer nivel de enseñanza (1° y 2° años). En las unidades médicas del seguro social se organizó el segundo nivel (3° y 4° año), seleccionando para el tercer año las unidades de medicina familiar y en el cuarto año, los hospitales generales y de obstetricia.

El trabajo en la comunidad y la atención primaria de salud fueron orientaciones que se consideraron fundamentales en este programa. Sin embargo, como fue reconocido en varias evaluaciones, las dificultades en la operacionalización de las actividades en la comunidad plantearon la necesidad de modificaciones frente a las demandas de la práctica concreta, que a juicio de los propios miembros del equipo docente superaban las conceptualizaciones iniciales del programa.

El currículo fue estructurado a través de módulos distribuidos en tres niveles. El primero se estructuró alrededor de problemas de crecimiento y desarrollo humano, el segundo por aparatos y sistemas integrados en los programas de salud escolar e higiene del trabajo, y el tercer nivel se refería al ejercicio de la medicina general en los hospitales y la comunidad, y la referencia del enfermo a la atención especializada.

El programa fue acompañado de algunos procesos que actuaron paralelamente y que vale la pena mencionar. Una nueva organización del conocimiento exigía contar con material bibliográfico *ad hoc*. Eso fue resuelto con una importante actividad de producción de materiales educativos, creando en los autores un reto para su elaboración y al mismo tiempo la oportunidad de estimular el trabajo docente interdisciplinario.

El diseño de un proceso de evaluación, visto como un proceso de retroalimentación y de enriquecimiento de experiencia, es una actividad obligatoria en todo proceso innovativo. Así, fue concebido por un grupo que definió la conceptualización y las estrategias para su evaluación en un documento elaborado a los ocho años de funcionamiento del programa (17). Ese trabajo, aún cuando se limitó a cubrir una primera etapa del proceso, ha servido como contribución al diseño de procesos de evaluación de proyectos similares. Lamentablemente, no se produjeron procesos evaluativos que siguieran la metodología propuesta en ese trabajo.

Un amplio documento (18) dio cuenta de la evaluación realizada a los doce años de iniciado el programa. En un análisis del contexto, insumos, proceso, aplicación del plan de estudios y productos, el equipo responsable de la evaluación concluyó señalando resultados "altamente positivos pese a las dificultades de todo proceso innovador". Como propuesta concreta recomendó una revisión curricular que permitiera adecuar "el plan de estudios a las necesidades actuales y a los problemas detectados en la evaluación". Igualmente se recomendó el establecimiento de un programa de evaluación permanente. Tres años más tarde, en 1989, en la conmemoración de los 15 años de funcionamiento del programa, se publicó un estudio elaborado por una comisión de análisis y consulta sobre el proyecto, con una propuesta de readecuación curricular (19) con miras al fortalecimiento y avance del programa.²

Las escuelas nacionales de estudios profesionales

En el contexto del proceso de descentralización de la educación superior, en 1975 la Universidad Nacional Autónoma de México inició la elaboración del plan de desarrollo de las escuelas nacionales de estudios

² En septiembre de 1993 el Consejo Universitario emitió el decreto de un plan único de estudios de la carrera de médico cirujano, con lo cual desaparece el Plan Experimental de Medicina A-36 (20).

profesionales (ENEP). A dos de ellas, Ixtacala y Zaragoza, se les asignó la formación de personal de salud incluidas las carreras de medicina y de odontología. Estas escuelas se crearon con el propósito oficial de introducir innovaciones a la interdisciplinariedad. También se incluyó en el plan de estudios la estructura modular, que en el caso de la carrera de medicina de Ixtacala (21, 22) fue organizada en tres fases: “la primera incorporó las dimensiones biológica, psicológica y sociológica del ser humano; en la segunda fase se incluyeron los contenidos básicos de los sistemas del organismo humano desde un punto de vista psicosocial y en la tercera se añadieron contenidos de especialización vinculados estrechamente con la práctica clínica”. Esta organización respondía, como lo han reiterado varios autores, a “la necesidad de recuperar en el plan de estudios el objeto de estudio de la medicina: el hombre como un todo biológico, psicológico y social” (23).

Si se mencionan solamente como resultados los avances logrados en los procesos de organización y funcionamiento curricular y la posibilidad de cambios generados en el personal formado, la apreciación no sería exacta. Los resultados, en un buen número de proyectos, fueron más allá, generaron la creación de masas críticas de personal docente y de investigadores del campo educativo en salud que profundizaron en el análisis del proceso educativo y sus determinantes. Numerosas publicaciones y documentos sobre seminarios y grupos de trabajo han dado y siguen dando cuenta de logros y dificultades en la operacionalización de diversos proyectos innovativos, pero sobre todo, como señala Landesmann, todos esos esfuerzos fueron “parte del proceso de modernización de la universidad latinoamericana” (23). Landesmann también hace referencia a la creación de los departamentos de pedagogía y tecnología educativa en las ENEP, al Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa (CLATES) y a la Secretaría de Educación Médica de la Facultad de Medicina de la UNAM, como otros tantos productos del impacto de las nuevas corrientes pedagógicas en los procesos formadores del personal de salud.

Nuestro intento de resumir resultados de los procesos innovativos en México tiene obligatoriamente que descansar en un referente fundamental como es el material producido por los diferentes grupos involucrados en esos procesos y muy particularmente en los intentos de evaluación que se han producido. La búsqueda misma y la formulación de modelos evaluativos frente a los retos que los nuevos modelos educativos han ido generando es ya un resultado. A falta de la investigación integral que debe realizarse, se partirá de datos, opiniones y discusiones que no ha sido posible recoger.

Una de las actividades que en mayor medida nos ha permitido revisar el estado de la situación de un buen número de proyectos innovativos en México fue el “Seminario sobre las Profesiones en México”, con especial referencia al de la profesión médica (24), convocado por la Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco, en junio de 1989. A los trabajos presentados por sus autores se hará referencia reiteradamente en las consideraciones que siguen en este trabajo.

En ese seminario, Sandoval y Hernández (21) de la ENEP-Ixtacala, hicieron una importante contribución al análisis de la innovación curricular implantada diez años atrás, señalando, en base a su experiencia, que no se pueden cifrar demasiadas expectativas en el proceso de educación médica y olvidar la complejidad del campo y de las grandes determinaciones que dependen de otras instituciones o de otros sectores y campos de conocimiento. Este punto de vista surgido de la práctica concreta, ha sido enriquecido por la producción teórica de nuevos grupos en la Región, y ha llevado a la construcción de la concepción integral del campo de recursos humanos y a visualizar el proceso educativo en estrecha relación con los sectores salud, trabajo, desarrollo científico y tecnológico, así como sus determinantes en el contexto político y socioeconómico a nivel nacional e internacional.

Ese mismo grupo (21) avanzó al señalar la problemática generada por el papel del docente y el proceso de formación de la planta académica, punto que puede considerarse común a todos los proyectos, así como al señalar también la distancia entre la identificación con los procesos innovativos de los docentes que definen o formulan un proyecto y quienes lo aplican. Para el grupo de Ixtacala la evaluación y la crítica al plan ha sido elemento importante para generar el compromiso de sus profesores (22). Esa es una de las razones que nos llevan a pensar que cada una de estas experiencias y sus logros, dificultades y “fracasos” ha hecho una contribución que debe ser integralmente valorada.

El Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud

En el contexto de las innovaciones educativas del personal de salud iniciadas al principio de la década de 1970 en México, se inscribe la creación del Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud (CICS). El proyecto, que nace en una institución que se había planteado desde su fundación un fuerte compromiso social, defiende en sus orígenes su carácter interdisciplinario —aunque tal vez la característica fundamental fuera su carácter multiprofesional— en un esfuerzo para promover desde el inicio la creación de equipos multiprofesionales. El Centro comparte con otras experiencias innovativas del continente la búsqueda de integración docente-asistencial, el desarrollo de un servicio social continuo y el énfasis en cuanto al desarrollo de la comunidad. Su interés fundamental, expresado en documentos, ha sido estructurar el proceso educativo alrededor de los problemas de salud de la comunidad. Su currículo, con una estructura modular organizada por fases que van desde el hombre y la comunidad sanos (tronco común a todas las carreras) hacia el desarrollo de las fases del hombre y la comunidad enferma, el internado y el servicio social, no logra romper con la organización por sistemas y campos disciplinarios.

El desarrollo de este proyecto llevó consigo la creación de espacios *ad hoc* a través de un ambicioso programa de edificaciones en una zona alejada de la capital.

El desarrollo de una propuesta innovativa como la del CICS no es tarea sencilla. Su evolución, incluidas sus crisis, han sido motivadoras y generadoras de un proceso de reflexión y análisis crítico que se concretó en 1992 (25) cuando se pasó revista a los grandes momentos ocurridos durante sus 16 años de funcionamiento. Una nueva generación de profesionales, la mayoría formados en el Centro, fueron responsables de responder a los retos planteados en esa reunión. Retos que van desde las dificultades para la operacionalización del servicio social continuo, los problemas de la integración docente-asistencial, la revisión crítica del sistema modular, hasta una clara definición de la relación del CICS en la sociedad, en el contexto de la cual se inscribe la problemática del profesional formado por el CICS y su articulación al mercado de trabajo.

La Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco

En el Vol. 28 No. 3 de esta revista, dedicado a México, se analizan los resultados alcanzados en el desarrollo del modelo innovador en la formación de personal de salud logrados con la creación de esta Universidad (26). En el artículo de Cardaci que se publica en este número, se hace un estudio profundo de las características de este modelo (27), por lo que nuestros comentarios se reducirán al rescate de algunos elementos fundamentales del proceso.

Se trata de un proyecto bien conocido en la Región, creado en 1974 y situado dentro del contexto de dos vertientes: una de ellas representada por el contexto del desarrollo de la política de educación superior en México, que incorpora como estrategias fundamentales la descentralización de la educación universitaria y su modernización a través de la innovación educativa. Por otra parte, confluye la corriente de innovación educativa latinoamericana aportando sus avances en lo que respecta a criterios de interdisciplinariedad, integración docente-asistencial y de búsqueda de la relación entre la ciencia y sus efectos, principalmente la investigación y la docencia, con la estructura social.

Se puede decir que el modelo generado resulta ser el proyecto mejor concebido dentro del contexto de la reforma educativa en salud de los años setenta. El modelo contiene el propósito definido de volcar hacia la comunidad un proyecto de alta calidad científica con una concepción epistemológica que le lleva a romper con la estructura educativa por disciplinas adoptando la teoría del aprendizaje, según la cual el verdadero conocimiento solo se adquiere en contacto con la realidad concreta, y planteando como concepción básica la integración de las diferentes prácticas universitarias, investigación, docencia, servicio y difusión como una práctica unitaria.

Una contribución trascendente de la propuesta educativa fue la operacionalización de la concepción educativa en la construcción de las unidades de enseñanza, que de acuerdo con el documento creado por la Universidad implicaba "la creación de unidades basadas en un objeto e interrogantes sobre el mismo, donde se conjugan diversas ciencias y técnicas para dar respuestas sobre problemas de la realidad" (28).

El proyecto planteó nuevos abordajes no solo en cuanto al modelo académico sino también en cuanto a la organización académica administrativa. Aún más, no se puede dejar de mencionar el avance en el desarrollo de un perfil educacional que convierte al individuo que se forma en eje del proceso educativo y gestor de su propia educación.

La experiencia ha sido objeto de numerosos intentos de evaluación, sin que se haya llegado hasta el momento a incorporar un avanzado proceso de evaluación permanente que permita responder a la serie de interrogantes que genera la necesidad de conocer cómo responde un proyecto de este tipo a las situaciones cambiantes de salud en un contexto político, social, económico y educacional profundamente cambiante a nivel nacional e internacional; cuál ha sido el impacto de los avances en el desarrollo científico y tecnológico; en qué forma han afectado las características del proyecto los cambios en la dinámica de la fuerza de trabajo, y cómo se traducen todos esos cambios no sólo en las características del modelo sino en los planes de desarrollo de personal docente y de investigación y en su identificación con la filosofía de la institución frente a los nuevos retos. Todas esas preguntas y otras más podrían plantearse a cualquiera de los proyectos innovativos que han estructurado una respuesta educativa con un claro y definido propósito de dar respuesta a su compromiso social. El reto es aún mayor para un proyecto de avanzada como ha sido el modelo concebido por la UAM-Xochimilco.

La Escuela de Medicina de la Universidad de Chiapas

Esta escuela se creó en el año 1974 respondiendo a un interés estatal por el desarrollo de la educación superior, y en particular por la formación del personal de salud. Es, además, parte de la corriente nacional de creación de facultades de medicina en aquellos estados que carecían de ellas.

Se trataba por consiguiente de una escuela nueva en una universidad nueva que tenía que enfrentar los retos de la carencia de docentes y de núcleos de apoyo para el desarrollo de proyectos que, como ese, buscó romper con la estructura curricular tradicional, optando por un sistema modular. Su propio director (26) al plantear las dificultades a que se ha enfrentado la escuela, se refirió a que los módulos de enseñanza eran esencialmente clínicos. También señaló la carencia de abordaje de las ciencias básicas y sociales, así como las grandes dificultades en la búsqueda de la articulación de las actividades de enseñanza-aprendizaje alrededor de

problemas concretos. En ese análisis se llegó a señalar con mucha claridad la problemática de la integración docente-asistencial frente a las dificultades en la relación institución educativa e instituciones de servicio. Se ha considerado en este trabajo el análisis crítico realizado por la propia institución ya que constituye uno de los mejores ejemplos de las enormes dificultades entre una propuesta innovadora, un discurso de avanzada y la factibilidad de su operacionalización, más aún cuando hay una clara concepción del deber ser de parte de quienes realizan el análisis, directivos y docentes de la propia institución.

La Escuela de Medicina de la Universidad de Guadalajara

Esta es una de las instituciones mexicanas de educación superior que ha mantenido una búsqueda permanente de caminos que den respuesta a las necesidades cambiantes de salud de la población, y una lucha hacia adentro y hacia afuera de la institución por el logro de sus objetivos.

Los esfuerzos más trascendentes de esta Facultad se han orientado a la búsqueda de verdaderos procesos de integración docente-asistencial y de una relación permanente con la comunidad.

El currículo, tal como lo reconocen representantes de la institución (30) es producto de diferentes criterios que han dado por resultado como ellos lo señalan, la "separación tajante entre los primeros cuatro semestres íntimamente ligados al proyecto de integración docente-asistencial y los restantes vinculados al área hospitalario-asistencial". Dan cuenta además de lo que ellos consideran como "una estructura paralela considerada en torno a las materias básico clínicas".

La participación estudiantil en las tareas docentes, de investigación y de servicio ha sido una característica relevante de esa Facultad. Por otra parte y pese a las dificultades, bien reconocidas e identificadas por gran parte del cuerpo docente y de los estudiantes, la experiencia de la Facultad puede ser considerada como un referente fundamental en el análisis de los procesos de cambio en instituciones de larga tradición y en una permanente búsqueda de innovaciones en la formación del personal de salud.

La contribución de las carreras de medicina veterinaria y odontología a la innovación de la educación superior en México

Hay que mencionar de manera especial dos grandes movimientos que se produjeron en México a partir de la década de 1970 los que impactaron profundamente la concepción de los procesos formativos de médicos veterinarios y odontólogos.

Ambos proyectos surgieron de la reconceptualización de una práctica profesional, frente a la cual se formuló un nuevo modelo formativo.

Las dos experiencias tienen en común su desarrollo como programas nacionales de las respectivas asociaciones de facultades y escuelas profesionales, con el apoyo de la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Educación Superior entre otros.

En el caso de la medicina veterinaria (31), la construcción del proceso educativo representó una ruptura total con los modelos tradicionales. Partió de la profunda reflexión del modelo de práctica vigente y del replanteo de una práctica alternativa acorde con el objetivo de formar un profesional que estuviera orientado a la producción y a la salud pública. Un modelo profundamente interdisciplinario con una estructura modular construido en base a procesos que dieron respuesta a las grandes problemáticas identificadas como socialmente relevantes, buscaron la integración entre investigación, servicio y docencia. La abundante producción teórica unida a todo un programa de desarrollo de personal de docentes, incluido un programa de becas en áreas críticas, la creación de nuevos espacios, construcción de áreas de trabajo para nuevas prácticas, dotación de bibliotecas, laboratorios y toda una infraestructura fundamental para todas las escuelas participantes en el programa, han hecho de este proyecto uno de los esfuerzos educativos más integrales.

Consideraciones finales

Se ha querido presentar una imagen de las innovaciones educativas más relevantes desarrolladas en México a partir de los años setenta en el contexto de los esfuerzos desarrollados en otros países de la Región. Se trata de un intento de caracterización de los procesos de cambio e intentos de transformación de los modelos de formación de personal de salud, particularmente de médicos, y de los contextos en que ellos ocurrieron, ya sea institucionales o nacionales. También se ha tratado de ubicar algunas de las corrientes internacionales en que algunos de esos cambios se inscribieron.

Una característica general de la mayoría de los procesos es buscar la articulación del proceso educativo a la realidad social concreta; el esfuerzo por el desarrollo de adecuados procesos de integración docente-asistencial, el enfoque orientado a la comunidad y la priorización de la atención primaria de la salud. En los modelos educativos el denominador común es la búsqueda de la interdisciplinariedad y muy especialmente, la inclusión de la estructura modular en sustitución de la organización por disciplinas, no obstante que se trate de módulos entendidos de forma diferente, que en algunos casos no lograron un avance en el abordaje interdisciplinario de los problemas relevantes a resolver.

La distancia entre el discurso y la práctica en varias instituciones obliga a pensar que se necesita generar un proceso de reflexión profunda institucional e interuniversitaria, nacional e internacional, que permita identificar qué se entiende y hacia dónde se han dirigido y aún se dirigen

los procesos de cambio, cuando son relevantes y cuando solo responden a un afán modernizador, a un esfuerzo que se orienta solamente a modificar la forma y no la esencia de un proceso (32). En base al análisis de un grupo de escuelas participantes en un programa de integración docente-asistencial coordinado por la Universidad Autónoma Metropolitana y la Academia Nacional de Medicina de México, se planteaba la pregunta de si se ha llegado a hacer de la innovación un fetiche.

Por otra parte, la búsqueda de parámetros para la evaluación de resultados de procesos como los que han sido presentados no puede hacerse sin tomar en cuenta que el impacto del proceso educativo está profundamente modulado por la serie de interacciones del contexto en que actúa. Resultados íntimamente vinculados al sector educación en general, al sector salud, al sector de desarrollo científico y tecnológico y al mercado de trabajo requieren ser estudiados.

A pesar de las múltiples interpretaciones y los señalamientos hechos por las propias instituciones educativas sobre las serias dificultades derivadas de la carencia de personal adecuadamente formado para operacionalizar los cambios y propuestas, y a pesar de las crisis educativas en las que los problemas de funcionamiento de la educación superior son cada vez más severas, el reconocimiento a la necesidad de producir cambios en los modelos de formación del personal con el definido propósito de elevar el nivel de salud de la población ha sido rescatado por los grupos involucrados en la mayoría de los proyectos estudiados como el desafío más importante.

REFERENCIAS

- 1 Organización Panamericana de la Salud: Un esfuerzo conjunto para el desarrollo de recursos humanos para la salud. *Educ Med y Salud* 1993;28(3):315-459.
- 2 Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Alma-Ata, 1978. Atención primaria de salud*. Ginebra:OMS;1978. (Serie Salud para Todos No. 1).
- 3 Organización Panamericana de la Salud. Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Washington, DC:OPS; 1973. (Documento Oficial 118).
- 4 Cuba, Universidad de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas. Currículo de estudios de la carrera de medicina. La Habana; 1976. (documento mimeografiado).
- 5 Lobo LC, Ferreira JR. La carrera de medicina en la Universidad de Brasilia. *Educ Med y Salud* 1970;4(4): 310-327.
- 6 Marcondes E. O curso experimental de medicina da Universidade de São Paulo. *Educ Med y Salud* 1975;9(2):172-195.
- 7 Sobral DJ. Tres casos de inovação curricular no panorama recente (1964-1988) da educação médica brasileira. Subsídio de un retrospecto basado na revisão de documentos. *Rev Bras Educ Med* 1991;15(1):1-32.
- 8 Andrade J. Marco conceptual de la educación médica. Washington, DC:OPS; 1979. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 28).
- 9 Goggeshall LT. Planning for medical progress through education. Washington, DC: AAMC; 1965.

- 10 Organización Panamericana de la Salud. Primera Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud. *Educ Med y Salud* 1973;7:3-4.
- 11 Rodríguez MI. Tendencias de la educación médica en América Latina en los últimos quince años. *Las profesiones en México No. 3, Medicina*. México, DF; 1990: 13-31.
- 12 Dingle JH, Bidder TG, Badger GF, Bond DD, Ham TH, Hoerr NL, Patterson JW. An approach to evaluation of medical education at Western Reserve University. *Educ Med y Salud* 1958;33(2):113-117.
- 13 Rodríguez MI. Alternativas transformadoras en la educación médica latinoamericana. Introducción. Memorias XIV Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina ALAFEM-UDUAL, Quito, Ecuador, 1988; 215-220.
- 14 Villarreal R, Alvarez MJ. La formación de médicos y el desarrollo de recursos humanos para la salud en México; 1970.(Doc. México 6200/1).
- 15 Villarreal R, Lobo LC. La planificación de recursos humanos para la salud en México; 1971. (Documento mimeografiado México/6200/2).
- 16 Laguna J et al. Plan de Estudios Experimental de Medicina General (Plan A-36). *Educ Med y Salud* 1974;8(2):205-225.
- 17 Ruiz de Chávez M, Islas J, Clava J, Villaseñor I, Avila I, MacGregor C. Programa de enseñanza de medicina general integral: conceptualización y estrategias para su evaluación. *Educ Med y Salud* 1983;17(3):227-242.
- 18 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Evaluación del programa de medicina integral. Talleres Gráficos. Facultad de Medicina UNAM. Ciudad Universitaria, México, DF; 1987.
- 19 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Reeducación curricular del programa de medicina general integral. Ciudad Universitaria, México, DF; 1989.
- 20 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Plan único de estudios de la carrera de médico cirujano. *Rev Fac Med UNAM* 1993;36(4):52.
- 21 Sandoval RJ, Hernández G. Escuela Nacional de Estudios Profesionales. Universidad Nacional Autónoma de México, Ixtacala. En: *Las Profesiones en México*. México, DF: UAM-Xochimilco; 1989:63-67.
- 22 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Estudios Profesionales, Ixtacala. Proyecto de evaluación curricular. La práctica docente en el plan modular de la carrera de medicina. México, DF; 1987.
- 23 Landesmann M. Educación y salud. Escuela Nacional de Estudios Profesionales. Ixtacala; 1984:88-118.
- 24 Universidad Autónoma de México-Xochimilco. *Las profesiones en México No. 3, Medicina*. México, DF: UAM-Xochimilco; 1989.
- 25 Instituto Politécnico Nacional. Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud. Relatoría del Taller de Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. CICYTEC, Ex-hacienda del Mayorazgo. México, DF; 1992.
- 26 Nájera RM. Los resultados alcanzados en el desarrollo de proyectos innovadores de educación en las áreas de la salud. *Educ Med y Salud* 1994;28:395-404.
- 27 Cardaci D. Elementos para el análisis de las innovaciones en la educación médica mexicana. *Educ Med y Salud* 1995; 29(1):51-61.
- 28 Villarreal R. Documento Xochimilco. Anteproyecto para establecer la Unidad Universitaria Sur de la Universidad Autónoma Metropolitana. México; 1974. (Folleto impreso).
- 29 Estrada AR. Escuela de Medicina, Universidad Autónoma de Chiapas. En: *Las Profesiones en México No. 3, Medicina*. México, DF:UAM-Xochimilco; 1989:69-75.
- 30 Mercado FJ, Chávez RS, Vargas LR. Facultad de Medicina, Universidad de Guadalajara. En: *Las Profesiones en México No. 3, Medicina*. México, DF:UAM-XOCHIMILCO; 1989:77-83.

- 31 Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina Veterinaria. El currículo; 1977. (Documento mimeografiado).
- 32 Cardaci D. Conceptualización original, logros y dificultades en el desarrollo de algunos programas innovadores. En: *Las Profesiones en México No. 3, Medicina*. México, DF: UAM-Xochimilco.

Para brindar un servicio cada vez mejor, la Oficina de Publicaciones de la OPS está actualizando y mejorando su sistema de envío de libros y revistas periódicas. Con ese objeto, nuestros suscriptores ya deben haber recibido un formulario de una hoja que les permitirá verificar si es correcta o no la información que aparece en las etiquetas de correo.

Si es usted suscriptor, *es sumamente importante* que examine la etiqueta adherida al sobre en que recibe *Educación Médica y Salud*. Marque en el formulario si la información es correcta o anote cualquier corrección necesaria. Le pedimos asimismo que se tome unos minutos para responder a las cuatro preguntas que se incluyen en la misma hoja de verificación.

Para los que reciben las publicaciones de la OPS en forma gratuita es imprescindible que llenen el formulario. De lo contrario, nos veremos obligados a borrar su nombre de la lista e interrumpir el envío gratuito de publicaciones.

Los que tienen suscripción pagada continuarán recibiendo las revistas y libros solicitados. Sin embargo, les agradeceremos que completen el cuestionario para que podamos mejorar nuestro servicio y sistema de envío.

ELEMENTOS PARA EL ANÁLISIS DE LAS INNOVACIONES EN LA EDUCACIÓN MÉDICA MEXICANA

*Dora Cardaci*¹

Las innovaciones en la educación médica surgidas en México en el decenio de 1970 han sido motivo de descripción y análisis crítico a lo largo de estos años.

Muchas de las reflexiones que se han llevado a cabo sobre esa temática se ocupan no solo de los medios sino también de los fines de la universidad, así como de los contextos socioeconómicos específicos en los cuales estas experiencias tuvieron origen (1-7).

Es importante reflexionar sobre los cambios que han ocurrido en México durante los años ochenta y en los que han transcurrido desde el inicio de los noventa, para formular algunas interrogantes sobre los escenarios en los que dichas experiencias educativas novedosas se insertan actualmente.

Cabe precisar que, tal como se señalaba en el Programa de Integración Docente Asistencial y Medicina General de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, llamamos innovaciones educativas a una serie de programas que, alentados por un clima generalizado de receptividad a una cultura pedagógica renovada, buscaron avanzar en la superación del modelo flexneriano de formación de médicos a través de diversas vías. Entre ellas se encuentran el aprendizaje basado en la resolución de problemas, la organización del conocimiento en forma más integradora que las disciplinas, la búsqueda de un vínculo más estrecho entre docencia y asistencia, la incorporación de una visión interdisciplinaria de los problemas, la investigación de situaciones relevantes del contexto social como elemento central del proceso docente y la definición de currículo que privilegiaban la medicina comunitaria.

Entre algunos de los programas en los que se han producido cambios en uno o más de estos aspectos están el programa de la carrera de medicina de las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales Iztacala

¹ Profesora-Investigadora, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México.

y Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en 1975, el de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco en 1974, el del Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud del Instituto Politécnico Nacional y el de la Universidad de Guadalajara en 1975, así como en el Programa A-36 de la UNAM en 1974 (2).

Cuando se compara el México de principios de siglo con el de 1970, se puede ver que el contexto en el que hoy se busca llevar a cabo las innovaciones educativas a las que hemos venido haciendo referencia, ha cambiado notablemente.

Siguiendo la periodización empleada por algunos autores (8, 9) se puede establecer diversas etapas en el desarrollo reciente de México, y particularmente de su economía.

La primera corresponde a la fase primario-exportadora que se extiende prácticamente desde mediados del siglo pasado hasta más o menos los años treinta o cuarenta del presente siglo, en que se iniciaron procesos de industrialización y diversificación industrial.

Aproximadamente a mediados de la década de 1950 comenzó una etapa que se extiende hasta 1976. Desde 1953 la curva del salario real empieza a ascender ininterrumpidamente hasta llegar en 1976 a representar el 40,3% como proporción del ingreso nacional disponible. El período se caracteriza por un crecimiento sostenido tanto del producto interno bruto (PIB) como de la ocupación (10).

En 1976 la primera devaluación ocurrida en dos décadas puso de manifiesto el agotamiento del patrón de desarrollo estabilizador que, con base en una política fundamentalmente desarrollista apoyada en la denominada sustitución de importaciones, se había sostenido en ese período.

Los gobiernos de los presidentes Luis Echeverría (1970–1975) y José López Portillo (1975–1981) intentaron redefinir este patrón de crecimiento apoyándose en la coyuntura internacional de aumento de los precios del petróleo y en condiciones endógenas que posibilitaron el descubrimiento y explotación de enormes yacimientos petrolíferos en el país. Estos hechos marcaron la pauta para la conversión de la economía en una economía exportadora de petróleo (9).

Desde 1982 comienza a perfilarse nítidamente una crisis de transición hacia la constitución de un nuevo estilo de desarrollo basado en la hegemonía de políticas neoliberales que permearían desde lo económico a otras esferas entre las que se incluyen la salud y la educación. Puede hablarse de dos subfases en este período de transición. Una, que abarca de 1982 a 1987 y otra, de 1988 hasta la actualidad.

La primera de estas subfases se caracterizó por el estancamiento con inflación. Se ensayaron en este lapso ajustes a la economía, una política de austeridad social, de recorte del sector público que inició la privatización de ciertas áreas del mismo, así como de algunas empresas estatales y para-estatales.

En los años 1982, 1983 y 1986 el PIB fue negativo. Es importante tomar en cuenta este dato si se considera que entre 1950 y 1970 el PIB había sido de alrededor del 6,5% (9).

Como parte de las políticas instrumentadas desde 1982 se propuso desacelerar el crecimiento del flujo escolar que iba teniendo acceso a la educación superior a través de la definición de opciones terminales en los niveles escolares anteriores. Esta tendencia se vincula con el hecho de que en la década anterior se había intentado canalizar con escaso éxito parte del flujo de estudiantes universitarios hacia sub-profesiones o carreras de nivel intermedio. En el caso del área de la salud, esta recomendación se ajustaba a los lineamientos del Plan Decenal de Salud para las Américas de 1972 (3).

A partir de 1982 comenzó a disminuir la tasa de satisfacción de la demanda por educación superior. La tasa anual de crecimiento de la población escolar a nivel superior descendió notablemente desde 1983. Si se toma como unidad el período presidencial de 6 años, la tasa media en el período 1982-1988 fue de 3,5%, mientras que en los períodos 1976-1982 y 1970-1976 fue de 6,7% y 15,7%, respectivamente (11).

En el caso de la medicina, durante el período 1982-1991 se produjo un descenso en la población escolar de más del 50%, pasando de 13.376 a 6.545 el número de médicos en servicio social (12).

El gasto federal para la educación superior disminuyó en términos reales durante el período 1982-1987. Esa disminución significó el 6,6% de las erogaciones realizadas por el gobierno federal en este renglón en 1982.

De acuerdo con las cifras manejadas en el Tercer Informe de Gobierno en 1983, los recursos destinados a la educación superior se incrementaron en 48% frente a la tasa inflacionaria de 85%, y en 1984 en 31% frente al 59% de inflación, lo que demuestra un desfinanciamiento real de 65% en esos 2 años (13).

Sin embargo, el personal docente y no docente utilizado en las instituciones de educación superior se incrementó 7,6% durante el mismo lapso (14).

¿Cuál ha sido a grandes rasgos, la expansión del mercado académico mexicano?

En el período comprendido entre 1965 y 1985 la planta académica que se desempeñaba en la educación superior pasó de aproximadamente 16.000 personas a un poco más de 95.000. Se crearon cinco universidades en los estados durante el período 1960-1970. En tanto, en la década de 1970 se abrieron cinco universidades más en el interior del país.

En esta última etapa se fundaron en el Distrito Federal 15 escuelas de estudios profesionales dependientes de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), se creó la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) con tres grandes unidades en diversos puntos de la ciudad, y la Universidad Pedagógica Nacional.

Fue muy significativo también el aumento en el número de escuelas de medicina. De las 59 escuelas que existen hoy en el país, 32 de ellas (más de la mitad) tienen 21 años o menos de haber sido creadas.

Entre 1980 y 1985 fueron contratados 26.000 nuevos profesores. En 1988 los académicos universitarios conformaban casi el 10% de los profesores de todo el sistema (15).

El gasto federal anual por alumno matriculado descendió en 24,1% a precios constantes durante el período 1982–1987. Las políticas de financiamiento ensayadas durante ese lapso provocaron una sensible reducción de las remuneraciones al factor trabajo. El poder adquisitivo del ingreso promedio unitario anual del personal docente adscrito a las instituciones de educación superior descendió en términos reales en 49,3% (14).

En este contexto, en 1988 algunos estudiosos de la educación superior mexicana se preguntaban:

¿Cómo ocurrió una expansión tan importante en la planta académica dedicada a la educación superior y qué consecuencias tuvo en las relaciones organizativas y políticas de nuestras universidades e institutos de enseñanza superior?

¿Qué tienen en común desde el punto de vista de las condiciones institucionales en que desarrollan su labor y los referentes que los aglutinan, los profesores contratados por horas en dos o tres escuelas con los investigadores de tiempo completo en un instituto?

¿Cuántos profesores siguen considerando su trabajo en la universidad como una actividad parcial dado que el centro de interés se encuentra fuera de ella y cuántos, por el contrario, no solo tienen su centro laboral en las aulas, laboratorios y cubículos universitarios, sino que son su habitat desde los 18 años cuando iniciaron sus estudios? (16).

Las políticas del Estado hacia la educación superior privilegiadas en el período que se inició en 1988 fueron una modalidad de respuesta muy *sui generis* a estas preocupaciones. En articulación con los nuevos estilos ensayados en el mundo de la industria, se buscó una diferenciación extrema de los académicos a través del otorgamiento de incentivos económicos que tendrían como base la productividad en el trabajo y la evaluación sistemática de sus resultados a través de complejos mecanismos y múltiples agentes.

Uno de los instrumentos centrales de esta política económica ha sido el Pacto de Solidaridad Económica, iniciado a fines de 1987 y posteriormente denominado Acuerdo Nacional para la Elevación de la Productividad y la Calidad. Esta concertación entre el Estado, la iniciativa privada y el sector sindical más cercano al gobierno será la vía a través de la cual se someterán a control las negociaciones y aumentos salariales buscando una estabilización de los precios y el abatimiento de la inflación. Es, según algunos autores, un pacto corporativo de clases entre las principales fuerzas sociales, económicas y políticas comprometidas en el impulso de una estrategia macroeconómica de desarrollo de carácter neoliberal (9). Dicha estrategia se complementa con diversas medidas de reestructuración eco-

nómica que llevan a la modernización y reconversión industrial y a la modificación de los contratos colectivos y de la legislación laboral para introducir flexibilidad en el trabajo. Primero, se capacita y adiestra al trabajador. Posteriormente, se observa la pericia y habilidad para llevar a cabo las funciones, la capacidad para improvisar, hacer mejoras continuas y capacitar a los otros compañeros de grupo. Cada empresa constituye así una matriz de habilidades y capacidades de la que dependerán los ascensos y aumentos salariales.

Algunos nuevos elementos que no pueden dejar de puntualizarse y de tomarse en cuenta en la evaluación del presente y de las perspectivas de las innovaciones educativas en el campo de la medicina son el Tratado de Libre Comercio; la homogeneización de criterios para la certificación del personal de salud; la reestructuración del Sistema Nacional de Universidades Públicas; las políticas de incentivos económicos para los académicos, y el sindicalismo universitario.

TRATADO DE LIBRE COMERCIO

En enero de 1994 entró en vigencia el Tratado de Libre Comercio (TLC) en el que participan México, los Estados Unidos de América y el Canadá. "En esa fecha nació el mercado más grande del mundo: 360 millones de consumidores y un PIB de 6.000 millones de dólares. El objetivo final es que en un período de quince años no existan barreras para el libre tránsito de bienes y servicios entre los países firmantes" (17).

La apertura comercial y sus demandas de productividad y modernización sobre el sector productivo se transfieren directamente al sector educativo e implican su transformación profunda y su modernización en el mismo sentido que para el sector productivo.

Según algunos autores, representantes del sector educativo consideran la posibilidad de que universidades públicas mexicanas sean desplazadas del mercado de diversas profesiones debido a su poca capacidad competitiva con universidades de los Estados Unidos que establecerían subsidiarias o sucursales en México. Otra tendencia posible es que se produzca la asociación entre universidades privadas mexicanas e instituciones educativas norteamericanas en la atención de demandas específicas de formación profesional.

El TLC no solo establece una amplia apertura comercial entre los tres países, ya que el reordenamiento se extiende a diversos aspectos entre los que el comercio transfronterizo y de servicios ocupa un importante lugar.

La Academia Nacional de Medicina desarrolla actualmente investigaciones que se centran en el estudio de la regulación, el financiamiento y la prestación de servicios personales de salud en relación con el TLC, así como en el problema de los recursos humanos en lo que se refiere a su papel como productor de servicios (17).

HOMOGENEIZACIÓN DE CRITERIOS PARA LA CERTIFICACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

Las vías para instrumentar la certificación de médicos y especialistas de los países involucrados en el TLC es uno de los puntos sobre los que se está buscando consenso entre las instancias educativas, académicas, gremiales y gubernamentales vinculadas a la educación médica y a la normatización del ejercicio médico.

En esta línea de ajustes internos y externos a este tipo de exigencias comenzó a operar en marzo de 1994, después de dos años de trabajo, el Plan Único de Especialización Médica, mediante el cual se uniformó la duración de cursos de especialidad y se revisaron y actualizaron los contenidos académicos de los mismos. Esto significó la necesidad de incrementar la duración de la etapa formativa y/o la de cumplimiento de requisitos en lapsos que oscilan entre uno y dos años (18).

Ese plan se llevó a cabo con la participación de 300 médicos que trabajan en diversas instituciones de salud en la Facultad de Medicina de la UNAM, coordinados con los Consejos de Certificación de Especialistas, la Academia Nacional de Medicina y Comités Académicos de la citada Facultad² (19).

La búsqueda de caminos mediante los cuales hacer equivalentes los criterios y procedimientos utilizados para lograr el mutuo reconocimiento de médicos mexicanos, norteamericanos y canadienses fue el elemento central que llevó a la creación en México del Programa de Fortalecimiento de la Calidad de la Educación en las Escuelas y Facultades de Medicina.

El Programa, elaborado por la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina (AMFEM), establece una normativa que busca regular, orientar y conducir la educación médica impartida en México para acreditar las Escuelas y Facultades de Medicina del país (20). Dicha acreditación se operacionaliza a través de una serie de indicadores que buscan evaluar la calidad de la educación.

Otro elemento de relevancia es el establecimiento del Examen Nacional de Calidad Profesional que será aplicado a todos los egresados de carreras de medicina del país en el curso del año 1995. Esa medida está siendo objeto de un profundo estudio pues "si no se define el objetivo de este instrumento, existe el peligro de generar confusiones. Es decir, elaborar conclusiones falsas sobre la calidad de las instituciones con base en los resultados de los exámenes. Por eso habría que aclarar si ese examen

² De las 43 especialidades que se desarrollan en el Instituto Mexicano del Seguro Social, 16 incrementaron la duración de su etapa formativa en un año. De estas, 10 lo hicieron por aumento en la duración del curso de especialización y 6 por incremento en los requisitos. Dos especialidades aumentaron dos años.

será para que el egresado obtenga su registro profesional o para evaluar a la institución que lo forma" (21).

De cara a este proceso de reestructuración de la educación médica vale la pena reflexionar sobre un señalamiento de Gómez Dantés en relación con los efectos del TLC en lo que respecta a los servicios producidos y demandados en México, ya que se vincula estrechamente con el futuro de las innovaciones educativas. En ese sentido, expresa que "...la apertura comercial podría producir un incremento en los costos al adoptarse más extensamente el modelo de los Estados Unidos y el Canadá, un aumento en la calidad como resultado de la competencia (...) y un posible incremento de la hegemonía del modelo curativo de atención predominante en los países desarrollados (17).

REESTRUCTURACIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDADES PÚBLICAS

El Programa para la Modernización Educativa presentado en 1989 y el Programa Nacional de Ciencia y Modernización Tecnológica de febrero de 1990 dieron inicio oficialmente a la reestructuración de las áreas de docencia e investigación en las universidades.

El equipo gubernamental vinculado estrechamente a esta reforma dio a conocer su versión de las políticas implementadas a escala latinoamericana en países como Brasil, Colombia y Venezuela, orientadas todas a racionalizar el funcionamiento del sistema, obtener un rendimiento mayor de la inversión educativa y reelaborar los perfiles profesionales de los egresados (22).

El papel de las universidades en relación con las situaciones derivadas del TLC ha sido presentado frecuentemente en forma simplista.

La relación universidad-sociedad ha sido reducida en algunos casos a la sola relación con la industria. El vínculo con la industria daría sentido a la actividad universitaria toda.

En situaciones extremas, este malentendido lleva a que se renuncie al principio de libertad de cátedra e investigación al firmarse compromisos para que los investigadores no publiquen los hallazgos de sus estudios sin autorización de las empresas (5).

Como señala Pallán "las universidades tienen una misión y objetivos permanentes que, si bien deben modificarse y adaptarse a los cambios del entorno económico, no pueden desaparecer y ser puestos exclusivamente al servicio del mercado externo (...). En el tratamiento de la relación universidad-TLC parece haber prevalecido una tendencia pragmática que postula adaptaciones mecánicas de las universidades a las nuevas condiciones" (23).

POLÍTICAS DE INCENTIVOS ECONÓMICOS PARA LOS ACADÉMICOS

En el sexenio iniciado en 1988, la estrategia gubernamental hacia la educación superior ha estado caracterizada por el manejo selectivo de los recursos financieros y la priorización de ciertas actividades y campos disciplinarios.

El modelo introducido en las organizaciones productivas por el cual el salario es estimado fundamentalmente en relación con la productividad individual se ha extendido a las instituciones educativas tomando la forma de sobresueldos temporales que se otorgan cuando los académicos obtienen un puntaje determinado por las actividades realizadas durante un cierto lapso.

Los profesores universitarios después de sufrir una drástica disminución en su poder adquisitivo en los años de elevada inflación y reducción del gasto en educación han ingresado a una nueva etapa en la que se produce una segmentación de sus salarios.

El antecedente más inmediato de esta situación ha sido la creación del Sistema Nacional de Investigadores en 1984, instancia que, según algunos académicos, "fue un mecanismo adoptado por el gobierno para aliviar un poco la precaria y hasta desesperada situación de los mexicanos dedicados a la ciencia" (24).

Puede señalarse, sin embargo, que la segmentación salarial se produjo más nítidamente con el establecimiento del criterio de la productividad como vía para obtener premios, becas y estímulos a la docencia y a la investigación. Esta posibilidad ha llevado a que los universitarios se ajusten a diversas normas y procedimientos burocráticos para obtener ingresos adicionales que se renuevan periódicamente.

Cada institución desarrolla así su propio sistema salarial compuesto de un salario base y un complemento variable. Esto fomenta una situación de competencia no solo entre las universidades para obtener más recursos gubernamentales sino también entre los profesores que desean verse favorecidos económicamente.

Debe destacarse el hecho de que este particular clima institucional ha disminuido el interés por emprender actividades colectivas —como pueden ser el diseño y aplicación de instrumentos para la evaluación de las nuevas propuestas pedagógicas, a las que se otorga un bajo o nulo puntaje en los tabuladores. Estos últimos son una fotografía de la manera en que las instituciones organizan, dividen, valoran el trabajo y constituyen en estas circunstancias la piedra de toque que hace posible el nuevo modelo salarial.

SINDICALISMO UNIVERSITARIO

Existen diversos modelos de cómo los sindicatos participan en los problemas de la producción, de la productividad y de la calidad. La

falta de adaptación a estos nuevos retos ha llevado a que el sindicalismo universitario en México se encuentre viviendo actualmente una aguda crisis en la cual la falta de respuestas adecuadas y la pérdida de legitimidad son las manifestaciones centrales del problema.

Ante la ineficiencia de los sindicatos para conquistar salarios adecuados por la vía del pacto bilateral, se abrió el camino a los intentos individuales por conseguir mayores ingresos al margen de la organización sindical (25).

El sindicalismo, y sobre todo aquel con formas organizativas más avanzadas nacidas en los años setenta —que incluía en una misma organización a administrativos y académicos— no ha podido abandonar la cultura laboral que ha fomentado tradicionalmente una actitud de tipo instrumental de los trabajadores frente al trabajo. Esto es, un trabajador que piensa que no tiene un compromiso real con la prestación del servicio y que trabaja solamente porque recibe una remuneración.

Existe paralelamente una confusión sobre la categoría *profesionalización de la docencia*. Los sindicatos han insistido en que el docente es un trabajador asalariado con todos los derechos concomitantes y han difundido la noción de que la profesionalización equivale a la estabilidad en el empleo para profesores de tiempo completo (26). Sin embargo, estaríamos subdimensionando el problema si adoptamos exclusivamente esta definición pues “el concepto de profesionalización, al igual que otras nociones de las ciencias sociales, y en particular, del campo educativo, es una construcción condicionada socialmente e históricamente situada. No existen perfiles ideales y universales de profesionalidad” (27).

No es arriesgado afirmar que no se ha logrado pasar de un modelo sindical preocupado exclusivamente por el salario, el empleo y las prestaciones económicas a otro que además tenga posiciones propositivas respecto a cómo incidir en los procesos de trabajo sin afectar la productividad ni la calidad.

Es necesario además, que los sindicatos piensen en nuevos contenidos y formas de capacitación y acción sindical acordes con el hecho de que las universidades están siendo llamadas a responder a las exigencias de la globalización económica y de la revolución científico-tecnológica que ponen en cuestionamiento el actual esquema de producción, adaptación y aplicación de los conocimientos.

Esto adquiere relevancia en la medida en que, sin advertirlo, nos encontramos muchas veces haciendo una defensa “en bloque” de todas las innovaciones educativas porque, valga la redundancia, son innovaciones: lo nuevo *versus* lo tradicional.

La sistemática batalla que libramos cotidianamente contra las fuerzas conservadoras instaladas en nuestras instituciones educativas y en los ministerios nos hace postergar (o formular en voz baja) algunas preguntas que sentimos como peligrosas aunque sabemos que son verdaderamente apremiantes.

¿Siguen siendo estas innovaciones propuestas pedagógicas verdaderamente novedosas?

¿Son sostenibles en las condiciones socioeconómicas que vive el país?

¿Mantienen aún todas ellas, los principios o ejes centrales que les dieron origen?

¿Qué elementos se han perdido, cuándo y por qué?

¿Significan estas pérdidas que se ha abandonado la propuesta o son solo etapas de un proceso necesario?

¿Tiene la "lógica" de la recuperación de todos los elementos originales alguna "lógica"? ¿O se trata simplemente de pura añoranza?

REFERENCIAS

- 1 Rodríguez MY. Alternativas transformadoras en la educación médica latinoamericana. *Memorias XIV Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina*. Quito, Ecuador. 1988;215-220.
- 2 Rodríguez MY. Tendencias de la educación médica en América Latina en los últimos quince años. En: Cardaci D, González de León D, eds. *Las profesiones en México: medicina*. México: UAM-X. 1990.
- 3 Rodríguez MI. Las innovaciones educativas en la formación de personal de salud en México dentro del contexto de las transformaciones ocurridas en América Latina. *Educ Med y Salud* 1995;1(1):32-50.
- 4 Marqués C, Rivera TM. *Resultados preliminares del estudio sobre egresados de la primera y segunda generación de la UAM*. México: UAM; 1980.
- 5 Aboites H. Poder institucional y proceso educativo: el caso de la UAM. En: Kovacs K, eds. *La revolución inconclusa. Las universidades y el Estado en la década de los ochenta*. México: Nueva Imagen; 1990.
- 6 México. Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales. *Proyecto de evaluación curricular. La práctica docente en el plan modular de la carrera de medicina*. Iztacala: ENEP-UNAM; 1987.
- 7 Ruiz de Chávez M, Islas J, Clava J, Villaseñor J, Ávila Y, Mac Gregor C. Programa de enseñanza de medicina general integral: conceptualización y estrategias para su evaluación. *Educ Med y Salud* 1983; 17(3):227-242.
- 8 Valenzuela FJ. *El capitalismo mexicano en los ochenta*. México: Siglo XXI; 1988.
- 9 Sotelo VA. La crisis estructural en México. *El Cotidiano* 1993(53):110-117.
- 10 López Arellano O, Blanco J. *La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta*. México:UAM-X; 1993.
- 11 Sotelo Valencia A. La crisis estructural en México. *El Cotidiano* 1993(53):117.
- 12 Narro J. La educación médica en México. *Rev Univ de México*.
- 13 Mendoza Rojas J. Políticas del Estado hacia la educación superior 1983-1988. *Pensamiento universitario*; 1988.
- 14 Muñoz IC. Acerca del cambio en la educación superior. *Rev Lat de Est Educ* 1992; 22(2):43.
- 15 Kent R. En torno a mitos y paradojas del trabajo académico. *Rev Universidad Futura* 1989;1(1):15.
- 16 Casillas M, Gil M, Grediaga R, Pérez L. Mitos y paradojas del trabajo académico. *Rev Universidad Futura* 1989; 1(1):5-11.
- 17 Gómez Dantes O. El Tratado de Libre Comercio en América del Norte y los servicios de salud. Ponencia presentada en el IV Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Guadalajara, México, 20-23 de marzo de 1994.
- 18 Universidad Nacional Autónoma. *Gaceta de la Facultad de Medicina* 1994;2.
- 19 Lifshitz A. La perspectiva de los nuevos programas de especialidades en el Ins-

- tituto Mexicano del Seguro Social. *Gaceta de la Facultad de Medicina* 1994;2.
- 20 Asociación Mexicana de Facultades/Esuelas de Medicina. Programa de Fortalecimiento de la Calidad de la Educación en las Escuelas y Facultades de Medicina. Cancún, México, mayo de 1994. (Documento fotocopiado).
- 21 De la Fuente JR. *La Jornada* 1993;13.
- 22 Didou Aupetit S. Reestructuración del Sistema de Universidades Públicas. *Rev Ciudades* 1992;(16):3-9.
- 23 Pallán C. Escolaridad, Fuerza de Trabajo y Universidad. En: Guevara G, García CN, eds.. *La educación y la cultura ante el TLC*. México: Nueva Imagen; 1992.
- 24 Pérez Tamayo R. Cero y van dos. *Rev Nexos* 1984;7(84).
- 25 Bueno L, Porras S. *Trabajo académico y neoliberalismo*. Excelsior 1991;11.
- 26 Kent R. Las vicisitudes de una azarosa profesionalización. *Rev Crítica* 1986;28.
- 27 Ezcurra A, de Lella C, Krotch P. *Formación docente e innovación educativa*. Buenos Aires: REI/AIQUE; 1992.

BIBLIOGRAFÍA

- Brito P, Novick M, Mercer H. El personal de salud y el trabajo: una mirada desde las instituciones. *Educ Med y Salud* 1993; 27(1):4-31.
- Byrne N, Rozental, M. Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en América latina. *Educ Med y Salud* 1994;28(1):53-93.
- Cardaci D. Las profesiones en México: medicina. México:UAM-X; 1990.
- Carlson S. Private Financing of Higher Education in Latin America and the Caribbean. Washington, DC: The World Bank; 1992.
- Gil A, de Garay, Grediaga, Pérez, Casillas, Rondero. *Académicos: un botón de muestra*. México: UAM-A; 1992.
- Kells H, Maassen P, de Haan, J. La gestión de calidad en la educación superior. México: UAM-A/CEU-UAP; 1992.
- Kent R. Modernización conservadora y crisis académica en la UNAM. México: Nueva Imagen; 1990.
- Kovacs K. La revolución inconclusa. Las universidades y el Estado en la década de los ochenta. México: Nueva Imagen; 1990.
- Mollis M. Evaluación de la calidad universitaria: elementos para su discusión. *Rev del Inst de Inv en Ciencias de la Educación*. Año II, No. 3. 1993;25-27.
- Muñoz Izquierdo C. Acerca del cambio en la educación superior. *Rev Lat de Est Educ* 1992;22(2).
- Prawda J, Psacharopoulos G. Educational Development and Costing in Mexico, 1977-1990. A cross-state time series analysis. Washington, DC: The World Bank; 1991.

CONCEPTO, ACTORES Y VARIABLES DEL MERCADO DE TRABAJO MÉDICO

*Domingo Vázquez Martínez F*¹

El desempleo y subempleo médicos, la correspondencia entre la educación médica recibida y la práctica profesional, la tendencia a la especialización, la devaluación de títulos profesionales y la satisfacción de los médicos en el trabajo son, entre otras, cuestiones estrechamente relacionadas con la cobertura y la calidad de la atención médica. Los temas enunciados tienen como denominador común la importancia de ser descritos y explicados desde la perspectiva del mercado de trabajo médico. Esa perspectiva necesariamente ha de tomarse en cuenta junto con otras a la hora de plantear problemas, retos y soluciones que afecten directamente a la profesión médica y a los servicios de salud, y consecuentemente, a la salud y el bienestar de la población.

El propósito del presente trabajo es contribuir a la conceptualización del mercado de trabajo médico, a la identificación de los sujetos (actores) que en él participan, a la descripción de las variables pertinentes, y a la reflexión sobre las relaciones dentro del mercado de trabajo, y de este con la educación y el servicio médicos.

CONCEPTO

El trabajo médico tiene dos elementos fundamentales: la comunidad profesional compuesta por el conjunto de hombres y mujeres con una misma profesión, y el conjunto de posiciones o puestos definidos formalmente. Por lo general, se trata de posiciones establecidas en organizaciones mediante las cuales se realiza la actividad profesional. Para poder concretar su fuerza de trabajo la comunidad profesional necesita posiciones independientes de los profesionales que las ocupan en un momento de-

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

terminado. Así, el trabajo profesional tiene un elemento estructural: las posiciones de trabajo, y un elemento funcional: la fuerza de trabajo.

Considerando los elementos del trabajo profesional, el concepto de mercado (1) de trabajo hace referencia, desde los empleadores y las posiciones hasta la oferta y la demanda (2) de fuerza de trabajo, y desde la fuerza de trabajo, hasta la oferta y la demanda de posiciones de trabajo. Entendido de esta forma el mercado de trabajo, este puede ser dividido en dos submercados: el submercado de fuerza de trabajo y el submercado de posiciones de trabajo.

En el submercado de fuerza de trabajo el precio (3) está dado por los atractivos de carácter monetario o de otra índole a los que se vende la fuerza de trabajo. En el submercado de posiciones de trabajo el precio está dado por los requerimientos académicos y no académicos a los que se venden las posiciones. El mercado de trabajo profesional, por lo tanto, puede ser definido como el intercambio de fuerza de trabajo por posiciones de trabajo. O sea, el intercambio entre atractivos monetarios y no monetarios por requerimientos académicos y no académicos.

Hay dos razones fundamentales por las que dicho intercambio no debe interpretarse como una relación simple en la que a mayores atractivos corresponden mayores requerimientos:

- Salario y títulos académicos, por ejemplo, son el precio de dos mercados estrechamente relacionados, pero diferentes. Si la oferta aumenta en el submercado de fuerza de trabajo, la oferta en el submercado de posiciones —si hay más médicos que posiciones de trabajo— disminuye consecuentemente. Correspondientemente, el salario disminuye y los requerimientos de títulos académicos aumentan, produciéndose una devaluación de los títulos académicos.

- Los requerimientos (títulos académicos, por ejemplo), desde esta perspectiva, son el precio de las posiciones que los empleadores utilizan para controlar la oferta de fuerza de trabajo y la demanda de posiciones de trabajo y no, únicamente, una característica deseable en la fuerza de trabajo como factor de producción, tal como lo establece la teoría del capital humano (4).

Una vez que la fuerza de trabajo ocupa las posiciones de trabajo, ambas salen del mercado externo de trabajo profesional, ya que por lo menos a corto plazo, la demanda de posiciones por parte de la fuerza de trabajo y la demanda de fuerza de trabajo por parte de las posiciones, cesa. En estas circunstancias, la fuerza de trabajo y las posiciones de trabajo de una organización pasan a formar parte del mercado interno de trabajo (5). O sea, una vez que un trabajador ocupa una posición, este inicia un proceso caracterizado por el paso de un puesto de trabajo a otro, dentro de la misma organización. Ese paso se da generalmente en una secuencia jerárquica. Cada uno de los puestos de la secuencia se ocupa por ascenso a partir del puesto que está inmediatamente por debajo de este, y es poco frecuente

ocuparlos directamente. Los puestos cubiertos por el submercado interno están la mayor parte de las veces restringidos al personal de la organización y, por tanto, la organización determina las condiciones en las cuales sus propios trabajadores pueden pasar a ocuparlos.

El mercado interno de trabajo no debe entenderse como un sistema cerrado al mercado externo de trabajo. La fuerza de trabajo de una organización puede no tener las posibilidades de ocupar un puesto jerárquicamente superior, por lo que podría buscar o aceptar un puesto de trabajo en el submercado externo de posiciones. De igual forma, los empleadores pueden decidir si ofrecen un puesto en el submercado externo de fuerza de trabajo o en el submercado interno. En resumen, las posiciones de trabajo que se ocupan y la fuerza de trabajo profesionales que las ocupan siguen en un mercado interno de trabajo y virtualmente en el mercado externo (cuadro 1).

Para el caso de la profesión médica, la fuerza de trabajo está constituida por los médicos y el personal de salud que trabajan en instituciones de salud, educación y otras que empleen médicos y que brindan una parte o la totalidad del servicio profesional. Los médicos desempleados que buscan posiciones de trabajo, así como los estudiantes de medicina internos, pasantes y residentes que realizan trabajo médico en instituciones de salud como parte de su preparación académica, se consideran también fuerza de trabajo médica. Los médicos jubilados y los que por cualquier otra causa no están activos ni buscan posiciones de trabajo como profesionales, no están incluidos (6).

Las posiciones o puestos de trabajo se definen de acuerdo con su descripción y según la necesidad de la institución ya sea de servicio, docencia o investigación. Parte importante de la definición del puesto de trabajo son los requisitos que debe cumplir la persona que lo ocupe, las relaciones de mando, las condiciones de trabajo y las retribuciones.

La organización puede tener diversos grados de complejidad. Desde el más alto, en el que pueden participar médicos que no ocupen posiciones relacionadas directamente con la producción del servicio médico sino con las actividades de dirección o de administración, hasta el más bajo, donde una sola posición constituye toda la organización.

Con los elementos anteriormente mencionados podemos entender el mercado de trabajo médico (mtm) como la relación cuantitativa y cualitativa entre la fuerza de trabajo médico y las posiciones de trabajo existentes. Es decir, la relación entre el número de médicos y el número

CUADRO 1. División del mercado de trabajo.

	Submercado de fuerza de trabajo	Externo Interno
Mercado de trabajo	Submercado de posiciones de trabajo	Externo Interno

de posiciones y la relación entre la calificación de los médicos y los requisitos y retribuciones de las posiciones de trabajo. Es importante recordar que las relaciones en el mtm se dan en un contexto histórico-social, con las determinantes que impone una formación social dada.

ACTORES

Por la relación que entre los actores se manifiesta en el mtm, este puede considerarse desde diferentes perspectivas: la de los médicos y sus organizaciones autónomas; la de las instituciones formadoras de la fuerza de trabajo médico; la de los empleadores que controlan las posiciones o puestos de trabajo para los médicos en las organizaciones, y la perspectiva de quienes controlan y regulan la sociedad en donde se inserta un mtm dado.

En el mercado de trabajo médico existe una convergencia de intereses y valores comunes (7). Esto se produce ya que el mercado de trabajo es un mercado derivado, es decir, existe en función del mercado de servicios médicos. En él convergen, entre otros, el campo de la medicina, el de la docencia, el de la administración y el de la política. Consecuentemente, en él convergen sujetos con *habitus* de clase tan diversos como es el del médico, el del académico, el del administrador y el del político. Cada uno de ellos con intereses y valores propios, perceptibles solamente a aquellos que pertenecen a un campo en particular (8). Así, hablar de mercado de trabajo médico es hablar más de lucha entre diferentes campos por la hegemonía y el control en el mercado de trabajo, que hablar de un solo campo.

Los médicos y sus organizaciones autónomas ven fundamentalmente el aspecto cuantitativo y cualitativo de las posiciones laborales. Respecto al aspecto cuantitativo, se preocupan por que haya un número suficiente de plazas de trabajo que garanticen el empleo a sus agremiados. Al mismo tiempo se preocupan porque la fuerza de trabajo médico no crezca al grado de que los salarios y los títulos académicos se vean afectados.

En cuanto al aspecto cualitativo, para los médicos son fundamentales los valores de autonomía e independencia. Autonomía, para establecer las normas que rigen el adiestramiento y la evaluación del desempeño de sus miembros. Independencia, para hacer frente a las autoridades políticas y administrativas con respecto a las decisiones que ellos han definido como materia de su exclusiva competencia. Es importante mencionar que los médicos que provienen de organizaciones autónomas de médicos han incorporado a sus propios valores las reivindicaciones y conquistas laborales de las organizaciones sindicales. Es decir, las retribuciones directas (sueldos) e indirectas (prestaciones), y las condiciones de trabajo (horarios, turnos, etc.). La fuerza de trabajo médico tiene en su perspectiva lo que se le ofrece y lo que se le demanda desde las posiciones de trabajo.

Las instituciones educativas, si bien reconocen su papel de formadoras de fuerza de trabajo, no tienen una postura teórico-ideológica y valorativa homogénea. Sus respuestas a preguntas como ¿para quién y para dónde preparar médicos? y ¿qué tipo de médicos preparar?, son diversas. Desde su perspectiva, se les da más importancia a las posiciones de trabajo por lo que estas demandan para que el trabajo que se realiza sea competente que a lo que ellas ofrecen. Es importante mencionar que lo anterior se produce en las instituciones educativas donde prevalece el valor de la responsabilidad. Si en ellas la autonomía tiene una mayor importancia, es probable que ni siquiera analicen el mercado de trabajo (9).

Para los empleadores que controlan las organizaciones que brindan atención médica, y consecuentemente la mayoría de las posiciones de trabajo, es fundamental la eficacia y la eficiencia del servicio que prestan. Se rigen por una lógica burocrática-administrativa, en donde los sistemas de control (10) son fundamentales. Esta lógica es contraria, en gran medida y en particular, a los valores de autonomía e independencia de los médicos; en general, es contraria a la lógica del sector servicios (11).

La perspectiva de los empleadores en cuanto a la fuerza de trabajo médico está más encaminada a los aspectos cualitativos que a los cuantitativos. Les preocupa la capacidad técnica de los médicos para realizar el trabajo y de manera importante su capacidad de adaptación a las medidas de control establecidas en la organización.

Los sujetos que provienen del campo de la política (gubernamental) tienen como valor fundamental la estabilidad social y política, que dependiendo de las circunstancias puede ser complementario u opuesto a los valores de los otros actores. Para los reguladores lo fundamental es el equilibrio cuantitativo en el mtm. La oferta de fuerza de trabajo médico no debe exceder con mucho la demanda. O sea, el número de médicos debe corresponder al número de posiciones o puestos de trabajo que se ofrecen. Si el número de médicos es excesivo con respecto a la oferta de posiciones, el desempleo consecuente pone en riesgo la estabilidad social, sobre todo si el desempleo médico se da en un contexto de carencia de servicios de salud (cuadro 2).

Cada actor percibe el mtm desde su posición, lo que explica, pero no justifica, la tendencia a reducir conceptual y operacionalmente el mtm a la perspectiva propia. Es más, los actores que comparten un mismo rol, y que generalmente provienen de un mismo campo, no siempre comparten una misma perspectiva desde el punto de vista teórico-ideológico y valorativo. Así, reducir el mtm al punto de vista de uno de los actores significa reducirlo a la forma dominante de la sociedad en cuanto a pensar, evaluar y valorar, y a una práctica que se desprende de esa forma de pensar, evaluar y valorar. El mercado de trabajo es un lugar en el que se producen relaciones de poder que no son más que una manifestación de las relaciones de poder que se dan en la sociedad a la que el mercado de trabajo pertenece. Si en una sociedad dada la distribución de poder es desigual, a los actores

CUADRO 2. Campos y valores de los actores del mercado de trabajo médico.

Actores	Campo	Valores
Médicos	Medicina	Autonomía Independencia
Sindicatos	Sindical	Salarios y condiciones de trabajo
Universidades	Académico	Autonomía Excelencia Responsabilidad Igualdad
Empleadores	Administración	Eficiencia Eficacia
Reguladores	Política	Estabilidad

del mercado de trabajo les corresponderá una desigualdad de poder que se reflejará en la génesis de la mayoría de los problemas de un determinado mercado de trabajo médico.

El mercado de trabajo médico puede ser visto, desde la perspectiva de los actores, como un intercambio entre sujetos que, por un lado, ofrecen fuerza de trabajo médico (ftm) a cambio de posiciones de trabajo (pt) y por el otro, ofrecen posiciones de trabajo a cambio de fuerza de trabajo médico. Es decir, la oferta de la fuerza de trabajo se acompaña de una demanda de la misma que puede o no corresponder a las demandas de las posiciones de trabajo y a la oferta que realizan.

VARIABLES

Se puede resumir las variables del mtm en oferta de las posiciones de trabajo a la ftm; demanda de las posiciones de trabajo a la ftm; oferta de la ftm a las posiciones de trabajo, y demanda de la ftm a las posiciones de trabajo (cuadro 3).

CUADRO 3. Variables del mercado de trabajo médico.

Mercado de trabajo médico	Oferta de las posiciones de trabajo a la fuerza de trabajo médico
	Demanda de las posiciones de trabajo a la fuerza de trabajo médico
	Oferta de la fuerza de trabajo médico a las posiciones de trabajo
	Demanda de la fuerza de trabajo médico a las posiciones de trabajo

Cada una de las variables del mtm tiene por lo menos cinco modalidades: económicas, laborales, académicas, jurídicas y éticas.

Oferta de las posiciones de trabajo a la fuerza de trabajo médico

La oferta a la ftm está constituida por las retribuciones que reciben los médicos a cambio de sus servicios profesionales. Estas, además del pago económico, incluyen las condiciones laborales (horario, lugar de trabajo, vacaciones, prestaciones, etc), las oportunidades de superación académica y la respuesta, que en general, encuentran los médicos a las expectativas que tienen del ejercicio profesional.

En el estudio de la oferta a la ftm es importante considerar las diferencias entre los diversos tipos de instituciones y niveles de atención médica, ya que, a manera de hipótesis, podemos suponer que la oferta desigual a la ftm es un factor que influye considerablemente en la distribución de los médicos.

Demandas de las posiciones de trabajo a la fuerza de trabajo médico

Se entiende por demanda de las posiciones de trabajo a la fuerza de trabajo médico, a todas las obligaciones contraídas por los médicos por el hecho de serlo, y a los requisitos que deben cumplir para salir del mercado externo, ocupar posiciones, y permanecer y/o ascender en las mismas dentro del mercado interno.

Demanda laboral. Está constituida por los contratos, estatutos, normas y mandatos de las instituciones laborales. Está explicitada en los requerimientos de las posiciones de trabajo y se concreta, la mayoría de ellas, a la demanda de disciplina establecida por los sistemas de control.

Demanda académica. Es la que está formada por el "perfil profesional" del médico.

Demanda jurídica. Obligaciones del médico como trabajador o profesionista establecidas en los ordenamientos jurídicos.

Demanda social. Las expectativas que tienen del médico las personas que solicitan sus servicios profesionales.

Demanda ética. El conjunto de normas de conducta establecidas generalmente por los propios médicos para ser aceptados y permanecer como miembros de la profesión.

Oferta de la fuerza de trabajo médico a las posiciones de trabajo

La oferta de la ftm está constituida por las características sociales, demográficas y académicas de los médicos, así como por sus expectativas económicas o de otra índole del ejercicio profesional, y por sus actitudes con respecto a las diferentes formas de ejercicio profesional.

La oferta de la ftm corresponde, teóricamente, al “perfil profesional”. Sin embargo, es válido suponer que el grado con el que los médicos cumplen con él es muy variado y que por lo mismo, el conocimiento de lo que ofrecen requiere de otro concepto. El “perfil profesional”, en todo caso, puede servir como referencia para comparar lo que en realidad ofrecen los médicos y lo que se demanda de ellos.

La oferta de la ftm considera, además de la dimensión individual a la que se circunscribe el “perfil profesional”, la dimensión grupal. Esto es, las características demográficas del conjunto de médicos.

La oferta de ftm incluye de manera importante, el juicio que tienen los médicos sobre el valor del esfuerzo realizado por ellos para obtener su título profesional. Esto es, el costo total pecuniario y no pecuniario al que los médicos están dispuestos a ofrecer sus servicios.

Demandas de la fuerza de trabajo médico a las posiciones de trabajo

Las demandas de la ftm se definen como el conjunto de peticiones que desde diversos puntos de vista hacen los médicos a la sociedad en general. Las demandas surgen cuando la oferta a la ftm no satisface la necesidad que se presenta de acuerdo con las expectativas de desarrollo profesional y personal que tienen los médicos.

Esas demandas pueden ser explícitas o estar implícitas en determinadas conductas o actitudes manifiestas dentro del ámbito laboral y pueden ser individuales o grupales, aisladas o permanentes y provocar o no actitudes de presión y lucha.

Demandas laborales. Pueden ser de carácter económico o de otra naturaleza y reflejan las características de la oferta de los médicos a las posiciones de trabajo, las aspiraciones, las expectativas y las necesidades profesionales y no profesionales que los médicos esperan lograr mediante el ejercicio de la profesión.

Demandas académicas. Constituyen el reflejo de las necesidades de información y actualización que tienen los médicos, de la necesidad de recursos para el estudio de los pacientes que atienden y, en general, de la tendencia a la especialización.

Demandas jurídicas. Tienden al establecimiento de una seguridad legal para el ejercicio de la profesión, quedando a veces establecidas en los ordenamientos jurídicos como derechos. En este último caso, pasan a ser parte de la dimensión jurídica de la oferta a la ftm.

Demandas sociales. Son aquellas que tienen carácter de reconocimiento y prestigio social.

Demandas políticas. Tienen el propósito de adquirir mayor influencia en la toma de decisiones que pueden afectarles.

Para comprender la dinámica entre las variables del mercado de trabajo médico es fundamental remitirnos a la distribución de poder entre los diversos actores del mercado de trabajo. En suma, un mercado perfecto

de trabajo médico supone una distribución equitativa y simétrica de poder entre los diferentes actores, donde el médico pueda escoger, de acuerdo con sus demandas, entre las diversas ofertas que hacen las posiciones de trabajo, y los empleadores, de acuerdo con sus demandas, entre las diversas ofertas de la ftm.

Los desequilibrios y la asimetría de poder llevan a que las demandas por parte de los que tienen el poder se conviertan en exigencias hacia los que no tienen ningún poder, los que deberán someterse sin esperanza de encontrar respuesta a sus propias demandas. La demanda se transforma en exigencia, en imposición a la que corresponde sometimiento y renuncia. Así, la relación del mercado de trabajo puede convertirse en una relación sujeto-sujeto o una relación sujeto-objeto. El objeto no demanda, simplemente tiene características que satisfacen o no al sujeto. En ese caso el mercado de trabajo se transforma en un mercado de mercancías: el trabajo (fuerza o posiciones de trabajo, dependiendo de a quién favorezca la asimetría de poder) como una mercancía más.

RELACIÓN ENTRE EL SUBMERCADO DE FUERZA DE TRABAJO MÉDICO Y EL SUBMERCADO DE POSICIONES DE TRABAJO MÉDICO

Los submercados de fuerza de trabajo médico y de posiciones de trabajo médico teóricamente se relacionan de tres maneras: 1) relación correspondiente; 2) relación no correspondiente cuantitativa, y 3) relación no correspondiente cualitativa. En la relación correspondiente existe una adecuación cuantitativa y cualitativa entre el número y tipo de médicos y el número y tipo de posiciones de trabajo. La relación no correspondiente puede ser cuantitativa o cualitativa. En la relación no correspondiente cuantitativa uno de los elementos del mercado de trabajo médico excede con mucho al otro. O sea, se produce un exceso de médicos con respecto al número de posiciones de trabajo, o viceversa. Naturalmente, lo anterior también se puede interpretar como la escasez de posiciones de trabajo o de médicos, respectivamente. La interpretación de este desequilibrio depende del actor y del contexto. En un contexto donde hay falta de atención médica y desde la perspectiva de la fuerza de trabajo, se interpretará como escasez de posiciones de trabajo. Los reguladores y empleadores lo pueden interpretar como exceso de médicos.

La relación no correspondiente cualitativa se manifiesta como un desequilibrio tanto en el submercado de fuerza de trabajo como en el de posiciones de trabajo. Es decir, existe simultáneamente fuerza de trabajo sin posiciones de trabajo y posiciones de trabajo sin fuerza de trabajo. La relación no correspondiente cualitativa es el resultado de la división (12) del mercado de trabajo médico, tanto del submercado de fuerza como del de posiciones de trabajo. Es decir, el submercado de fuerza y de posiciones de trabajo no son conjuntos homogéneos de individuos y posiciones, sino

que están formados por subconjuntos diferentes de individuos y de posiciones, respectivamente.

Los subconjuntos de la fuerza de trabajo médico están determinados, en lo inmediato, por el número de años de estudio y por los grados académicos de los médicos. Resultando de esta manera los siguientes subconjuntos de fuerza de trabajo: internos, pasantes, médicos generales, residentes, médicos especialistas, maestros en medicina y doctores en medicina. La división de la fuerza de trabajo médico es, de esta forma, vertical y jerárquica. Corresponde a los especialistas, maestros y doctores en medicina el mayor saber médico, el mayor prestigio y el mayor reconocimiento social. Lo anterior impone una dinámica que es determinante de una de las demandas de la fuerza de trabajo: la demanda por la especialización y los estudios de posgrado. Así, la fuerza de trabajo se divide fundamentalmente en lo que corresponde a la oferta que hace a las posiciones de trabajo y no en lo relativo a las demandas que hace a estas.

Las posiciones de trabajo se han dividido de acuerdo con el desarrollo histórico y social de la práctica médica en dos grandes subconjuntos: las posiciones liberales y las posiciones organizacionales. A su vez estas se han dividido reflejando la estructura social en que está inmersa la práctica médica. En una sociedad capitalista, la división de las posiciones de trabajo médico sigue a la división de los servicios de salud y esta última división a la que se manifiesta producto de las clases sociales existentes. Es decir, la división de las posiciones de trabajo está fundamentalmente determinada por la estructura social (servicio asistencial, de seguridad social, privado, etc.). La división de las posiciones de trabajo se refleja claramente en la desigualdad entre la oferta y la demanda de la fuerza de trabajo.

El que la división de la fuerza de trabajo tenga una determinación académica no implica negar la existencia de una determinación social en la conformación de la fuerza de trabajo médico (13). De igual forma, el que la división de las posiciones de trabajo sea determinada por la estructura social, no implica negar que el desarrollo científico y tecnológico tenga importancia en la misma.

Lo que se quiere resaltar es el hecho de que las divisiones de la fuerza y de las posiciones de trabajo médico no han sido consecuentes entre sí y que por lo tanto, no existe una correspondencia completa entre las diferentes divisiones de la fuerza y de las posiciones de trabajo, dando origen a la relación no correspondiente cualitativa: divisiones de la fuerza de trabajo sin posiciones, y posiciones sin fuerza de trabajo. Lo anterior apunta claramente a que la relación entre fuerza y posiciones de trabajo médico no es solo una relación técnica y económica sino también social y política. Característica que, por otro lado, ya se había insinuado cuando se habló del mtm como relación de poder.

La relación no correspondiente cualitativa se agrava conforme el trabajo que se realiza, y se diversifica desde las diferentes divisiones de posiciones. Entre mayores son las diferencias sociales y la distancia en las

condiciones de vida y de salud entre los grupos sociales, el proceso salud-enfermedad y la respuesta social correspondiente adquieren características cada vez más diferentes. Por su parte, las escuelas y facultades de medicina tienden, fundamentalmente, a preparar médicos pensando en los conocimientos, aptitudes y habilidades que se requieren en una de las divisiones de las posiciones de trabajo. Conforme las posiciones se distancian en los problemas que resuelven, en la tecnología de que disponen, en la metodología que utilizan y en los propósitos que tienen, los médicos son incapaces de un ejercicio profesional eficaz en las posiciones para las que no fueron preparados (las posiciones poco o nada privilegiadas) (14). Si a ello añadimos que las retribuciones y condiciones de trabajo se castigan en estas posiciones, el resultado es una convergencia de la oferta de fuerza de trabajo médico hacia las posiciones privilegiadas. Esas posiciones, por su parte, regulan su propia demanda y la oferta de fuerza de trabajo, incrementando los requerimientos, mientras que las posiciones no demandadas tenderán a disminuirlos. Un ejemplo de esto sería una menor oferta de trabajo médico a pasantes y a técnicos y auxiliares de la salud, y a normar su demanda haciéndola obligatoria (servicio social) para poder obtener el título profesional.

Lo anterior académicamente se traduce en que el ejercicio de la medicina en las posiciones menos favorecidas se convierten en un aprendizaje obligatorio para alcanzar las posiciones privilegiadas, en donde los pacientes, obviamente, no funcionan como objetos del proceso de enseñanza-aprendizaje de los médicos sin experiencia.

RELACIÓN DEL MERCADO DE TRABAJO MÉDICO CON LOS MERCADOS DE EDUCACIÓN Y DE SERVICIOS MÉDICOS

La relación del mercado de trabajo médico con el mercado de educación médica se da por lo menos en cuatro niveles: en el plan de estudios de la carrera de medicina como respuesta a la demanda de las posiciones de trabajo a la fuerza de trabajo médico; en las características de las instituciones de salud que hacen o no viable las modificaciones implementadas desde la educación médica en la oferta de la fuerza a las posiciones de trabajo; en el mismo proceso educativo, considerando que el mercado de trabajo médico es parte del sistema de educación médica, y en el sistema de educación médica considerado como parte del mercado de trabajo médico (15). Es decir, las posiciones de trabajo en las escuelas y facultades de medicina generalmente son ocupadas por médicos y pueden o no competir con las posiciones de trabajo en las instituciones de salud debido a la naturaleza de la fuerza de trabajo.

Las relaciones del mercado de trabajo con el mercado de servicios médicos se caracterizan fundamentalmente por las condiciones del mercado interno de trabajo médico.

Anteriormente, se mencionó que una vez que los médicos ocupan una posición de trabajo, ambas salen del mercado externo de trabajo y entran al mercado interno de trabajo. La estabilidad del mercado interno de trabajo médico es una variable determinante de la calidad del mercado de servicios médicos. Entiéndase estabilidad en el sentido de equilibrio dinámico entre fuerzas, para lo que es indispensable la existencia de una distribución similar de poder entre los diversos actores del mercado de trabajo médico. Si uno de los actores detenta el poder y la fuerza de los otros actores, es imposible que haya equilibrio ni estabilidad. El hecho de tener una posición de trabajo definitiva, perpetua o vitalicia no quiere decir que hay estabilidad en un mercado interno de trabajo.

Lo que da estabilidad a un mercado interno de trabajo médico es, por una parte, la correspondencia entre la demanda de la fuerza de trabajo médico y la oferta de las posiciones para satisfacer la demanda. Y por otra, la correspondencia entre la oferta de la fuerza de trabajo médico y la demanda desde las posiciones. Así, un mercado de trabajo interno y estable tiene poca probabilidad de transformarse en un mercado externo de trabajo. Y un mercado interno e inestable de trabajo es susceptible de una fácil transformación en mercado externo de trabajo médico. La tasa de rotación del personal es alta en un mercado interno inestable y baja en uno interno estable.

Si las condiciones económicas y sociales no permiten que la fuerza de trabajo médico de un mercado interno inestable rote hacia el mercado externo, se corre el riesgo de transformar el mercado interno en un escenario de actores, por un lado, dominantes y, por el otro, dominados. Esto originaría prepotencia, autoritarismo, paternalismo y simulación por parte de los dominantes, y dependencia, conformismo, abyección, abulia y simulación en los dominados.

Cuando un médico no recibe a cambio de su trabajo lo que demanda, acumula una insatisfacción que indudablemente se refleja en el desempeño de sus funciones profesionales, afectándose la calidad del servicio médico de la institución donde trabaja, su vida social, familiar y, más aún, su salud (16).

El mercado de trabajo interno e inestable es, desde la perspectiva asumida, un desafío para la educación médica. Por su posición en la división del trabajo para la salud, el médico generalmente está oprimido y subordinado a otros actores y por estos mismos, simultáneamente, oprime y subordina a otros trabajadores de la salud. Corresponde a la educación médica una pedagogía del oprimido, en el primer caso, y del opresor, en el segundo (17). Ambas liberadoras de la relación sujeto-objeto y comprometidas con la relación sujeto-sujeto: con una atención médica y una sociedad de sujetos.

La atención médica universal y de calidad es una aspiración de actualidad en la mayoría de los países del mundo. En muchos de ellos persisten y se agravan problemas en los sistemas de salud que tienen re-

lación con la distribución geográfica de los médicos, con el desempleo y el subempleo de los mismos, con la adecuación entre el tipo de médicos que se preparan en las universidades y las necesidades de atención médica de la población, con las condiciones de trabajo médico, con las retribuciones que perciben, etc. Las tendencias actuales del desarrollo económico-político seguramente enfrentarán a los países a nuevos problemas y desafíos. Entre ellos, la forma en que se verán afectados los servicios de salud y el mercado de trabajo médico por la privatización de los servicios y por la integración económica a los servicios. El análisis de la situación y su síntesis en la construcción de posibles escenarios futuros exige una conceptualización más amplia de lo que es el mercado de trabajo médico. La intención del presente trabajo es precisamente esa, y con ello hacer ver que es fundamental la participación activa de los diversos actores en la planeación del mercado de trabajo médico y en la elaboración de programas de investigación que den respuesta a los problemas y necesidades de información que se plantean desde su perspectiva particular.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Leonardo Viniegra V., Maximino León G. y Margarita Márquez S. por la lectura del borrador y sus valiosos comentarios. Un reconocimiento especial a los organizadores, profesores y alumnos del I Curso Latinoamericano de Recursos Humanos para la Salud del que se gestaron muchas de las ideas expuestas en este trabajo, y a Luis Alonso Vázquez S. y Carlos Cruz R., por asumir mis responsabilidades laborales durante el desarrollo del curso.

NOTAS Y REFERENCIAS

- 1 Mercado: articulación entre oferta y demanda de bienes, factores productivos o servicios, independiente de la mayor o menor intervención que exista entre esa intermediación y/o de la existencia de transacciones de naturaleza monetaria. Rovere M. *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1992.
- 2 Es importante distinguir entre demanda y necesidades de fuerza de trabajo. Para el caso de los médicos, por ejemplo, la necesidad de fuerza de trabajo considera el número suficiente de médicos para atender de manera óptima los requerimientos de atención médica de una población determinada. Generalmente el número de médicos que necesita la población es mayor que el número de médicos demandados por las organizaciones de atención médica para ocupar las posiciones de trabajo. Hall T, Mejía A. "Demand" and "Supply". En: Hall T, Mejía A. *Health manpower planning*.
- 3 Precio: mayor o menor esfuerzo que quien demanda debe hacer para obtener el bien o servicio buscado, independientemente que este esfuerzo sea económico o no. Hall T, Mejía A. "Demand" and "Supply". En: Hall T, Mejía A. *Health manpower planning*.
- 4 Backer GS. Inversión en capital humano e ingresos. En: Thoaria L., eds. *El mercado de trabajo: teoría y aplicaciones*. Madrid: Alianza Universidad Textos; 1983.

- 5 Para excelentes discusiones de la estructura y funcionamiento de los mercados internos de trabajo véase: Doeringer PB, Piore MJ. *Los mercados internos de trabajo*. Edwards RC. *Las relaciones sociales de producción de la empresa y la estructura del mercado de trabajo*. Thoaria L., eds. *El mercado de trabajo: teoría y aplicaciones*. Madrid: Alianza Universidad Textos; 1983.
- 6 Existen por lo menos otras dos acepciones sobre fuerza de trabajo médico. Frenk J. El mercado de trabajo médico. I. Elementos teóricos y conceptuales. *Gaceta Médica de México* 1980;116:187-195. Se considera únicamente a los médicos que materializan la oferta de servicios médicos. Passos R. Mercado de trabajo en salud. Conceptos y medidas. *Educ Med y Salud* 1986;20:524-534. Considera, además, a los desocupados que buscan trabajo. En este trabajo se ajusta la definición de Recursos Humanos para la Salud al caso de los médicos. Rovere M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1992.
- 7 Valores: razón por la que es importante el mercado de trabajo para cada uno de los actores y/o utilidad que del mercado de trabajo médico pretende sacar o saca cada uno de los actores que en él participan.
- 8 Bordieu P. Algunas propiedades de los campos. En: Bourdieu P. *Sociología y cultura*. México, DF: Grijalbo, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes; 1990.
- 9 Para una descripción detallada de los valores y de los conflictos entre valores en la educación superior véase Clark BR. *El sistema de educación superior*. México, DF: Nueva Imagen, Universidad Futura, Universidad Autónoma Metropolitana; 1991: 333-361. Premfors R. Conflicto de valores y políticas de educación superior. En: Kovaks K., ed. *La revolución inconclusa*. México, DF: Nueva Imagen; 1990:28-56.
- 10 Sobre la importancia de los sistemas de control en el trabajo véase Edwards R. Conflicto y control en el lugar de trabajo. En: Toharia L., eds. *El mercado de trabajo: teorías y aplicaciones*. Madrid: Alianza Universidad Textos; 1983.
- 11 Sobre los problemas de la función técnica de producción y de control del sector servicios en general véase: Berger J. Offe C. La dinámica evolutiva del sector de servicios. En: Offe C. *La sociedad del trabajo. Problemas estructurales y perspectivas de futuro*. México, DF: Alianza Universidad; 1992.
- 12 Se parte de la hipótesis del mercado dual de trabajo, en la que el mtm se ubica en el segmento superior del sector primario del mercado de trabajo en general. Por lo que se utiliza el término división y no segmentación para no confundir al lector. Piore MJ. Notas para una teoría de la estratificación del mercado de trabajo. En: Toharia L., eds. *El mercado de trabajo: teorías y aplicaciones*. Madrid: Alianza Universidad Textos; 1983.
- 13 Sobre la estratificación social de la ftm véase Frenk J. La estratificación social en la educación médica mexicana. *Salud Pública de México* 1984;26:484-490.
- 14 Sobre la relación educación y empleo en un contexto productivo heterogéneo, véase: Kritz EH. Educación y empleo. Orientaciones programáticas para la investigación. En: Latapí P., coordinador. *Educación y Escuela. III Problemas de política educativa*. México, DF.: Secretaría de Educación Pública, Nueva Imagen; 1992.
- 15 Para una descripción sobre las tres primeras formas de relación entre mercado de trabajo y educación véase Frenk J. *El mercado de trabajo médico*.
- 16 Sobre la regresión de lo político al plano de lo psicofamiliar y el concepto de plusvalía de poder véase: Mendel G. *Sociopsicoanálisis institucional II*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu; 1973:7-11 y 84-114.
- 17 Al hablar de pedagogía del oprimido se hace referencia a la pedagogía desarrollada por Paulo Freire. El concepto de pedagogía del opresor, si bien, no ha sido desarrollado, está implícito en la obra del mismo autor.

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EQUIDAD: UN NUEVO CONCEPTO PARA LA ACCIÓN EN SALUD PÚBLICA

*Helena E. Restrepo*¹

INTRODUCCIÓN

La promoción de la salud en América Latina busca la creación de condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo, asumiendo la relación de mutua determinación entre salud y desarrollo (1).

Los diversos entornos políticos y niveles de dirigencia están adquiriendo cada vez más una mayor conciencia en cuanto a las relaciones entre la salud y el desarrollo. Aún para los organismos internacionales y bancos de desarrollo que propusieron las drásticas políticas de ajuste económico para resolver la crisis de los años ochenta, es una realidad que los sectores sociales y específicamente salud requieren impulsos importantes para reactivar procesos de desarrollo social y destacan la interrelación entre salud humana, políticas de salud, y desarrollo económico (2).

En este trabajo se intenta plantear el valor que tienen los principios de la promoción de la salud dentro del complejo mundo de hoy, donde, en cada país del primer mundo hay un tercer mundo de desamparados, y en cada uno de los del tercer mundo hay un primer mundo de privilegiados (3).

La propuesta está planteada para renovar el quehacer en salud de manera que no solo fundamente su acción en la justicia social sino que ofrezca mecanismos concretos para alcanzar un mayor bienestar común en nuestros pueblos.

¹ Directora, División de Promoción y Protección de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos de América.

SALUD Y DESARROLLO

Entendemos el desarrollo como el proceso social dirigido a la creación de condiciones de bienestar para todos y la plena vigencia de los derechos y responsabilidades de la ciudadanía...

Bienestar para todos no significa precisamente igualdad entre todos, pero sí equidad en cuanto a las oportunidades de acceso a los bienes y servicios... Es necesario un profundo proceso de cambio de las relaciones sociales en todos sus niveles y en todas sus dimensiones (4).

La Organización Panamericana de la Salud está comprometida con sus países miembros a encontrar los medios para alcanzar metas concretas de salud que los acerquen a los ideales de salud para todos en el año 2000. Pero eso no es posible si no se considera la salud como un objetivo del y para el desarrollo económico y social.

La relación de mutua determinación entre salud y desarrollo social es evidente. La salud es, en última instancia "la expresión concreta del valor real del ser humano y de la vida para una sociedad" (5). La calidad de vida, al igual que el perfil de enfermedad y muerte que caracterizan a una sociedad en un momento dado, son consecuencia de las relaciones entre actores, pactos sociales vigentes y modelos de desarrollo en curso. Es así como toda sociedad produce salud y enfermedad, como consecuencia de su dinámica global y de sus relaciones.

De todos los padecimientos con que el subdesarrollo atormenta a la mayoría de los latinoamericanos, la falta de salud y nutrición es el más cruento e injusto. Sometido a extrema privación, el ser humano puede sobrevivir en vivienda precaria y vivir con escasa educación. Pero no puede sobrevivir sin nutrirse siquiera mínimamente ni puede vivir digna y productivamente sin salud. La salud y la nutrición son por tanto, el requisito *sine qua non* para el desarrollo económico y social. Y, sin embargo, en Latinoamérica ellas constituyen un privilegio más de exiguas pero poderosas minorías. Al amenazar así la vida de millones de personas —su existencia, sino es que su propia subsistencia— esta inequidad ya no conspira solo contra el desarrollo de los pueblos latinoamericanos sino contra su porvenir mismo (6).

El desarrollo, en consecuencia, es el derrotero, la tendencia, el curso de eventos que resultan de la dinámica generada por el quehacer histórico de los actores sociales dentro del marco de un determinado pacto social y con un objetivo: el interés global y no los intereses excluyentes de un grupo privilegiado de actores.

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EQUIDAD

Promoción de la salud y equidad son dos conceptos muy vinculados entre sí. En 1986, la Conferencia Internacional de Promoción de

la Salud en Ottawa (7) elaboró la Carta de Ottawa, en la que se caracterizó a la promoción de la salud como el “proceso de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para que puedan mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” y estableció de manera clara, que la promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad en salud. La acción de la promoción de la salud debe estar encaminada a reducir las diferencias en el estado actual de la salud, a asegurar la igualdad de oportunidades y a proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su potencial (7).

La relación entre inequidad y salud, el impacto evidente de las carencias y privilegios sobre la calidad de vida y bienestar de sociedades ricas y pobres —incluida la existencia de notorias y persistentes inequidades en la planificación, administración y prestación de servicios de salud—, ha sido y continúa siendo reconocida, estudiada y denunciada en las más diversas realidades y condiciones (8–12), los documentos de la OPS sobre la situación en América Latina y el Caribe bastan para ilustrar el tema. Resulta dicente que la nación más rica y poderosa de hoy esté dedicada al arduo proceso de tratar de corregir las profundas inequidades de su sistema de salud: el más costoso del mundo.

La Conferencia Internacional de Promoción de la Salud reunida en Santafé de Bogotá, Colombia, en 1992, donde se congregaron 550 delegados de 21 países de las Américas, declaró:

La Región, desgarrada por la inequidad que se agrava por la prolongada crisis económica y los programas de políticas de ajuste macroeconómico, enfrenta el deterioro de las condiciones de vida de la mayoría de la población, junto con un aumento de los riesgos para la salud y una reducción de los recursos para hacerles frente. Por consiguiente, el desafío de la promoción de la salud en América Latina consiste en transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como en trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo (1).

La búsqueda de la equidad se basa en otorgar a la gente igualdad de oportunidades para alcanzar el máximo potencial individual y colectivo. Para la Organización Mundial de la Salud, la falta de equidad o inequidad se refiere a las diferencias sistemáticas en materia de salud que no solo son innecesarias y evitables, sino que además, son injustas.

La salud pública de las próximas décadas en América Latina debe descansar sobre dos pilares sólidos: el desarrollo y la equidad. Se hace necesario aplicar las más drásticas medidas para garantizar en forma efectiva la satisfacción de las necesidades de la población a la vez que lograr aumentos en la productividad y competitividad internacional en el campo económico. La salud deberá favorecer el crecimiento económico que permita mejorar la calidad de vida de la gente, cuidando de que lo innecesario, evitable e injusto, no continúe en América Latina. Para lograrlo, el sector

salud deberá actuar con liderazgo estableciendo las alianzas intersectoriales que aseguren el compromiso político y la movilización de recursos necesarios a nivel del Estado, para proporcionar a la población los medios que le permitan participar responsablemente en el mejoramiento de su salud.

SITUACIÓN ACTUAL

Las crisis se dan, tanto cuando las sociedades, los pactos que las estructuran y los modelos de desarrollo que las orientan son incapaces de garantizar el bienestar de sus miembros, como cuando la sociedad se hace consciente de esta incapacidad y se moviliza para superarla (13).

Por lo tanto, la crisis es riesgo y oportunidad. Riesgo al generar niveles de mayor postergación de las mayorías, mayor exclusión de los procesos sociales, incremento de las inequidades con la consecuente concentración de poder y beneficios en grupos cada vez más reducidos, y una distribución y profundización generalizada del malestar (14). Oportunidad al producirse propuestas que conduzcan a la resolución de conflictos y a la creación de intereses que deriven en la producción y generalización del bienestar. La crisis solamente se resuelve cuando la sociedad ha encontrado el pacto que le permite estabilizarse y el modelo de desarrollo que genere bienestar. La crisis que afecta a los países pobres ha alcanzado cifras alarmantes. El informe de la Comisión de Salud y Medio Ambiente de la OMS (15) muestra que:

- Más de 2.000 millones de personas viven en la pobreza (40% de la población mundial).
- Sobreviven 1.000 millones de seres humanos sin ingresos para satisfacer necesidades básicas. Cientos de millones padecen de subnutrición.
- El mayor riesgo para los más vulnerables está en sus hogares (cuando los poseen) por deficiencias de agua, servicios básicos y saneamiento.
- La discriminación a la mujer, sus condiciones de vida y responsabilidades sociales, incrementan no solamente sus riesgos de enfermar y morir sino los de las poblaciones más vulnerables a su cargo.

En cuanto a los modelos y proyectos de desarrollo, el informe dice:

- Se diseñan sin considerar suficientemente la salud y el ambiente.
- Supeditan los propósitos e intereses sociales a los económicos.
- Generan migración urbana y hacinamiento.
- Tienden a concentrar beneficios y a distribuir problemas.
- Tienden a ignorar los límites globales naturales, de modo que el gasto de recursos naturales se da a un ritmo más veloz que su ciclo productivo. Se utilizan los ecosistemas como vertederos y la explotación de

recursos no renovables y la capacidad del sistema planetario para absorber los residuos están llegando a su límite.

- El imperativo de fortalecer las economías y de sobrevivir en condiciones precarias obliga a los países en desarrollo y a sus poblaciones a una explotación indiscriminada e irracional de recursos y a asumir procesos productivos, hábitos y actitudes que conllevan y generan riesgos para las personas y el ambiente.

La crisis económica de 1980 ha elevado el nivel de pobreza en América Latina. En la actualidad, 200 millones de personas de la Región viven en la pobreza. Es decir, 50 millones más que en 1980. La mayoría de los países ha experimentado disminuciones en el producto nacional bruto real per cápita. Los efectos de esta crisis afectan con mayor fuerza y de forma desproporcionada al mayoritario grupo con menores recursos que a los grupos sociales más favorecidos.

Aunque la privación económica y la inequidad producen efectos generalizados, suscitan situaciones particularmente dramáticas entre los grupos más vulnerables. Por ejemplo, las condiciones de privación favorecen el abandono del hogar por parte de la mujer, y de la escuela por parte de los niños, para incorporarse al mercado de trabajo, así como un aumento de la delincuencia y del número de "niños de la calle" (16). La pobreza conlleva a la exposición de un gran número de factores de riesgo. De manera genérica, debido a la carencia de recursos económicos los grupos sociales más pobres no tienen otra alternativa que vivir en hogares peligrosos y hacinados, en cinturones de marginalidad que promueven el aislamiento social, la ausencia de apoyo social y la baja autoestima. Además, se ven forzados a aceptar los trabajos con mayor riesgo de contraer enfermedades o de quedar discapacitados. Todo eso contribuye a aumentar los períodos de desempleo entrando así en el círculo vicioso de la pobreza que genera más pobreza. Todo ello promueve, explicablemente, comportamientos antisociales y múltiples estímulos para la generación progresiva de todo tipo de violencias.

La crisis actual se da paradójicamente en el marco de la existencia de capacidades y potencialidades extraordinarias en todos los ámbitos, cuyo desarrollo, difusión y utilización adecuados, podrían garantizar niveles de bienestar previamente inalcanzables. Parecen existir los conocimientos y los instrumentos para utilizarlos. De ahí que las carencias que genera la crisis tengan que ver con quién, cómo y para qué acceden o no, a la producción, distribución y utilización de los bienes que genera la sociedad en su relación con el ambiente físico. La forma en que el sector salud responde a la crisis no escapa a la consideración anterior, pues tiende a reproducir respuestas inequitativas a las necesidades de la población.

En América Latina y el Caribe, 140 millones de personas (aproximadamente una tercera parte de su población) no tiene acceso regular a la atención de salud. Se proyecta que para el año 2000 la población sin

acceso a los servicios de salud aumente en 110 millones. Es decir, se requerirá proporcionar servicio médico a 250 millones de personas más de las que lo reciben actualmente. Tal es la magnitud del esfuerzo necesario para cumplir con el compromiso de brindar acceso universal a los servicios de salud a toda la población de las Américas para el año 2000 (17). Sin embargo, entre 1973 y 1986 el presupuesto nacional destinado a los servicios de salud descendió de 5,5% a 4,2% en 20 países en desarrollo (18). Otro tanto sucede con los servicios y recursos que constituyen las necesidades básicas de supervivencia, cuya insatisfacción creciente determina la calidad de vida y condiciones de salud de la población.

La situación se agrava con los cambios demográficos de la Región: la población de América Latina y el Caribe seguirá aumentando en las próximas décadas debido a que aún existen tasas altas de natalidad en varios países y a que la mortalidad seguirá descendiendo; la transición demográfica se consolidará por efecto de la reducción de las tasas de fecundidad, la reducción de las tasas de mortalidad y el incremento progresivo de la esperanza de vida al nacer. Entre las consecuencias más evidentes de estas tendencias demográficas se puede mencionar la mayor población a expensas de mayorías vulnerables y deprivadas; el progresivo envejecimiento de la población con un aumento absoluto y relativo de los mayores de 65 años; el incremento del número y la proporción de mujeres pobres, especialmente desempleadas o subempleadas, con bajos niveles de educación y de la tercera edad. Debe darse consideración particular a que estas tendencias generales ocultan las marcadas diferencias que se producen y aumentan dentro de los países y entre estos. Típicamente coexisten en los países de América Latina perfiles demográficos del atraso (con alta fecundidad, alta mortalidad y corta esperanza de vida) con los del desarrollo, reflejando la situación de profunda inequidad.

Entre los factores sociales que afectan de manera definitiva las condiciones de salud y calidad de vida de la población en la Región de las Américas resaltan el proceso de urbanización creciente; las carencias cuantitativas y cualitativas de vivienda: las condiciones de trabajo y los niveles de desempleo y subempleo, determinantes a su vez de los niveles y fuentes de ingreso y el nivel y acceso a la educación y el deterioro de la misma como consecuencia de la deprivación económica y la inequidad.

Desafortunadamente los análisis de situación de salud más específicos tienen dificultades debido a una carencia de información que vaya más allá de los clásicos indicadores de mortalidad y morbilidad. Es decir, indicadores de enfermedad que no muestran la verdadera dimensión de los problemas que afectan el bienestar de una población. Por fortuna, cada vez más se están desarrollando, incorporando y registrando otros indicadores de salud y bienestar.

Sin embargo, es importante señalar algunas características de los patrones epidemiológicos actuales relacionados con las principales dolencias que afectan a los países de la Región:

- Las violencias son endémicas en la Región y requieren ser reconocidas y enfrentadas con carácter prioritario. Su origen es social y su impacto es global en todos los aspectos del quehacer, de la vida y de la convivencia de las sociedades.

- El patrón epidemiológico de mortalidad en América Latina es mixto con predominio de muertes por enfermedades crónicas no transmisibles (cardiovasculares y tumores) sobre las transmisibles (infecciosas y parasitarias) en los grupos de 40 años y más. Las enfermedades infecciosas son la causa de mortalidad principal para el grupo de 0 a 4 años. Y las causas externas por traumatismos y envenenamientos son las más frecuentes entre el grupo de adultos jóvenes comprendido entre 15 y 39 años de edad.

- Las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos son la primera y segunda causa de muerte en América Latina.

- Las causas externas, incluidas las lesiones intencionales y no intencionales, son la tercera causa de mortalidad más importante en América Latina.

- Aunque en general, la mortalidad global por enfermedades transmisibles está en claro descenso en América Latina, algunas enfermedades concretas están aumentando en situación epidémica (malaria, Chagas, hepatitis viral), otras que parecían estar controladas están resurgiendo (cólera, dengue, tuberculosis), y el SIDA, nueva enfermedad infecciosa, se sigue propagando. Se han registrado notables mejorías en infecciones respiratorias agudas y en la cobertura de vacunaciones.

En cuanto a algunos factores relacionados con morbilidad deben destacarse:

- El tabaco y el alcohol son las drogas más consumidas en América Latina. El tabaco y el abuso de alcohol juntos son responsables de un gran número de muertes prematuras.

- La nutrición suele verse afectada prematuramente en aquellos colectivos más pobres que dedican el 60 y el 80% de sus ingresos a alimentos. El deterioro de los ingresos, la falta de educación, las condiciones de hacinamiento, la urbanización y la situación laboral contribuyen a obstaculizar la disponibilidad de alimentos y dietas adecuadas y suficientes para toda la población.

- A pesar de lo expuesto, los indicadores tradicionales de salud han tendido a mostrar alguna mejoría. Ello parece indicar que la población, en ausencia de servicios y oportunidades, de alguna manera y en algunos aspectos desarrolla prácticas para proteger y recuperar su salud.

- En resumen, la situación de salud y bienestar de nuestros países confirma que contra los sectores más pobres conspiran los modelos de desarrollo aplicados, la debilidad e ineficiencia de los sistemas de salud, la falta de voluntad política para adelantar acciones de salud pública y la persistente marginación e inequidad de las mayorías.

PROPUESTA DE ESTRATEGIAS DE ACCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La responsabilidad tradicional del sector, girando alrededor del quehacer médico, ha sido fundamentalmente la de prestar servicios de atención a los enfermos, rehabilitarlos y de manera marginal, prevenir la enfermedad. La promoción y protección de la salud han sido campos más para el desarrollo teórico que para la inversión y la acción. La oferta de servicios de salud también se encuentra supeditada al interior de cada sociedad, a la decisión política y a la capacidad económica de los estados. Eso determina la poca importancia relativa que han prestado los gobiernos a garantizar que la población acceda a servicios oportunos, de calidad y universalmente disponibles.

Es frente a la complejidad de estos retos que “la promoción y protección de la salud, aunque no constituya una solución instantánea, pueda ser la única solución posible a las necesidades de salud en las Américas” (18). Ello implica la necesidad de movilizar la voluntad política que permita hacer de la salud una prioridad.

La promoción de la salud y la salud en sí, son una responsabilidad colectiva que requiere el establecimiento de un nuevo pacto social que garantice su desarrollo en armonía con el desarrollo global de la sociedad. Ese desafío implica un proceso de transformación cultural hacia la generación de una cultura de la salud con las consecuentes ideas, creencias, valores, actitudes y costumbres que garanticen la promoción y protección de la vida como valor supremo.

Cultura

Las sociedades acumulan saberes que integran y sintetizan los diversos pactos sociales con los que se ha escrito su historia. Las culturas, memorias vivientes, resultado de las relaciones de los seres humanos entre sí, al interior y entre sociedades, en contextos naturales y sociales particulares, cristalizan y dan fê de la gesta que define a la humanidad en torno al logro no solamente del sobrevivir, sino del vivir con dignidad de una manera propia y particular. La consolidación de ideas, creencias, valores y costumbres y su expresión en lo individual y lo colectivo, en la infinita diversidad presente y potencial, constituye la garantía y el requisito indispensable para la producción de conocimientos e instrumentos que hagan posible tanto el desarrollo como la producción de salud en cada sociedad.

Pacto social

La dinámica social generada con vistas a dirimir los conflictos entre sus miembros, identifica y moviliza a grupos e individuos como actores

sociales y generan progresivamente salud y bienestar. Todo esto queda concretado en los pactos sociales entre dichos actores. Estos pactos sociales, explícitos o no, se van modificando en el transcurso del tiempo, así como también van cambiando los actores y los intereses de quienes los suscriben. La fuerza que orienta la historia hacia niveles crecientes de bienestar surge precisamente de la dinámica de desarrollo y resolución de las relaciones conflictivas entre los diversos actores, de la negociación y el logro de consenso creciente entre ellos y de la consecuente ratificación o eventual reformulación de pactos sociales que garanticen la convivencia y el bienestar.

Ante la situación actual de crisis, se requiere promover un proceso conducente a modificar el pacto social prevaleciente, ya que este no responde adecuadamente a las necesidades sociales. Dicho proceso deberá basarse en el desarrollo, expresión y operativización colectiva de la capacidad, la voluntad y la creatividad solidaria del mayor número posible de actores sociales, "de modo que sean inaceptables la marginación, la inequidad, la degradación ambiental y el estado de malestar que estas producen" (18).

Creación de opciones saludables

Ante los complejos problemas de salud que aquejan a los países, la crisis económica y la deficiente respuesta del Estado tanto para mantener la asistencia médica en un nivel óptimo como para fortalecer las acciones preventivas, la salud pública corre el riesgo de quedar limitada fundamentalmente a intervenciones paleativas o reparadoras de los daños a la salud.

En estas últimas décadas está extendiéndose un fuerte movimiento entre los sistemas de salud más modernos en los que se reconoce que las nuevas inversiones para el tratamiento médico tienen un impacto secundario frente a los factores que influyen en el entorno del individuo y en la adopción de estilos de vida saludables (19, 20).

Es preciso, por tanto, impulsar de forma decidida, a nivel de cada país, acciones integradas con impacto equilibrado desde niveles macro a micro de la sociedad, y entre distintos sectores y grupos sociales. Esta visión global que enfatiza la operativización del quehacer intersectorial, de la equidad y de la participación social, define el movimiento de promoción de salud.

La Organización Panamericana de la Salud propone desarrollar los cinco mecanismos de acción identificados en la Carta de Ottawa para la generación de opciones saludables.

Promoción de políticas públicas saludables. En su expresión más simple, una política de promoción de salud es aquella que persigue presentar opciones de salud a los individuos de modo que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir.

Si la salud está condicionada por la influencia de factores de distintos sectores sociales, es lógico que la solución de los problemas pase también por una acción intersectorial concertada. Los gobiernos interesados en orientar sus políticas en esta dirección, deben buscar las oportunidades que permitan vincular las acciones del sector salud a sectores responsables del desarrollo social y la calidad de vida.

La formulación de políticas equitativas de salud pueden actuar en dos vertientes: hacia la reducción o promoción de los condicionantes negativos o positivos de la salud, y hacia la equidad en la atención sanitaria.

Para afectar positivamente los principales condicionantes de salud en América Latina, es indispensable definir metas mínimas, progresivas y viables de salud y bienestar. Dichas metas, necesariamente intersectoriales, vinculadas a propuestas de desarrollo con equidad, traducidas en políticas, estrategias y planes de acción, deberán dar prioridad en primer término, a corregir la deuda social con el fin de garantizar condiciones básicas de bienestar a toda la población. Ello hace indispensable la gestión de políticas macroeconómicas que favorezcan a los grupos más vulnerables de la población, sobre la base de un esfuerzo de los grupos más aventajados. Especial prioridad merecen las áreas relacionadas con necesidades básicas tales como alimentación, vivienda, empleo, seguridad social, educación y servicios de salud. Al mismo tiempo, deben desarrollarse políticas orientadas a la reducción de riesgos mayores relacionados con los estilos de vida.

Sea cual sea el modelo de provisión de servicios sanitarios: público, privado o mixto, la acción política frente a la inequidad desde el sector pasa por tres niveles. En primer lugar, la equidad sanitaria significa garantizar accesibilidad universal de los servicios (21). En segundo lugar, se trata de establecer su oportunidad, en términos de equidad en cuanto a la utilización de los mismos por las diferentes clases sociales y en tercer lugar, una igual calidad de la prestación de servicios para todos (2).

Incluso en la situación hipotética mas favorable, los recursos en salud serán limitados y nunca cubrirán todas la necesidades de la población. Es por eso necesario concretar buenas pautas de priorización en función de los recursos disponibles. En ese sentido, los criterios de toma de decisión deben tener en cuenta tanto el costo-efectividad de las intervenciones como privilegiar a los grupos de población mas desfavorecidos.

Creación de entornos favorables. Para el año 2010, por primera vez en la historia de la humanidad la mayoría de la población mundial y sus actividades económicas estarán ubicadas en aglomeraciones urbanas. El entorno físico, psicológico y social en el que viven las personas está sufriendo grandes cambios. Estamos siendo testigos de una urbanización que genera profundas modificaciones en las estructuras económicas y físicas de las ciudades al mismo tiempo que obliga a sus habitantes a adoptar nuevos estilos de vida.

La población vivirá concentrada en grandes áreas donde convivirá con todas las estructuras urbanas de producción y consumo. Ello precisará de grandes cantidades de agua y energía, y generará grandes cantidades de residuos con riesgos de contaminación (22). Desde el punto de vista de la promoción de la salud es importante destacar que aún está pendiente la gigantesca tarea de construir este entorno urbano habitable, saludable y seguro.

La idea de “municipios-ciudades saludables” es la traducción a nivel local de los principios del movimiento de promoción de salud y de las estrategias de salud para todos. Un municipio se define como saludable cuando “las autoridades políticas y civiles, las instituciones y organizaciones públicas y privadas, los propietarios, empresarios y trabajadores, y la sociedad dedican constantes esfuerzos a mejorar las condiciones de vida, trabajo y cultura de la población, establecen una relación armoniosa con el medio ambiente físico y natural, y expanden los recursos comunitarios para mejorar la convivencia, desarrollar la solidaridad, la cogestión social y la democracia” (20). Bajo esta perspectiva, las ciudades pueden contemplarse como laboratorios de demostración de “cómo” afrontar el problema de inequidad, el desarrollo y la salud a través de enfoques globales como el de la promoción de la salud. Todo ello podría verse favorecido por los procesos de descentralización en curso en toda la Región.

Reorientación de los servicios de salud. En la actualidad, prácticamente existe acuerdo unánime al reconocer que la promoción y la protección de la salud de la población requiere más acciones que la provisión de servicios curativos. Si esto es así, los servicios de salud deben ponderar su tendencia natural hacia la curación y planificar sus recursos para llevar también a cabo actividades de prevención y promoción de la salud (23). Eso será posible cuando los parámetros de planificación en salud sean orientados no tanto por la producción de servicios sino por el logro de metas de salud y bienestar. Ello define la responsabilidad integral de los servicios en términos de atender la morbimortalidad —lo que ha sido su papel tradicional— y contribuir al esfuerzo social colectivo conducente a afectar los perfiles epidemiológicos para el logro de metas de bienestar y vida.

Este cambio en cuanto a la orientación de las prestaciones sanitarias exige una nueva visión en la que el ciudadano, su bienestar y su responsabilidad, pasen a ser el centro de atención (24).

Entre las propuestas más recientes de orientación de servicios sanitarios en América Latina están los sistemas locales de salud (SILOS), los cuales enfatizan la promoción y protección de la salud. El desarrollo de los SILOS constituye la respuesta estratégica del sector salud para satisfacer la necesidad de acelerar la aplicación de atención primaria y alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 con equidad, calidad, eficiencia, y mediante la participación social. Todo ello sin descuidar el imperativo

creciente de proteger, desarrollar y hacer accesibles los servicios de alta complejidad.

Potenciación de la acción comunitaria. La participación comunitaria puede ser entendida como el proceso mediante el cual las comunidades se organizan, establecen sus necesidades y prioridades, e intervienen sobre la realidad para conseguir un mayor bienestar (25).

El modelo de participación social o comunitaria está asociado directamente a conceptos como descentralización y democratización. En realidad todos van unidos. La descentralización implica un cambio en el uso y la distribución del poder de decisión y de los recursos.

La promoción de la participación social no se sustenta exclusivamente en una justificación moral, es una cuestión práctica de eficacia para conseguir metas sociales, de manera que la salud sea asumida como responsabilidad compartida de actores institucionales —principalmente el sector salud— y ciudadanos, en el diseño de estrategias y la aplicación de recursos para el logro del bienestar colectivo (26).

Desarrollo de habilidades personales. En América Latina, los individuos y colectividades encuentran restringidas sus posibilidades para optar por conductas y estilos de vida saludables. Eso se debe a razones estructurales, cuya modificación es responsabilidad de la sociedad como un todo, con mayor énfasis inicial en los gobiernos y los grupos con mayor poder dentro de la sociedad. Las principales causas de muerte y enfermedad están asociadas a esos estilos de vida. El desarrollo de habilidades personales en este contexto implica el doble quehacer de modificar simultáneamente las conductas de riesgo y actuar individual y colectivamente para transformar los factores estructurales que generan enfermedad y malestar. Ese doble quehacer orienta la creación de una cultura de la salud.

Es importante destacar el potencial de prevención que podría estar en manos de los propios individuos teniendo en cuenta la capacidad real de elección entre las distintas opciones que están bajo el control de cada grupo de personas. Ante la presencia de un mismo factor de riesgo, por ejemplo, la carencia de medios sanitarios para disponer excretas, la ingesta de agua contaminada, la alimentación rica en colesterol, y la no utilización de preservativo, entre otros, resulta más lógico pensar que los grupos con un menor nivel económico posean una capacidad de elección entre distintas opciones mucho más limitada que la que tienen los grupos más favorecidos. De ahí que las intervenciones indiscriminadas sobre grupos heterogéneos de población para la modificación de conductas, puede ocasionar lo que ha sido reconocido como “la victimización de la víctima” (27, 28).

En el momento actual, los mayores avances para prevenir el cáncer y las enfermedades cardiovasculares podrían lograrse mediante el control del tabaquismo y del abuso del alcohol, la adopción de una dieta saludable y la práctica regular de una actividad física. A su vez, el alcohol

está asociado a la violencia y a las muertes por accidentes de tránsito. Determinados comportamientos sexuales, por ejemplo, están asociados a graves problemas como el embarazo adolescente, el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. Toda la gama de los llamados comportamientos nocivos es de gran complejidad y en consecuencia, su abordaje, si es que ha de lograr los impactos deseados, requiere la comprensión, el respeto y la atención a los factores psicológicos, sociales y culturales.

Existe un número de estrategias provenientes de otros sectores que están siendo utilizadas para crear una cultura de la salud. Estrategias de las ciencias sociales, la educación popular, la economía política, la psicología social, la antropología, la comunicación social, el mercadeo social y el mercadeo en salud, entre otras más que deben buscarse e incorporarse (29, 30).

El desarrollo de transformaciones culturales conducente a la creación de una cultura de la salud es un proceso histórico complejo que se materializará en un período más o menos largo para hacerse visible, siempre y cuando se gesten y se den coyunturas y condiciones adecuadas.

El imperativo de la hora consiste en establecer progresiva y crecientemente las condiciones y oportunidades que vayan haciendo viable y posible el esfuerzo colectivo objeto de la promoción de la salud.

La promoción de la salud se ha planteado precisamente como política que persigue crear oportunidades para que los individuos, las colectividades y las sociedades en su totalidad desarrollen su creatividad, su capacidad organizativa y su compromiso con la salud y la vida. En la medida en que estas opciones saludables se generen y aprovechen desde lo individual hasta lo colectivo, deberán indicar el derrotero y reclamar la generación de otras cuyo impacto objetivo sobre el bienestar deberá ser su mejor argumento (7).

Los ministros de salud de América Latina, al suscribir la Declaración de Santafé de Bogotá llamada "Promoción de la Salud y Equidad" asumieron los contenidos de la Carta de Ottawa, subrayando desafíos y enfoques particulares para la Región y adquiriendo el siguiente compromiso:

Convocar a las fuerzas sociales para aplicar la estrategia de promoción de la salud, supeditando los intereses económicos a los propósitos sociales, a fin de crear y mantener ambientes familiares, físicos, naturales, laborales, sociales, económicos y políticos tendientes a promover la vida, no a degradarla (1).

Precisamente en la realización de acciones que generen impacto se encuentra el reto mayor de la promoción de la salud: la creación y utilización de conocimientos e instrumentos cuya aplicación contribuya al desarrollo progresivo de una cultura de la salud, como mecanismo social colectivo para enfrentar la crisis de la salud.

LA UNIVERSIDAD Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Asumida la misión de la universidad como la de crear y transmitir conocimientos, a la vez que la de forjar una cultura de compromiso frente a la sociedad, su papel resulta de primordial importancia para crear una cultura de la salud a través del ascenso de las políticas, estrategias y planes de promoción de la salud:

- Dada la relación de mutua determinación entre salud y desarrollo social.
- Dado que el campo de la salud pública y el quehacer en promoción de la salud superan el del sector salud tradicional abarcando todas aquellas profesiones y saberes que tienen que ver con el bienestar.
- Dado también que es indispensable transformar las relaciones sociales que hacen posible el malestar y que ello requiere convocar y generar saberes y prácticas viables que produzcan bienestar y salud de manera sistemática.

Cualquiera que sea el punto focal de una universidad, es importante que el alcance de su contribución se amplíe para englobar todos los componentes de la universidad que puedan guardar relación con la salud y el desarrollo. Pero esas modificaciones en la amplitud de la participación no se producirán rápidamente ni espontáneamente. Si las escuelas de medicina se han mostrado con frecuencia reacias a responder a la evolución, a las necesidades en materia de atención de salud, lo cierto es que la comunidad académica en general, con algunas excepciones notables, se ha mostrado todavía menos flexible. Es posible que no se advierta en qué medida muchos programas se prestarían a la ejecución de estudios interdisciplinarios en que la salud fuese el punto focal, mientras que los demás aspectos seguirían siendo indispensables para la definición de los problemas y la búsqueda de soluciones (31).

En las conclusiones de la reunión del "Proyecto de Ciudades Sanas", Lisboa 1986, se acuerda entre las tareas que:

Los vínculos con la universidad no deben reducirse a las facultades de medicina, sino que deberían incluir cualquier institución o departamento con interés en fenómenos relacionados con la salud urbana (32).

El reto que se ha propuesto la universidad en cuanto a la promoción de la salud, es un reto mayor: abordar la crisis. A la universidad se le demanda, ni más ni menos, demostrar su capacidad protagónica en la transformación de la sociedad a través de la contribución activa y eficiente para crear una cultura de la salud. Se impone asumir la problemática de

salud en el desarrollo más allá de la pura formación sectorial tradicional, reconociendo la extensión del ámbito de la salud pública tanto a otras disciplinas como a otros saberes, muchos de ellos marginados tradicionalmente por la universidad.

Los planes de acción de la universidad, para incorporar la promoción de la salud en la creación de una cultura de la salud, pueden desarrollarse a través de las funciones tradicionales de la universidad: enseñanza, investigación y servicio.

Se trata de que la universidad participe en la formación de ciudadanos con una conciencia sanitaria y una capacidad real para materializar colectivamente las condiciones y actitudes que garanticen la salud en el desarrollo. La universidad es responsable de convocar la capacidad académica e intelectual para priorizar y movilizar un quehacer sistemático que ayude a las sociedades a producir los cambios que puedan garantizarles su salud.

El papel de la universidad es el de crear una cultura de la salud como respuesta concreta a su capacidad de aportar retomando como propio el lema: "el nuestro es un continente de esperanza y de futuro. Realizar la esperanza, vivir en paz con dignidad, es el compromiso que asumimos" (1).

REFERENCIAS

- 1 Colombia, Ministerio de Salud/Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud y equidad. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Santafé de Bogotá, noviembre de 1992.
- 2 Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*. Washington, DC: Banco Mundial; 1993.
- 3 Fuentes C. La situación mundial y la democracia: los problemas del nuevo orden mundial. *El Espectador* 1993; (541):12-20.
- 4 Macedo C. Guerra de. La salud como producto social en el estado moderno. San José, Costa Rica: OPS; 1993.
- 5 Rozental M. Conferencia de Educación Médica en el Área Andina. OPS/ASCOFAME. Cartagena, febrero 1-4 de 1993.
- 6 Beltrán LR. La salud y la comunicación en Latinoamérica: políticas, estrategias y planes. Reunión del Comité Asesor sobre Políticas de Comunicación para la Promoción de la Salud. OPS/UNESCO, Quito, 6-7 de septiembre de 1993.
- 7 Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: Canadian Public Health Association, Health and Welfare Canada, November 1986.
- 8 Citado en: Rudolf V., doctor, statesman, anthropologist por Ackerknecht EH. The University of Wisconsin Press; 1953.
- 9 Chadwick E. Report on the sanitary condition of the labouring populations of Great Britain, 1842. Edimburgo: Edimburgh University Press; 1953.
- 10 Sigerist HE. *Medicine and human welfare*. New Haven: Yale University Press; 1941.
- 11 McKeown T. The major influences on man's health. (Documento inédito). Citado por Lalonde MA en: *New perspective on the health of Canadians*. Gobierno del Canadá; 1974.
- 12 Townsend P, Davidson N, eds. *Inequalities in health: the black report*. Harmondsworth, England: Penguin; 1982.
- 13 Béjin A. *El concepto de crisis*. Ediciones Megalópolis. Asociación Editores La Aurora. Buenos Aires, Argentina; 1979.

- 14 Organización Panamericana de la Salud. *La participación social en el desarrollo de la salud*. Washington, DC: OPS. (Serie HSS/SILOS-26).
- 15 Organización Panamericana de la Salud. *Nuestro planeta, nuestra salud*. Washington, DC:OPS; 1993. (Publicación Científica 544).
- 16 Weil C, Scarpaci J., eds. The survival of Latin American children in the 1980s. En: *Health and health care in the Latin American region during the lost decade; insights for the 1990s*. Minnesota Latin American Series 3; 1992.
- 17 Organización Panamericana de la Salud. *Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas 1991-1994*. Washington, DC: OPS; 1991.
- 18 Organización Panamericana de la Salud. *Promoción de la salud en las Américas*. Washington, DC: OPS. (Documento CD37/17).
- 19 Lalonde M. *A new perspective in the health of Canadians*. Ottawa, Government of Canada; 1974.
- 20 Milio N. A framework for prevention: changing health damaging to health generating patterns. *Am J Public Health* 1976;66:435-439.
- 21 Freire JM. Desigualdades en el campo de la salud. *Igualdad* 1993;(6):1-8.
- 22 Jones BG, Kandel WA. Population growth, urbanization and disaster risk and vulnerability in metropolitan areas: a conceptual framework. En: *Environmental management and urban vulnerability*. Washington DC: The World Bank. (Documento de trabajo 168).
- 23 Aranda JM, Burgos MI, Espinosa JM. Estrategias para adecuar la utilización de los servicios preventivos y de promoción de la salud. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. *Monografías Clínicas en Atención Primaria* 1984;1(3):13-21.
- 24 Hart JT. Necesitamos un nuevo tipo de médico de cabecera. *Monografías Clínicas en Atención Primaria* 1984;1(3):13-21.
- 25 Colombia, Ministerio de Salud. Líneas de acción en participación comunitaria en salud. Oficina de Participación e Integración Social. Santafé de Bogotá; 1991.
- 26 Contreras A, March JC. Publicidad y salud pública. *Gaceta Sanitaria* 1990; (21):215-217.
- 27 Ajzen I, Fishbein M. *Understanding attitudes and predicting social behaviours*. New Jersey: Prentice Hall, Inc.; 1980.
- 28 Bandura A. Self-efficacy: towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Reviews* 1977;84(2):191-215.
- 29 Festinger L. *Teoría de la disonancia cognoscitiva*. Madrid: Instituto de Estudios Políticos; 1975.
- 30 Hochbaum GM. Public Participation in Medical Screening. *Public Health Service*. 1958 (Publication 572).
- 31 Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Función de las universidades en las estrategias de salud para todos. (Documento base para las discusiones técnicas, 37a. Asamblea Mundial de la Salud). Ginebra, Suiza; 1984.
- 32 Ashton J. *Ciudades sanas*. Barcelona: Masson; 1993.

RESEÑAS

FUNDAMENTOS PEDAGÓGICOS DE LOS TALLERES DE CAPACITACIÓN PROFESORAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, SANTAFÉ DE BOGOTÁ, COLOMBIA

John Harold Estrada M.¹ y Aurora Montoya Vargas²

INTRODUCCIÓN

La fundamentación filosófica del proyecto educativo de la Universidad Javeriana se orienta a través de dos directrices. La primera se refiere a la formación integral que procura el desarrollo armónico de todas las dimensiones del individuo, concibe a la persona como agente de su propia formación y busca que el alumno, entre otras cosas, desarrolle un “hábito reflexivo, crítico e investigativo que le permita formarse esquemas básicos de vida y mantener abierta su voluntad de indagar y conocer” (1). La segunda directriz se refiere a la docencia, en la cual la Universidad asume la pedagogía como “reflexión personal y dialogal sobre las acciones educativas” (1), teniendo en cuenta que en la relación profesor-estudiante el estudiante es el principal artífice de su formación y quien aporta al proceso educativo y a la vida universitaria la peculiaridad de sus tradiciones culturales, su sensibilidad y la fuerza renovadora propia de su generación y de su situación en el proceso de vida (1).

En coherencia con estos planteamientos filosóficos la Facultad de Odontología se comprometió a aplicar estas propuestas a través de una reforma curricular que tiene como ejes conceptuales considerar al hombre

¹ Odontólogo, Universidad Nacional de Colombia. Magister en Educación Pontificia, Universidad Javeriana. Profesor preposgrado, Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana. Profesor Asistente, Departamento de Medicina Oral, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia.

² Enfermera, Universidad del Valle. Magister en Educación, Pontificia Universidad Javeriana.

como ser integral, la educación integral, el enfoque de los problemas odontológicos, el enfoque epidemiológico y el enfoque por objetivos. La implantación de este currículo obliga al replanteamiento de los procesos pedagógicos, puesto que las metodologías tradicionales permiten la formación académica del alumno dando preferencia al área cognoscitiva, sin considerar las dimensiones del hombre como ser integral. Mediante el proyecto educativo javeriano y el proyecto pedagógico de la Facultad de Odontología, se determinó que las metodologías centradas en el alumno son las que podrían llenar los vacíos de las metodologías tradicionales y dar respuesta a las expectativas del proyecto educativo.

En 1990 se inició el proceso de transformación del enfoque metodológico. Considerando que la base del proyecto exige en primera instancia un cambio de actitud en el maestro, se inició el proceso de capacitación de los profesores de la Facultad sobre manejo de las pedagogías activas, en el que se ha venido trabajando por medio de talleres (14 hasta el momento, con 200 profesores capacitados) que permiten al docente comprender los fundamentos y aspectos operativos de la pedagogía activa.

Este artículo presenta y analiza las bases conceptuales derivadas de las diferentes posturas pedagógicas manejadas históricamente, en las que se fundamenta la realización de dichos talleres. Esa reflexión capacitará mejor a los profesores de la Facultad, lo que finalmente redundará en beneficio para el estudiante y en mayor calidad para la educación impartida.

PEDAGOGÍA CENTRADA EN EL MAESTRO

El proyecto pedagógico que se desarrolla en la Facultad rescata las metodologías centradas en el maestro en términos de la utilización de la cátedra magistral entendida como parte de un contexto y no como una totalidad (2), pero sin dejar de entender que la clase es un lugar de discusión, de diálogo, de intercambios y de construcción del conocimiento. Es decir, la clase tiene que servir como foro de cultura. Las pedagogías centradas en el maestro consideradas como todo el universo pedagógico que las acompaña, difícilmente promueven los hábitos de reflexión, crítica e investigación que propone la Universidad y que se buscan como objetivo en el modelo pedagógico de la Facultad, ya que no permiten la libre expresión del alumno ni permiten exponer sus experiencias personales.

Algunas de las características de las pedagogías centradas en el maestro aún forman parte de la actividad de la Facultad: reglamentaciones, horarios, sistema de calificación y clasificación, y áreas dedicadas a labores específicas (aulas de clase, laboratorio, preclínica, clínica).

El maestro aún considera que la participación del alumno en clase genera desorden en el aula y altera la disciplina, lo que obliga a tomar medidas tendientes a restituir el orden. Ese concepto se deriva del panoptismo de la vigilancia y castigo desarrollados por Foucault (3).

En la experiencia cotidiana se encuentra que el maestro, al enfrentarse al nuevo modelo pedagógico, se siente desplazado y difícilmente comprende que su papel como orientador y guía de un proceso es más importante que el papel que le asignaba la metodología tradicional como transmisor de conocimiento. Esa situación es uno de los grandes tropiezos que se han tenido, ya que ha creado conflicto de roles que han debido ser mediados por elementos externos al proyecto educativo. Quizá el origen de esta dificultad está en que el maestro se siente el poseedor de un conocimiento acabado y de él emana su autoridad, fenómeno que se presume sea debido a que el propio maestro es producto de una formación de esta naturaleza.

PEDAGOGÍA CENTRADA EN EL ALUMNO

La propuesta metodológica de la Facultad pretende ser un proceso centrado en el alumno por medio del cual este descubra el mundo por sí mismo, determine su propio ritmo de aprendizaje, haga que su trabajo se base en su interior y que parta de la experiencia previa y cotidiana según sus intereses y necesidades. El modelo pedagógico considera los siguientes fundamentos de la escuela activa (4): el concepto de formación y capacitación permanente de los docentes, asegurado a través de un proceso de reflexión constante y el concepto de trabajos de grupo derivado de Cousinett, incorporado en el modelo al propiciar que los docentes realicen dentro del taller trabajos en grupo que puedan extrapolar el trabajo con sus alumnos (5).

Sin embargo, se ha encontrado que esta actividad por sí sola no es suficiente para desarrollar habilidades en cuanto al manejo de grupos. Es necesario enfatizar la importancia de este concepto, dado que en el quehacer odontológico se favorece el egocentrismo y la relación odontólogo-paciente está reforzada por el currículo tradicional basado en la relación maestro-alumno.

A pesar de los esfuerzos por implantar los principios de la escuela activa, aún perduran actitudes en los docentes que prolongan la heteronomía y el tutelaje al propiciar la repetición de los discursos generados por el docente, sin aceptación de la participación del alumno.

Por otra parte, no se puede considerar el hecho de que todo lo que el alumno hace está bien, dejando todo al azar y sin la guía del maestro, dado que esa actitud quedaría a nivel del hacer y no trascendería a la esfera del pensar. Es necesario estar alerta sobre este riesgo puesto que al plantear un primer contacto del alumno con el objeto y su manipulación, el modelo puede quedarse en un simple activismo, lo que conllevaría a una formación técnica. El maestro por su parte, ha caído en una posición inmediateista del dejar hacer y se ha olvidado de la función de conceptualización que debe necesariamente acompañar al experimentar, garantizando un nivel de aprendizaje que trasciende lo meramente instrumental.

A pesar de que las escuelas activas proponen ambientes acordes con las necesidades de los educandos para favorecer la sensación de libertad, en la Facultad no se han logrado cambios infraestructurales que permitan la modificación de los espacios y los ambientes (6). Se pretende manejar una escuela activa en un ambiente tradicional, lo que provoca que el docente cree compartimentos entre el proceso enseñanza-aprendizaje asociando el aula a la teoría y el laboratorio y la clínica a la práctica, no comprendiendo que el acto educativo es uno y el aula y los laboratorios son espacios físicos que obedecen solo a aspectos administrativos y no pedagógicos.

PEDAGOGÍA CENTRADA EN RESULTADOS Y RENDIMIENTO

A pesar de que la intencionalidad del modelo pedagógico de la Facultad es favorecer la autonomía del individuo, su creatividad y su juicio crítico, se ha encontrado que la educación en nuestro medio se desvía hacia los postulados de los métodos coactivos. En el nivel de las realizaciones, las guías presentadas a los alumnos organizan intencionalmente las actividades para dirigir desde el exterior comportamientos definidos como sostenes, llevando fácilmente este tipo de fundamentos a la automatización y a la mecanización (17). Además, persisten elementos de corte skinneriano de estímulo-respuesta cuando la calificación se constituye en recompensa y se olvida el proceso mismo de concepción y desarrollo de ideas. Se habla de favorecer los procesos de construcción. Sin embargo, cuando se plantean al alumno actividades específicas y puntuales sin que pueda salirse de ellas, lo que se está haciendo es precisamente coartando su autonomía. El modelo desea favorecer los procesos de reflexión a través de preguntas que se formulan al alumno sobre las vivencias planteadas. Pareciera que con esto se guía el curso del pensamiento del alumno, aunque surge la interrogante de hasta qué punto se puede garantizar ética y profesionalismo en la formación odontológica, si las experiencias son dejadas al libre albedrío del alumno, restándole a la experiencia el carácter pedagógico.

Las metodologías centradas en el rendimiento individual obligan al maestro a reflexionar sobre el contexto que se está viviendo en los albores del siglo XXI, donde la cultura de la imagen predomina y obliga a percibir la nueva tecnología como un auxiliar y no como un sustituto del maestro y menos aún de la relación interpersonal. Así, la máquina puede simular en algún grado esta relación, aunque por definición no podrían estar presentes el calor ni la ternura de una relación maestro-alumno que puede producir, si no más, por lo menos mejores y más humanos aprendizajes para la transformación que debe hacer el hombre de su medio.

PEDAGOGÍA CENTRADA EN LA PERSONA

El documento Misión Proyecto Educativo se inscribe dentro de la propuesta de Medellín, Puebla y Santo Domingo que propugna el que

las instituciones educativas diseñen su propio proyecto pedagógico alrededor de la educación personalizada (8). Dentro de la Universidad se ha hecho una propuesta metodológica coherente con los principios filosóficos de la educación personalizada (singularidad, socialización, libertad, autonomía), que plantea las siguientes actividades: motivación del tema, trabajo personal del alumno, trabajo de grupo y cátedra comunitaria (9). Igualmente propone la interdisciplinariedad y el seminario investigativo que favorezcan la producción del conocimiento. Sin embargo, es problemático pensar en la educación personalizada institucionalmente, ya que se requiere el compromiso y convencimiento de los grupos de la institución para dar vía libre al proceso. En la aplicación del modelo se ha observado que en ocasiones se deben imponer a los docentes actividades complementarias, lo que podría generar actitudes de resistencia pasiva y rechazo sistemático que entorpecen el desarrollo del proceso.

PEDAGOGÍA CENTRADA EN EL DESARROLLO PSICOGENÉTICO

La pedagogía basada en el desarrollo psicogenético se inclina a hacer del aprendizaje un proceso interactivo y dinámico, en el que el alumno interviene directamente sobre la realidad, la conceptúa y la sistematiza, descubriendo y produciendo el conocimiento (10). Este planteamiento epistemológico asume el proceso de producción del conocimiento como la interacción dinámica sujeto-objeto en la cual el sujeto asimila el objeto acomodándolo a las estructuras cognoscitivas, construyéndolo y reconstruyéndolo mediante las propias estructuras de pensamiento formadas por esquemas de acción. Se puede decir que el desarrollo cognoscitivo es la evolución de estos esquemas (11). El sujeto que aprende lo hace desde sus esquemas de acción, por ende la tarea del maestro es reconocer estos esquemas y plantearle problemas que generen desequilibrios y obliguen a adaptaciones. Hablar de esquemas de acción es hablar de un sujeto que organiza lo real en el acto de conocer. El nuevo conocimiento es asimilado por los esquemas de acción dando origen a un nuevo marco más complejo (12). Si el nuevo conocimiento está muy alejado de los esquemas de acción, el alumno no lo comprende, no entiende su lógica. Por lo tanto, no se produce el aprendizaje.

En estos términos el conocimiento evoluciona de acuerdo con la capacidad cognoscitiva del sujeto y con los avances del mismo; que se han venido generando a través de las etapas ontogenéticas, filogenéticas y del devenir histórico del hombre en términos del arte, la ciencia y la cultura (13).

A nivel de la realización del modelo, se pueden esbozar actividades que permitan el logro de los planteamientos anteriores en términos de experiencias físicas que enfrenten al alumno con situaciones concretas y reales de aprendizaje, las cuales son analizadas, reflexionadas y sistematizadas conceptualmente con la orientación directa o indirecta del do-

cente; la experiencia social, en la que se ponen en contacto profesor-alumno y alumno-alumno, mediante la cual el profesor deja de ser expositor y transmisor y asume la función de orientador que facilita el proceso de aprendizaje y hace pensar al alumno mediante discusiones y planteamientos de problemas sobre las experiencias físicas vivenciadas por el alumno; el conflicto o desequilibrio creado entre el marco conceptual o las ejecuciones del alumno y las nuevas situaciones que contradicen dichos marcos, donde la resolución de este desequilibrio será la que en última instancia genere el aprendizaje. Los procesos de maduración que hacen referencia al tiempo requerido en los niveles de reflexión y discusión y el manejo adecuado de estos tiempos de maduración conceptual produce un mayor nivel de razonamiento en los alumnos (13).

PEDAGOGÍA CENTRADA EN LOS PROCESOS SOCIALES

En este nivel de análisis y considerando específicamente la posición del maestro es pertinente retomar algunos principios que fundamentan las pedagogías centradas en los procesos sociales considerados secundarios durante mucho tiempo (14).

Hay una realidad interna de los integrantes del hecho educativo que exige que se parta de su realidad. Esa realidad tiene que ver con el conocimiento y la interpretación. Partir de la realidad va más allá de conocer el pensamiento de los otros. Es necesario desentrañar por qué piensan así.

Todo conocimiento nuevo se da a partir del anterior y en contradicción o conflicto con este, por lo cual es imperativa una labor inicial de concientización que no solo tiene que ver con la comprensión, la intelección, el penetrar la realidad y la reflexión, sino que debe estar ligada a la acción. Así, la concientización debe reflejarse en acciones de transformación social analizadas previamente (15).

Igualmente se requiere pasar a un nivel de concientización donde la situación no solo sea personal sino social y grupal, y que no se considere un problema aislado. Así, el proceso tiene que ver con el paso de un estado menor a un estado mayor de conciencia (16).

Es importante rescatar la necesidad de diálogo entre los diferentes niveles de la comunidad universitaria y favorecer los procesos de participación. Eso garantiza un verdadero compromiso de las partes para el desarrollo del proyecto pedagógico.

Los elementos sobresalientes de la teoría pedagógica basada en los procesos sociales derivan de los trabajos de Vigostky y giran en torno al concepto de la zona de desarrollo proximal (zdp). Se entiende por zdp a la diferencia entre la situación actual del alumno y sus potencialidades. Esas potencialidades deben ser captadas y desarrolladas por el docente, quien deberá tener la capacidad necesaria para reconocerlas y propiciar su desarrollo a través de modalidades de trabajo que enfrenten a los alumnos al contacto con sus pares, con el fin de favorecer el desarrollo de las re-

laciones intersíquicas y mejorar la internalización a través del proceso intrapsíquico (17).

UTOPIA FINAL

La utopía final, entendida no como lo imposible sino como lo que aún no tiene espacio, sería el estudio de las estructuras necesarias que deben desarrollarse en el alumno para el aprendizaje específico de la odontología. Hay que tener en cuenta que la teoría del desarrollo psicogenético plantea la elaboración de una psicopedagogía de los contenidos específicos del aprendizaje, que requiere conocer el camino que sigue el alumno para la construcción del conocimiento específico, así como la forma en la que el alumno se va apropiando de los contenidos. Esto debe llevar a una adecuación entre los contenidos y los niveles de construcción (18) y en consonancia con las posturas actuales del constructivismo humano que derivan del estructuralismo Piagetiano, pero entendiéndolo como “una propuesta nueva sobre la manera como la ciencia elabora sus conocimientos (epistemología) y los va cambiando en una especie de aventura mental colectiva sin la creencia de su inmodificabilidad” (19).

NOTAS Y REFERENCIAS

- 1 Pontificia Universidad Javeriana. Misión Proyecto Educativo. Santafé de Bogotá; 1992.
- 2 Desde los griegos hasta el siglo XVII se realizaban prácticas pedagógicas en torno al maestro, pero fue en este siglo cuando Comenio en su obra “Didáctica Magna”, primera obra de pedagogía sobre la que se tiene noticia, resalta la labor y el papel preponderante del maestro en el acto de enseñar, dando el estatuto que el profesor conservó durante mucho tiempo y consolidando la llamada educación tradicional.
- 3 Foucault M. *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. México, DF: Siglo XXI; 1988:314.
- 4 Las pedagogías denominadas activas derivan de los planteamientos de Rousseau J. puestos en práctica a partir de 1921 por estudiosos de la educación como Dewey en los Estados Unidos de América, Montessori en Italia y Decroli en Francia, quienes apoyaban su práctica basados en los postulados de la psicología del desarrollo que tenía en cuenta los intereses y las necesidades del niño.
- 5 Para un mejor entendimiento y manejo del concepto, puede consultarse Ginot D. El grupo en pedagogía. En: Avanzini G. *La pedagogía del siglo XX*, cap. III. Madrid: Editorial Narcea.
- 6 La escuela activa propugnó el cambio de los diseños arquitectónicos destinados a la educación, así como a los materiales mismos empleados, los que deberían convertirse en espacio de experimentación para que los niños accedieran al conocimiento con dimensiones concebidas más humanamente y con un entorno agradable que faciliten la autonomía y la libertad.
- 7 Se asocia el concepto de pedagogías basadas en resultado y rendimiento a los denominados métodos coactivos sobre los cuales se puede consultar a Not L. *Las pedagogías del conocimiento*. México, DF: Fondo de Cultura Económica.
- 8 La educación personalizada ha sido abordada por múltiples estudiosos, dentro de los que se destacan Mounier E (1905–1950) con su obra titulada “Manifiesto al servicio del personalismo”, Maceiras M. En: Martínez A.

Formación de actitudes y educación personalizada. Madrid: Editorial Narcea.

- 9 Estos planteamientos son tomados de la conferencia "Pedagogía en la Universidad" dictada por Vásquez C. durante la jornada de reflexión sobre el quehacer pedagógico en la Pontificia Universidad Javeriana, en 1992.
- 10 El creador de la teoría del desarrollo psicogenético fue el biólogo suizo Piaget J. (1896–1980) quien a través de 60 años de incansable labor investigativa cimentó las teorías que permitieron el avance de la pedagogía en las primeras décadas de este siglo y que han sido pilares para su desarrollo posterior. Para mayor ilustración pueden consultarse las obras de Piaget J. *Psicología y epistemología.* Bogotá: Planeta-Agostini; 1987 y Piaget J. *Seis estudios de psicología.* Barcelona: Labor SA; 1991.
- 11 Comunicación personal de Torrado MC, psicóloga exdecano de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Colombia, mayo de 1992.
- 12 Para profundizar en las teorías de los campos de acción y de los mapas conceptuales puede consultarse el artículo de Novack J. Constructivismo humano: un consenso emergente. *Revista Planteamientos en educación* 1991;1(2):62–80.
- 13 Bustos F. *Aprendizaje humano.* Bogotá: Gutiérrez impresores; 1987.
- 14 Durante muchos años fueron desconocidos en todo el mundo occidental los planteamientos sociales aplicados a la educación desarrollados por Vygotsky (1896–1934), quien a pesar de haber nacido el mismo año que Piaget y desarrollado sus teorías en años anteriores, está apenas siendo recontextualizado por los educadores que han conocido su obra a partir de traducciones del ruso al alemán, luego al inglés y por último al español realizadas durante las dos décadas pasadas.
- 15 Los conceptos de educación para la liberación y educación emancipadora derivan de los planteamientos de Freire P (filósofo de la educación nacido en Brasil) creador de la teoría de la concientización mediante la educación, que puede ser apreciada en su totalidad en su libro *Pedagogía del oprimido*, la cual le valió el exilio de su país natal, pero que se ha convertido en lectura obligada para todos aquellos que abordan la temática de educación comunitaria, educación no formal, educación de adultos o alfabetización.
- 16 Comunicación personal de Cendales L., investigadora de Dimensión Educativa, profesora de la Universidad Pedagógica Nacional y de la Pontificia Universidad Javeriana. Autora de innumerables trabajos, artículos y publicaciones relacionadas con la educación popular en América Latina.
- 17 Un acercamiento a la teoría de Vygotski puede realizarla el lector consultando la *Revista Cuadernos de Pedagogía* 1986;141, donde aparecen textos de del Río P, Carretero M, Ramírez JD, Vila I, de Gisbert I, los cuales explican de manera amena y sencilla los planteamientos de este pensador.
- 18 Coll C. Las aportaciones de la psicología de la educación: el caso de la teoría genética y los aprendizajes (documento mimeografiado).
- 19 Bustos F. Constructivismo epistemológico, psicológico y didáctico. *Revista Actualidad Educativa* 1994 1(1):32.

ESPECIALIZAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA: ESTRATÉGIA PARA O DESENVOLVIMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM MINAS GERAIS, BRASIL, NA PERSPECTIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

*Elisabeth França Mendonça,¹ Mariângela Carneiro,² Henrique Leonardo Guerra,³
Eliane Dias Gontijo,⁴ Mark Drew Crosland Guimarães,⁴ Gil Sevalho,⁵
Maria Elmira Macedo Alfradique⁶ e Moisés Goldbaum⁷*

INTRODUÇÃO

A Epidemiologia como disciplina básica da saúde coletiva, cujo objeto de análise é o processo saúde-doença a nível coletivo, promove a abordagem desse processo descrevendo e explicando sua ocorrência nos diferentes grupos populacionais, de modo a contribuir para a sua transformação. Sua aplicação nos serviços de saúde é fundamental, face a seu poder explicativo, atuando na avaliação da situação de saúde, na investigação de hipóteses causais, na vigilância e controle de doenças e na avaliação do impacto dos programas e serviços (1). Apesar de compor constantemente o discurso oficial dos planos e programas de saúde e de incorporada até mesmo nos instrumentos legais do país (2, 3), a Epidemiologia tem sido escassamente utilizada na prática dos serviços, restringindo-se sua aplicação aos programas de vigilância epidemiológica (4).

Dentre outras razões, a pouca utilização do instrumental epidemiológico na prática dos serviços de saúde deve-se, principalmente, à sua organização baseada numa lógica clientelista e sem preocupação com sua eficácia (5). Completa este quadro a escassez de recursos humanos capacitados em Epidemiologia e que exerçam atividades relacionadas com ela, a evasão dos poucos técnicos qualificados do setor público, por falta de uma política adequada de recursos humanos, além da decorrente falta de condições necessárias para o pleno aproveitamento dos profissionais (6).

¹ Escola de Saúde de Minas Gerais/FUNED/SUS-MG e Departamento de Medicina Preventiva e Social/Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.

² Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Parasitologia.

³ Fundação Nacional de Saúde de Minas Gerais.

⁴ Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Medicina Preventiva e Social.

⁵ Escola de Saúde de Minas Gerais/FUNED/SUS-MG e Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Farmácia Social.

⁶ Escola de Saúde de Minas Gerais/FUNED/SUS-MG.

⁷ Organização Pan-Americana da Saúde.

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, calcado na municipalização e distritalização dos serviços, propiciou, especialmente a partir de 1991, um espaço privilegiado para a utilização da Epidemiologia como instrumento de reorientação dos serviços. A transformação da prática da Epidemiologia nos serviços de saúde pressupunha, por um lado, a formação de recursos humanos capacitados em quantidade suficiente, e por outro, o estabelecimento de um espaço institucional perfeitamente definido para viabilizar a aplicação dos conhecimentos adquiridos por estes profissionais. Experiências diversas têm demonstrado a importância dos programas de capacitação em Epidemiologia na promoção da utilização do enfoque epidemiológico como elemento fundamental na transformação dos serviços de saúde (7). Considerando a etapa atual do SUS no Brasil, e coerente com a diretriz de formação especializada, propôs-se oferecer um curso de especialização em Epidemiologia para dar início ao processo.

O objetivo deste artigo é descrever a experiência vivida no Estado de Minas Gerais com a oferta do Curso de Especialização em Epidemiologia em Serviços de Saúde, coordenado pelo SUSMG (Escola de Saúde de Minas Gerais) e pela Universidade Federal de Minas Gerais (Departamento de Medicina Preventiva e Social), num projeto de parceria Academia-Serviço que tem dado bons resultados.

HISTÓRICO DA PROPOSTA DE FORMAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA EM MINAS GERAIS

A política de formação de pessoal em Epidemiologia para os serviços de saúde começou a ser discutida no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de Minas Gerais em 1990, em consonância com propostas nacionais (6). Entretanto, a proposta inicial só se legitimou e concretizou a partir de 1991, com demanda específica da Secretaria de Estado da Saúde (Superintendência de Epidemiologia) que propunha "...definir como linha mestra de seu trabalho a utilização da Epidemiologia, buscando descrever a distribuição e a magnitude dos problemas de saúde para definir estratégias de ação no combate e controle de doenças..." (8). Para tanto seria necessário criar uma "competência epidemiológica".

Essa necessidade gerou um processo bastante inovador, que se caracterizou pela abertura de um trabalho interinstitucional, compreendendo as principais instituições de ensino e serviço do Estado. A discussão inicial de uma proposta para a formação de pessoal em Epidemiologia para os serviços de saúde foi feita por este grupo interinstitucional que considerou ser importante contemplar diferentes níveis de complexidade de formação na área, ou seja, cursos de aperfeiçoamento, de especialização e programas de educação continuada. Embora a primeira proposta fosse a organização de um curso de aperfeiçoamento, optou-se pela realização de um curso de especialização, de conteúdo mais aprofundado e de maior

carga horária, com o objetivo de formar profissionais com maior conhecimento conceitual e técnico em metodologia epidemiológica, que pudessem direcionar e fortalecer a organização dos serviços no Estado. Além disto, a proposta pretendia também iniciar o movimento de estabelecimento do espaço institucional para a integração do epidemiologista na prática dos serviços de saúde, visando a contribuir para a modificação da qualidade dos serviços prestados à população.

Formou-se, inicialmente, uma comissão coordenadora interinstitucional, composta de epidemiologistas de serviços de saúde (Secretaria de Estado da Saúde, através da Escola de Saúde de Minas Gerais, e Fundação Nacional de Saúde) e do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais para operar a proposta. Esta equipe contou, desde o início, com a assessoria de um epidemiologista da Organização Pan-Americana da Saúde/Brasília.

Dadas as naturais dificuldades de um trabalho interinstitucional, o planejamento inicial do curso durou seis meses. Neste período, foi considerada uma proposta de capacitação em Epidemiologia, elaborada por diferentes instituições nacionais, para ser adotada no país (9). O modelo inicial foi analisado e adequado à proposta da equipe, que procurou privilegiar os conteúdos aplicados à prática dos serviços de saúde de Minas Gerais.

ÂMBITO CONCEITUAL

O papel da Epidemiologia no desenvolvimento dos serviços de saúde no Brasil, considerado crucial, norteou a organização e a oferta do curso. Considerou-se que este deveria reforçar a capacidade dos serviços de saúde na identificação do perfil dos problemas de saúde e do processo de determinação destes nos grupos populacionais, bem como no processo de avaliação de programas e serviços, para orientar a tomada de decisões. O enfoque prioritário seriam os estudos da situação de saúde, considerando a desigualdade da distribuição dos problemas na população e o estudo epidemiológico de programas de saúde selecionados.

ÂMBITO METODOLÓGICO

Como modelo de explicação do processo saúde-doença, priorizou-se a adoção do enfoque de risco, explorando os desenhos epidemiológicos, incluindo a utilização dos recursos da estatística informática, no sentido de melhor instrumentalização em abordagens mais sistemáticas dos problemas de saúde. Considerando-se que a investigação epidemiológica deveria ser o enfoque central do curso, priorizaram-se abordagens teóricas e metodológicas que viabilizassem a integração da prática da investigação na gestão dos serviços de saúde (10), para que o conhecimento produzido pudesse ser incorporado no processo de definição de prioridades dos serviços.

Para alcançar os objetivos propostos, considerou-se fundamental a estruturação de uma equipe local interinstitucional que, garantindo um espaço político dos serviços de saúde na elaboração e acompanhamento do curso, permitiria um enfoque direcionado à transformação da prática dos serviços integrando o saber “da prática” ao saber “acadêmico”.

Priorizaram-se os seguintes objetivos:

- capacitação para a análise da situação de saúde dos grupos populacionais e seus determinantes, identificando os problemas prioritários e orientando a intervenção;
- aplicação de técnicas e procedimentos epidemiológicos mais utilizados no processo de investigação e na avaliação do impacto dos serviços e programas e outras ações sobre a saúde da população.

O conteúdo curricular abordou os seguintes temas:

- Estudos da situação de saúde: morbidade de demanda, estudos de mortalidade, inquéritos populacionais, doenças de notificação compulsória e com programas especiais;
 - Vigilância epidemiológica;
 - Estudos para a verificação de hipóteses causais;
 - Avaliação de serviços de saúde (anexo 1).

Além da abordagem técnica, o conteúdo do curso procurou descrever o processo de transição epidemiológica (11) que vive o Estado de Minas Gerais, segundo estado brasileiro tanto em extensão territorial (582 586 km) como em número de habitantes (cerca de 15 milhões), e cuja situação de saúde da população não diverge muito do restante do país. O perfil epidemiológico apresenta uma estrutura onde ainda persistem as doenças infecciosas, nutricionais e parasitárias, altas taxas de mortalidade infantil e materna junto com o crescimento de doenças crônico-degenerativas, doenças ocupacionais, acidentes e violências.

PROCESSO DE SELEÇÃO

Na proposta elaborada, o processo de seleção dos participantes do curso foi considerado uma etapa importante, no sentido de priorizar os profissionais com experiência em saúde coletiva e que efetivamente exercessem funções para as quais a formação em Epidemiologia seria necessária, de modo a permitir o adequado aproveitamento do curso. Nesse sentido, foram adotados procedimentos formais de seleção de candidatos, com realização de prova escrita para avaliação de conhecimento mínimo na área. A prova foi eliminatória e os candidatos aprovados entrevistados por uma banca composta por membros da coordenação e outros profissionais convidados. Na entrevista, procurou-se avaliar a possibilidade do profissional vir a utilizar a Epidemiologia na prática dos serviços. Deu-se um

peso maior ao candidato proveniente de instituições com propostas consolidadas ou avançadas de atuação em Epidemiologia.

A inscrição dos candidatos só foi permitida na medida em que comprovavam vínculo institucional, e apresentassem uma declaração da Instituição, demonstrando o interesse desta e liberando o profissional de suas atividades rotineiras de acordo com o cronograma do curso. Com isto, procurou-se obter um comprometimento da instituição de que, uma vez formado, o profissional tivesse um espaço para utilizar a Epidemiologia nos serviços.

A divulgação do curso foi realizada em todo o Estado de Minas Gerais, nos serviços federais, estaduais e municipais.

DINÂMICA DO CURSO

A dinâmica do curso foi fruto de um longo processo de reflexão pela equipe, no sentido de adequar a sua operacionalização aos objetivos propostos. Optou-se por uma estrutura modular, para manter os alunos nos seus postos de trabalho e, desta forma, favorecer uma melhor interação do conteúdo teórico com a prática. Ao mesmo tempo, este procedimento atendia aos interesses dos serviços, sem criar solução de continuidade de longo prazo na prestação de serviços do profissional. A carga horária teórica de 360 horas foi distribuída em nove módulos de 40 horas, com intervalo médio de duas semanas, e uma carga horária adicional (cerca de 360 horas) para o desenvolvimento da monografia. Cada módulo ficou sob a coordenação de um epidemiologista que acompanhava o desenvolvimento dos trabalhos, juntamente com os demais docentes. Entretanto, o conteúdo de todos os módulos foi elaborado em conjunto, com a preocupação de que tivessem seqüência harmônica e articulada, e que sempre houvesse retomada dos conteúdos em níveis diferentes de complexidade. Como estratégia didática, procurou-se localizar o aluno frente à realidade dos serviços, instrumentalizá-lo para adquirir autonomia e desenvolver espírito crítico.

Os alunos recebiam antecipadamente o programa e os textos a serem utilizados, para leitura prévia nos intervalos entre os módulos. Após cada módulo, realizava-se uma avaliação escrita individual do conteúdo específico e, no final do curso, uma avaliação escrita geral.

Durante o curso, procurou-se sempre utilizar exercícios direcionados às informações geradas nos serviços, discutindo suas limitações e possibilidades. A utilização das informações produzidas nos serviços foi um ponto importante para desmistificar a idéia de que os dados secundários não poderiam ser analisados devido à precariedade do sistema de informação de rotina.

Ao longo do curso foi desenvolvido um trabalho de investigação, com orientação docente, objetivo foi possibilitar a aplicação dos conteúdos trabalhados nos módulos. Os temas foram escolhidos de comum acordo com os alunos, visando privilegiar questões locais de interesse. Os trabalhos

foram realizados em torno de temas que abrangiam o diagnóstico global de saúde de um município ou região ou de temas mais específicos (apresentados como monografias de conclusão do curso, anexo 2). Cada grupo estudou assuntos diferentes, enriquecendo desta forma as discussões finais. Os trabalhos foram apresentados pelos alunos em sessão pública e analisados por uma banca examinadora composta por docentes e técnicos convidados, visando a avaliação de desempenho e a pertinência e alcance do conhecimento produzido.

RESULTADOS E SITUAÇÃO ATUAL

O primeiro curso foi realizado no período de março a novembro de 1992, com módulos abordando os seguintes temas: Epidemiologia e Serviços de Saúde, Morbidade — Demanda de Serviços, Estudos Epidemiológicos de Mortalidade, Morbidade — Estudos Populacionais, Inquéritos Populacionais, Métodos Epidemiológicos para a Avaliação de Serviços de Saúde, Introdução ao EpiInfo e Metodologia de Pesquisa.

O segundo curso teve lugar em 1993 e apresentou poucas alterações significativas em relação ao primeiro, já que o julgamento final dos alunos sobre o primeiro curso foi muito satisfatório. A seqüência dos módulos foi modificada, passando o módulo EpiInfo para o início do curso e adicionado um módulo complementar de Introdução à Bioestatística, ambos sendo considerados de nivelamento. O módulo de Metodologia de Pesquisa foi alterado, passando a ter um conteúdo teórico mais sistematizado, desenvolvido durante a realização dos outros módulos do curso.

Para o terceiro curso, atualmente em andamento, não foi feita nenhuma alteração significativa no conteúdo e ordenamento dos módulos, exceto em relação ao tema Vigilância Epidemiológica, que passou a contar com maior carga horária.

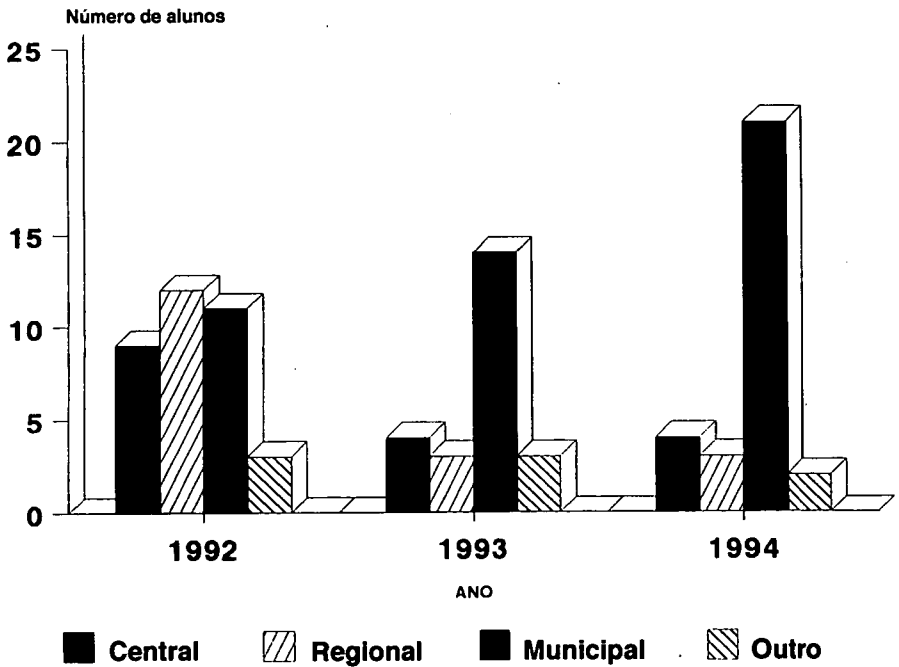
O processo de seleção assegurou a participação de profissionais de regiões diferentes do Estado, de instituições municipais, regionais e estaduais. Para o primeiro curso inscreveram-se, para seleção, 92 candidatos ao todo. Foram aprovados para a entrevista 45 candidatos e, destes, 36 foram selecionados (houve uma desistência). Predominaram os profissionais dos níveis centrais e regionais do Estado, oriundos principalmente da região metropolitana de Belo Horizonte (tabela 1). No segundo curso, inscreveram-se 127 candidatos, dos quais 54 foram aprovados na prova escrita e 27 aprovados para o curso (houve duas desistências). Para este segundo curso houve predominância de profissionais de secretarias municipais de saúde. No terceiro curso, inscreveram-se 83 candidatos, 49 foram aprovados na prova escrita e 30 foram selecionados, com predominância acentuada de profissionais oriundos de serviços municipais (figura 1).

Quanto à formação básica, 47,8% eram da área de Medicina, 23,3% da de Enfermagem, 11,1% de Odontologia, 5,6% de Medicina Veterinária, 2,2% de Farmácia-Bioquímica e 2,2% de Ciências Biológicas; as

TABELA 1. Alunos do curso de especialização em Epidemiologia em serviços de saúde, segundo o município, 1992–1994.

Município	1992	1993	1994	Total
Alfenas	1	...	...	1
Belo Horizonte	25	17	19	61
Brumadinho	...	2	1	3
Contagem	1	2	1	3
Diamantina	...	...	1	1
Divinópolis	2	...	...	2
Esmeraldas	...	...	1	1
Itabirito	...	...	2	2
Juiz de Fora	...	2	3	5
Manhuaçu	1	...	...	1
Passos	1	...	...	1
Pedro Leopoldo	...	1	...	1
Resende Costa	...	...	1	1
Sabará	...	1	...	1
Sete Lagoas	2	2	...	4
Teófilo Otoni	1	...	...	1
Timóteo	...	...	1	1
Uberaba	1	...	...	1
Total	35	25	30	90

FIGURA 1. Nível de atuação dos alunos nos serviços de saúde, 1992–1994.



áreas de Química, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Agronomia e Pedagogia, tiveram um aluno cada (tabela 2).

DISCUSSÃO E PERSPECTIVAS

A proposta do curso partiu da concepção de que um real interesse de utilização da Epidemiologia nos serviços de saúde só ocorreria se articulado com propostas de transformação dos mesmos. A efetivação, mesmo que parcial, do Sistema Único de Saúde, com a descentralização através da estratégia dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) (12), priorizou a eficácia dos serviços de saúde e, conseqüentemente, a proposta de recuperação da hegemonia do enfoque epidemiológico para o reconhecimento dos problemas de saúde e seus determinantes (13).

Além do curso estar associado a um projeto de mudança dos serviços de saúde, considerou-se importante que sua proposta não fosse isolada, mas vinculada a um projeto geral de formação na área de Epidemiologia. Considerando-se que o processo educacional se dá de forma gradativa e complementar (14), e que, da perspectiva da prestação de serviço, identificam-se núcleos de tarefas de complexidade crescente na área de Epidemiologia, entendeu-se esta proposta de trabalho como um dos diferentes níveis da proposta de formação.

A articulação entre instituições acadêmicas e os serviços de saúde permitiu um trabalho conjunto na elaboração de um curso que, procurando identificar o cenário de Minas Gerais, colocou as práticas sanitárias como eixo integrador do processo educativo, tentando romper com propostas tradicionais de capacitação, desligadas da prática dos serviços. Este trabalho conjunto poderá vir a assegurar a continuidade no investimento para a

TABELA 2. Formação básica dos alunos dos cursos de especialização em Epidemiologia em serviços de saúde, Belo Horizonte, 1992-1994.

Curso	1992	1993	1994
Medicina	13	17	13
Enfermagem	10	4	7
Odontologia	2	1	7
Medicina veterinária	2	1	2
Farmácia-bioquímica	2	...	...
Ciências	2	...	...
Ciências biológicas	1	...	...
Serviço social	...	1	...
Agronomia	1	...	...
Psicologia	...	...	1
Fisioterapia	1	...	...
Pedagogia	...	...	...
Terapia ocupacional	...	1	...
Química	1	...	...
Total	35	25	30

formação de recursos humanos em Epidemiologia, pois mudanças conjunturais que possam vir a ocorrer na política do Estado, e que não priorizem a formação nesta área, serão minimizadas pela parceria estabelecida entre as instituições responsáveis, mantendo o processo já iniciado em consonância com o Sistema Único de Saúde.

Os trabalhos práticos (monografias) realizados foram desenvolvidos atendendo a necessidades muitas vezes imediatas dos serviços de saúde. Os temas abordados abrangiam as áreas de diagnóstico, vigilância epidemiológica e avaliação de programas e serviços. Vários deles têm tido continuidade e estão sendo utilizados para a reorientação dos serviços e implantados na sua rotina.

No desenrolar do programa foram realizadas, no final de cada módulo, avaliações individuais e em grupo sobre o curso que abrangiam: conteúdo ministrado, didática dos professores, textos selecionados para leitura e referências utilizadas, estratégia didática, seqüência de apresentação do conteúdo e possibilidade de utilização na prática dos serviços. Estas avaliações periódicas, realizadas de forma conjunta entre alunos e docentes, foram importantes, por permitirem à coordenação realizar modificações de conteúdo, de estratégia didática e retomar temas não bem-explorados, procurando melhorar desta maneira a qualidade do curso.

Desta forma, a avaliação do curso se deu em várias etapas: no retorno dado pelos alunos nas avaliações dos módulos, no aprendizado demonstrado nas provas realizadas no final de cada módulo e no final do curso (quanto ao conteúdo específico) e nas monografias realizadas e apresentadas no final do curso. Tais monografias, avaliadas por uma banca de especialistas, têm sido consideradas como de relevância para os serviços, respondendo aos objetivos que o curso se propõe atingir.

Ainda de forma bastante preliminar, o curso de especialização, atualmente em seu terceiro ano de funcionamento, tem sido considerado de um modo geral pelos alunos, corpo docente e instituições envolvidas, como adequado e satisfatório na sua proposta de formação do epidemiologista em serviço. Também tem representado um fórum importante para a discussão de como se deve dar a utilização da Epidemiologia na prática dos serviços, no Sistema Único de Saúde. A vivência permite o intercâmbio de conhecimentos sobre as realidades dos serviços, integração entre instituições federais, estaduais e municipais entre os participantes, professores e alunos, numa experiência de aprendizado mútuo.

A dificuldade maior será a avaliação de impacto que a formação de epidemiologistas espera ter na modificação dos serviços. A pergunta que se coloca é: Qual o resultado que a capacitação de profissionais em Epidemiologia poderá ter na estruturação e modificação dos serviços no Estado?

Espera-se que o esforço, recursos e tempo empregados na capacitação em Epidemiologia desempenhem um papel estratégico na construção do SUS em Minas Gerais, considerados os limites interpostos pela natureza própria da prática educacional.

REFERÊNCIAS

- 1 Castellanos PL. Epidemiología y organización de los servicios. Em: Organización Pan-Americana da Saúde. *La formación en epidemiología para el desarrollo de los servicios*. México, 1987. (Publicação Série Desarrollo de Recursos Humanos nº 88).
- 2 Brasil. *Constituição: República Federativa do Brasil, 1988*. Brasília, Senado Federal; 1988.
- 3 Brasil. Lei nº 8 080 de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial* 1990; 182:18055-18059.
- 4 Brasil, Ministério da Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI). Fundação Nacional de Saúde. Programa de Capacitação em Epidemiologia. Brasília; 1992.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. *Proposta de Desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde*.
- 6 ABRASCO. *Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil*. Em: Estratégias para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil. Itaparica, Bahia, maio de 1989. ABRASCO/OPAS/CNPQ/FINEP.
- 7 Organização Pan-Americana da Saúde. Epidemiologia: Capacitación en los Servicios de Salud. *Educ Med Salud* 1990;24(3):219-327.
- 8 Brasil, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Editorial. *Bol Epidem/SUS* 1991;1(1):1.
- 9 Brasil. Programa de Desenvolvimento Gerencial para o SUS-Capacitação em Epidemiologia — Seminário 14 a 16 março de 1990, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. São Paulo, 1990. [Documento mimeografado].
- 10 Organização Pan-Americana da Saúde. La práctica epidemiológica en los sistemas de servicios de salud. *Bol Epidem* 1990; 11(3):1-9.
- 11 Laurenti, R. Transição demográfica e transição epidemiológica. Em: ABRASCO. 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2 a 6 de setembro de 1990, Campinas. *Anais*. ABRASCO/UNICAMP. 1990;143-165.
- 12 Mendes EV. Vigilância à saúde. *Serie Desarrollo de Recursos Humanos*, 1993.
- 13 Goldbaum M. Epidemiologia e serviços de saúde no Brasil — anotações para debate. *Saude Deb* 1992;35:68-71.
- 14 Paim JS e Nunes TCM. Contribuições para um programa de educação continuada em saúde coletiva. *Cad Saude Publica* 1992;8(3):262-269.

ANEXO 1. Programa dos Módulos.

Módulo I — Bioestatística

1. planejamento de levantamento de dados
2. variáveis e escalas de medição, tabulação de dados
3. distribuição de freqüências, tabelas e gráficos
4. medidas de tendência central e dispersão
5. probabilidades e curva normal, testes de hipóteses

Módulo II — EpiInfo

1. uso do editor de textos
2. montagem e manutenção de bancos de dados
3. análise e gráficos
4. importação e exportação de arquivos

Módulo III — Epidemiologia e Serviços de Saúde

1. introdução à epidemiologia e seus principais usos
2. diagnóstico de saúde — aspectos conceituais
3. vigilância epidemiológica — histórico, aspectos conceituais, fontes de informação, níveis de atuação, organização, práticas e reorganização do Sistema de Vigilância na perspectiva do Sistema Único de Saúde

Módulo IV — Morbidade de Demanda

1. medidas de morbidade
2. planejamento de estudos de demanda
3. avaliação de demanda hospitalar e ambulatorial
4. morbidade populacional e morbidade de demanda
5. serviços especializados

Módulo V — Estudos Epidemiológicos de Mortalidade

1. níveis de mortalidade — delineamentos básicos: fontes de dados, medidas de mortalidade mais utilizadas, padronização de taxas
2. estudos do perfil de mortalidade — delineamentos básicos: atestado de óbito, classificação de causas de óbito, causas múltiplas de mortalidade, medidas mais utilizadas, relação entre causas de morte e níveis de mortalidade
3. análises de tendências e estudos de determinantes de mortalidade: desigualdade na morte, relação entre desenvolvimento econômico-social e mortalidade

Módulo VI — Estudos Epidemiológicos

1. introdução aos estudos epidemiológicos
2. estudos de observação: correlação ecológica, transversal, caso-controle e coorte
3. medidas de risco
4. estudos experimentais
5. fatores de confusão e distorção

Módulo VII — Inquéritos Populacionais

O módulo de inquérito populacional inclui, além das aulas teóricas, a realização de um trabalho prático (estimativa de prevalência da desnutrição em escolares de Belo Horizonte, no 1º e no 2º curso, e inquérito sobre hipertensão arterial e uso de medicamentos no 3º curso).

1. preparação de protocolo, questionário e manuais de instrução
2. preparação e execução do trabalho de campo
3. análise dos dados coletados e discussão
4. validade e confiabilidade das medidas

Módulo VIII — Métodos Epidemiológicos na Avaliação de Serviços

1. conceituação de avaliação, objetivos e princípios, aspectos da avaliação nos serviços de saúde: estrutura, processo e impacto
2. medidas de avaliação: eficácia, efetividade e eficiência
3. círculos de garantia de qualidade: avaliar em contraposição a monitorar, definição de qualidade
4. estudos epidemiológicos na avaliação de impacto: estudo experimental, estudo quase-experimental e de observação

Módulo IX — Metodologia da Pesquisa Científica

1. estrutura de um trabalho científico, delimitação do assunto
2. estrutura do projeto
3. revisão da literatura: fichamento e normalização
4. delimitação do problema tema e sua transformação em hipóteses
5. elaboração do protocolo e do projeto de pesquisa

ANEXO 2. Monografias apresentadas (Curso de 1992).

1. Tendência do sarampo na região metropolitana de Belo Horizonte
2. Avaliação do sistema de vigilância epidemiológica nas diretorias regionais de saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
3. Epidemiologia da hanseníase na Diretoria Regional de Saúde de Belo Horizonte e municípios de Minas Gerais
4. Aspectos epidemiológicos da raiva em Minas Gerais
5. Doença de Chagas, sífilis, hepatite e AIDS em bancos de sangue, Minas Gerais, 1991: prevalência e questão institucional
6. Perfil da clientela atendida no ambulatório de doenças profissionais do Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Minas Gerais em 1991, com ênfase especial nos casos de lesões por esforços repetitivos
7. Morbidade hospitalar no município de Sete Lagoas — um semestre de 1990
8. Avaliação de um programa de saúde bucal na redução da cárie dentária
9. Tendência e principais causas de mortalidade infantil no município de Manhuaçu, Minas Gerais, no período de 1980 a 1988
10. Mortalidade neonatal em Belo Horizonte — um estudo dos fatores de risco através do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, SINASC
11. Mortalidade infantil em Contagem — tendências recentes e proposta de institucionalização da vigilância epidemiológica
12. Mortalidade por acidentes de trânsito em Belo Horizonte, 1990

Monografias apresentadas (Curso de 1993)

1. Análise de mortalidade por causas externas no município de Sete Lagoas, Minas Gerais, 1990–1992
2. Mortes por homicídio em Belo Horizonte, 1991
3. Análise de tendência de difteria em Minas Gerais, 1978–1992
4. Avaliação do programa de saúde bucal na região leste de Belo Horizonte, Minas Gerais
5. Utilização de estatísticas de mortalidade na avaliação das condições de vida da população do município de Pedro Leopoldo, Minas Gerais, 1979–1989
6. Avaliação da saúde da mulher e da criança na zona urbana do município de Brumadinho, Minas Gerais, 1992
7. Mortalidade infantil em duas maternidades de Belo Horizonte, Minas Gerais.
8. Distribuição territorial da incidência de baixo peso ao nascer e da mortalidade infantil em Juiz de Fora, Minas Gerais, 1992.
9. Hipertensão arterial — condição marcadora da qualidade do atendimento ambulatorial do distrito sanitário de Barreiro, Belo Horizonte, Minas Gerais
10. Avaliação do sistema de notificação de egressos dos hospitais psiquiátricos do município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO MULTIDISCIPLINAR NA ÁREA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO ADOLESCENTE

*Maria Helena Ruzany,¹ Ellen M. Peres,² Zilah V. Meirelles,³ Maria Lúcia D. Calazans,³
Elóisa Grossman,⁴ Maria Cristina C. Kuschnir⁴ e Solange P.M. Sarmiento⁵*

INTRODUÇÃO

A formação e capacitação de recursos humanos na área de atenção integral à saúde do adolescente, juntamente com o atendimento multidisciplinar à população adolescente do Estado do Rio de Janeiro, constituem objetivos prioritários da equipe da Unidade Clínica de Adolescentes (UCA) do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), desde a década de 1970 quando foi criada.

O programa docente-assistencial iniciado pela equipe da Unidade, em 1974, representou uma proposta inovadora no âmbito da Universidade que tinha como característica a inserção do corpo discente na prática de atendimento integral e multidisciplinar ao adolescente (1).

Devido ao crescente interesse das instituições públicas de saúde na criação de programas de atenção ao adolescente e à escassez de profissionais com conhecimentos técnicos nesta área, em 1986 a UCA reformulou seus programas, buscando melhor integração dos conteúdos teóricos-práticos, tornando-se pólo de treinamento para diversas categorias profissionais.

¹ Coordenadora Geral da Unidade Clínica de Adolescentes do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Professora Assistente da Faculdade de Ciências Médicas. Coordenadora do Projeto de Apoio à Implantação e Melhoramento do Programa de Saúde do Adolescente no Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde/Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Assessora Regional em Saúde do Adolescente, Programa Especial de Saúde Materno-infantil e População, Organização Pan-Americana da Saúde, 525 23rd Street, N.W., Washington, D.C. 20037-2895, Tel: (202) 861-3268, FAX: (202) 861-8463.

² Coordenadora da Atenção Primária da Unidade Clínica de Adolescentes, Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

³ Assistente Social da Unidade Clínica de Adolescentes, Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

⁴ Médica Pediatra da Unidade Clínica de Adolescentes, Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

⁵ Fonoaudióloga da Secretaria Municipal de Saúde, lotada na Unidade Clínica de Adolescentes, Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

A experiência da equipe em desenvolver novos programas de ensino-aprendizagem e sua disponibilidade, levou a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) a firmar, em 1990, um convênio com a UERJ/UCA, para organizar e administrar o Projeto de Apoio à Implantação e Melhoramento do Programa da Saúde do Adolescente no Brasil (2). O Projeto consistiu do planejamento administrativo, pedagógico e assessoria de cursos de sensibilização, capacitação, seminários e grupos de trabalho. Estas atividades desenvolveram-se em consonância com o Programa Materno-infantil do Ministério da Saúde, por intermédio das coordenações dos Programas Estaduais de Saúde do Adolescente.

Os cursos de capacitação referentes a este Projeto, contaram com a participação da Equipe de Coordenação do Programa de Adolescentes da Secretaria de Saúde de São Paulo, no planejamento e desenvolvimento dos mesmos. A seleção dos profissionais ficou sob a responsabilidade das Coordenações de Saúde Materno-Infantil das Secretarias Estaduais de Saúde que, posteriormente, encaminhavam à UCA os pedidos de inscrição. Estes, por sua vez, eram chamados de acordo com os critérios de multidisciplinaridade e propostas de implantação dos programas de atenção ao adolescente.

Os cursos de capacitação foram desenvolvidos em dois módulos. No Rio de Janeiro (UCA-UERJ), o treinamento restringiu-se ao Pavilhão Floriano Stoffel e ao Núcleo de Estudos e Pesquisa em Drogadição onde se desenvolvem programas de atenção secundária ao adolescente. Em São Paulo, a ênfase foi dada à atenção primária, na rede estadual de saúde. Este desdobramento em dois estados foi necessário para garantir o treinamento nos níveis de atenção, visto que a coordenação do Programa de Adolescentes da Secretaria de Saúde de São Paulo colocou-se à disposição para a co-gestão desses cursos.

Os objetivos dos cursos de capacitação foram os seguintes:

- Capacitar profissionais de saúde para atendimento integral ao adolescente e à sua família;
- Promover o intercâmbio de experiências e discussão multidisciplinar sobre temas ligados à adolescência;
- Preparar profissionais de saúde para serem multidisciplinares das questões que permeiam a atenção integral ao adolescente;
- Dar oportunidade aos profissionais de saúde para vivenciarem um modelo hierarquizado de atenção à saúde do adolescente;
- Capacitar profissionais de saúde para a organização de serviços de atenção ao adolescente.

Visando a contribuir para a implementação de cursos e programas de treinamento em atenção integral à saúde do adolescente, os autores descrevem e analisam os resultados obtidos na avaliação dos módulos realizados no Rio de Janeiro no período compreendido entre outubro de 1989 e março de 1991, e também apresentam a avaliação de impacto após um ano da realização do último curso.

MATERIAL E MÉTODOS

A população-alvo do Programa de Capacitação constituiu-se de 45 profissionais encaminhados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, com cobertura de 10 estados brasileiros, conforme representado na Tabela 1.

Os cursos de capacitação tiveram a carga horária total de 240 horas, distribuídas em 160 horas no Rio de Janeiro (Módulo I) e 80 horas em São Paulo (Módulo II). Os dados que se seguem referem-se aos obtidos no Módulo I, organizado com atividades práticas (130 horas) e teóricas (30 horas) (3).

A parte prática englobou atendimentos à clientela através de consultas individuais, dinâmicas de grupo, participação em discussões de casos clínicos e visitas a outros serviços.

Quanto ao conteúdo teórico, enfocaram-se os seguintes temas: Adolescência Normal, Crescimento e Desenvolvimento, Desenvolvimento Emocional, Saúde Ocupacional, Saúde Escolar, Sexualidade, Gravidez e Contracepção, Saúde Oral, Esporte e Lazer, Drogadição, DST/AIDS, Família e Sociedade, Epidemiologia da Saúde do Adolescente e Noções Básicas de Organização de Serviços.

No início de cada curso, mediante questionários, avaliaram-se o conteúdo programático, a experiência prévia dos treinandos no trabalho com adolescentes e suas expectativas em relação ao curso proposto. Para tanto, incluíram-se perguntas sobre a adolescência e manejo técnico de questões específicas.

O processo avaliatório final contemplou questões referentes à programação geral, à organização da equipe na recepção dos treinandos e à eficácia do curso quanto ao objetivo de contribuir para a formação de recursos humanos para a implementação de programas de atenção ao adolescente.

TABELA 1. População-alvo do Programa de Capacitação, por categoria e por estado.

Categoria	Estados										Total
	PA	MA	CE	SE	BA	RJ	SP	SC	RGS	DF	
Médicos	01	01	04	01	01	02	02	...	03	...	15
Enfermeiros	...	...	05	...	...	02	...	02	02	...	11
Assist. Sociais	...	...	03	01	01	02	03	...	01	...	11
Psicólogos	...	01	...	02	...	...	04	...	...	01	08
Total	01	02	12	04	02	06	09	02	06	01	45

PA = Pará, MA = Maranhão, CE = Ceará, SE = Sergipe, BA = Bahia, RJ = Rio de Janeiro, SP = São Paulo, SC = Santa Catarina, RGS = Rio Grande do Sul, DF = Distrito Federal.

RESULTADOS

Os 45 treinandos responderam aos formulários de pré-teste entretanto, devido a problemas operacionais, somente 40 responderam ao pós-teste. Oito meses depois da conclusão do último curso, fez-se um levantamento com todos os 45 treinandos, através de contatos telefônicos, obtendo-se uma avaliação inicial do impacto do Programa de Capacitação. Os resultados de cunho objetivo dos pós-testes e a avaliação de impacto serão também apresentados para análise posterior.

Em relação à avaliação global dos cursos (as variáveis Programação Geral e Conteúdo Programático) 58% dos treinandos consideraram a programação geral boa e 53% consideraram o conteúdo programático bom. Quanto à metodologia utilizada para o desenvolvimento do conteúdo programático, os resultados demonstraram que 45% consideraram boa e 13% muito boa.

A variável Coerência Entre as Atividades Desenvolvidas e os Objetivos Propostos, foi considerada muito boa por 36% dos treinandos e 26% a avaliaram como boa. A variável Distribuição das Atividades por Carga Horária de Treinamento foi considerada boa em 43% das avaliações e, com relação ao parâmetro Organização do Serviço, referente ao atendimento aos treinandos, este foi considerado bom por 36% e como muito bom por 10%.

Modalidade de Treinamento em Equipe Multiprofissional, foi considerada muito boa por 41% e boa por 32% dos treinandos. A Supervisão dispensada foi considerada muito boa por 50% e boa por 45%. Quanto ao quesito Contribuição do Curso para a Realidade Profissional, 43% dos treinandos o consideraram bom e 23% muito bom.

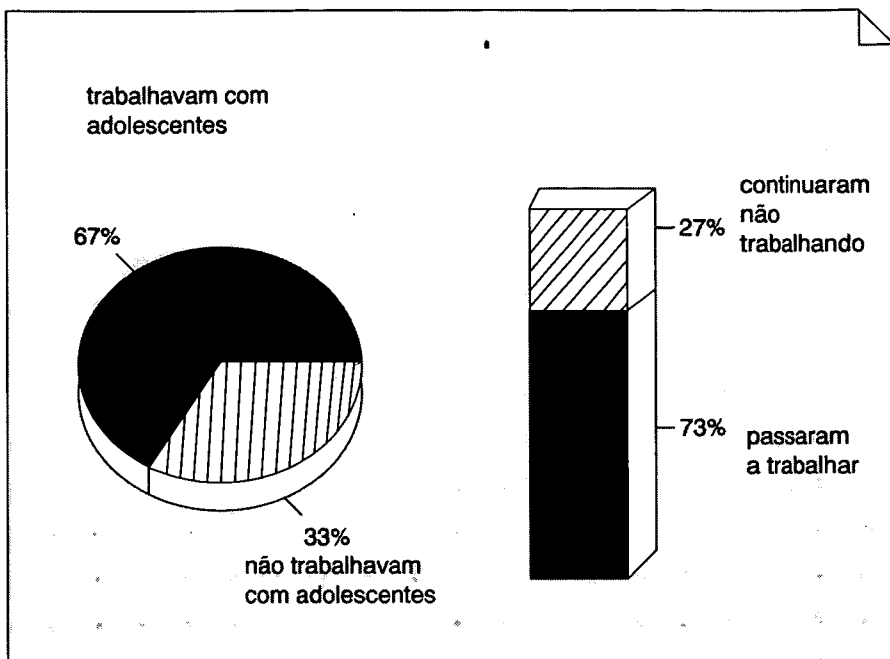
A variável Interação com a Equipe Mutidisciplinar da UCA foi considerada boa por 40% e muito boa por 45%. O parâmetro Interação entre os Treinandos foi considerado como muito bom (65%) e bom (23%). Em relação à Contribuição para o Crescimento Profissional e Pessoal, 62% dos treinandos avaliaram como muito boa e boa.

Oito meses após a conclusão do último curso do Programa de Capacitação (Módulos I e II) realizou-se um levantamento sobre seu impacto na implantação e implementação de ações voltadas para a Atenção Integral ao Adolescente (4).

Pela variável Continuidade do Trabalho de Atendimento ao Adolescente, constatou-se que dos 67% de profissionais que já desenvolviam ações com essa população antes do curso, 93% continuam a exercer atividades com adolescentes. Quanto aos profissionais que antes não desenvolviam trabalhos com adolescentes, 73% passaram a fazê-lo (Gráfico 1).

Do total de profissionais que desenvolvem trabalhos com adolescentes, 69% o fazem a nível assistencial, 23% na coordenação de programas em unidades de saúde e 8% em coordenação de programas estaduais e municipais, sendo que uma profissional participa da coordenação do Programa de Saúde do Adolescente no Ministério da Saúde.

GRÁFICO 1. Avaliação do impacto dos cursos de capacitação.



Fonte: OPAS/UERJ 89/91

N = 45

Dos profissionais que atuam a nível assistencial, 79% o fazem com apoio institucional e 90% desenvolvem o trabalho em equipe multiprofissional.

DISCUSSÃO

O Projeto de Apoio à Implantação e Melhoramento de Programas de Saúde do Adolescente no Brasil teve como meta a capacitação de 30 profissionais — distribuídos nas áreas de Medicina, Enfermagem, Serviço Social e Psicologia — encaminhados por instituições públicas de saúde pertencentes a vários estados do Brasil. Essa meta foi ultrapassada na medida em que se treinaram 45 profissionais em oito cursos.

Embora o programa não se tenha estendido a todo o território nacional, 10 estados brasileiros foram contemplados, o que representa uma abrangência relevante para essa modalidade de treinamento, levando em consideração a pouca disponibilidade de vagas para treinamento durante o desenvolvimento do projeto.

O conteúdo e a programação geral do curso basearam-se na vivência da equipe multidisciplinar em relação à problemática do adolescente assistido no serviço. Ao longo da elaboração do programa, adotaram-

se, como referência, as diretrizes do Programa de Saúde do Adolescente do Ministério da Saúde (PROSAD) (5). Ressalta-se ainda que a programação foi flexível, com adaptações de acordo com as expectativas e avaliações dos treinandos.

Dentre os objetivos do programa de capacitação destaca-se o de preparar profissionais para serem multiplicadores em seus estados de origem possibilitando, assim, que outros profissionais se beneficiem com o repasse dos conteúdos desenvolvidos nos cursos. Face ao aprofundamento, especificidade e carga prática dos cursos em regime tutorial, ou seja, com supervisão direta da equipe e de acordo com dados quantitativos acima citados, considera-se que esse objetivo foi plenamente alcançado.

A metodologia criada com a adequação dos programas docentes-assistenciais aos objetivos dos cursos foi inovadora, na medida em que permitiu aos treinandos acesso ao prontuário do paciente e o intercâmbio de condutas no debate com a equipe da UCA frente à solução dos problemas apresentados pelos adolescentes. Essa abertura para capacitação de profissionais da rede pública em programas universitários é considerada de interesse para os programas governamentais brasileiros (6).

As atividades práticas e a forma como os conteúdos teóricos foram ministrados, corresponderam às necessidades de 80% dos treinandos, sendo avaliadas pela equipe como um dado positivo.

Quanto aos itens de avaliação da eficácia dos cursos, destacam-se os relacionados com a organização do serviço para ministrá-los, a modalidade do treinamento e a supervisão dispensada aos treinandos. Os resultados obtidos na avaliação desses parâmetros demonstraram que os cursos superaram as expectativas iniciais o que, em última instância, permitiu o alcance dos objetivos de capacitação em atendimento integral ao adolescente.

Embora os cursos tenham sido considerados complexos em relação à realidade profissional dos treinandos, a avaliação satisfatória, no que se refere ao seu crescimento pessoal e profissional, indica que o substrato teórico-prático para a implantação e implementação dos programas locais foi ministrado.

Incluiu-se entre os objetivos do curso a promoção da troca de experiências entre profissionais em torno da temática adolescência. A avaliação da interação dos treinandos entre si e com a equipe da UCA demonstra que o relacionamento foi favorável, atingindo este objetivo.

O desenvolvimento deste projeto contribuiu para uma maior organização dos programas de ensino da UCA, principalmente na modalidade de treinamento em pós-graduação. Essa experiência permitiu também novas formas de cooperação técnica de um serviço universitário com órgãos governamentais estaduais e municipais, conforme preconizado por Cordeiro e Jadresic (7, 8).

A forma de apresentação dos cursos em dois módulos significou um desafio para a Unidade Clínica de Adolescentes/UERJ e a Secretaria

de Saúde do Estado de São Paulo/Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente. O processo de interação de trabalho entre ambas as instituições permitiu o desenvolvimento de cursos complementares, abrangendo a atenção primária e secundária e contribuindo de forma significativa para a capacitação dos profissionais.

A sistematização de uma metodologia de avaliação dos cursos parte do Módulo I, possibilitou uma melhor adequação dos objetivos propostos, o que ficou constatado nos resultados anteriormente citados.

Com base nos dados referentes ao impacto do projeto, concluiu-se que os cursos desenvolveram-se de forma efetiva e eficiente colaborando com a implementação de programas de atenção ao adolescente, conforme as diretrizes do PROSAD.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Secretária Executiva da Unidade Clínica de Adolescentes, Maria das Graças Borges, pela revisão do texto e elaboração gráfica dos dados estatísticos.

REFERÊNCIAS

- 1 Ruzany, M.H. et al. Unidade Clínica para adolescentes: practica precursora en la atención hospitalaria. *La salud del adolescente y el joven en las Américas*. Publicación Científica Nº 489, Washington, D.C., Organización Pan-Americana da Saúde 1985;327-332.
- 2 Projeto de apoio à implantação e melhoramento do Programa de Saúde do Adolescente, Convênio OPAS/UERJ — Unidade Clínica de Adolescentes, janeiro de 1990, Rio de Janeiro. [Documento mimeografado.]
- 3 Relatório do Projeto de Apoio à Implantação e Melhoramento do Programa de Saúde do Adolescente no Brasil — Convênio OPAS/UERJ, Unidade Clínica de Adolescentes, outubro de 1990, Rio de Janeiro. [Documento mimeografado.]
- 4 Dados apresentados no Encontro para Planejamento dos Cursos de Multiplica-
- dores, Convênio OPAS/Ministério da Saúde/ Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, outubro de 1991, Brasília, DF.
- 5 Programa Saúde do Adolescente — Bases Programáticas, Ministério da Saúde/ DINSAMI, novembro de 1990, Brasília, DF.
- 6 Fernandez, R.A. e Barahonda, R.A. Educación Permanente de Pessoal de Salud. La experiencia de Costa Rica. *Educ Med Salud* 1991; 25(2):167-177.
- 7 Cordeiro, H., Cruz, V.O. Programa de Capacitação de Recursos Humanos para Municipalização de Saúde. Divulgação em Saúde para Debate. ISSN, 0103-4383, setembro de 1989; 64-65.
- 8 Jadesic, A. El personal de salud y los principios que sustentan la meta de salud para todos en el año 2000. *Educ Med Salud* 1991;25(4).

DOCUMENTO

DECLARACIÓN DE URUGUAY SOBRE EDUCACIÓN MÉDICA

Las Facultades y Escuelas de Medicina y las asociaciones integradas en la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM) y la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM), respectivamente, luego de un amplio debate en el marco del *Encuentro Continental de Educación Médica*, con la participación activa de centenares de educadores médicos, representantes de los servicios de salud y estudiantes de medicina,

Considerando: que las significativas transformaciones políticas y económicas, y especialmente la reforma del sector salud, iniciadas por la mayoría de los países del Continente no se han reflejado positivamente en el desarrollo de condiciones de vida de manera de promover con equidad mejoras en la situación de salud de nuestras poblaciones.

Y que en este mismo marco el médico y el equipo de salud vienen adoptando formas de ejercicios profesionales subordinadas a los mecanismos de mercado no aplicables directamente en el campo de la salud, con el agravante inaceptable de la segmentación social de la formación ajustada a diferencias del poder adquisitivo entre sectores sociales.

Conscientes: de la insuficiencia de los esfuerzos desarrollados por las diferentes entidades ligadas a la educación médica que no han producido cambios concretos de la posición de las escuelas frente a los desafíos provocados por la necesidad de salud, el agravamiento del cuadro social, y el desarrollo de nuevos conocimientos, tecnologías y procesos.

Expresan

Un compromiso: de orientar la formulación de un nuevo paradigma que revalorice la salud contemplando sus aspectos biológicos y sociales, para la construcción de un desarrollo humano sustentable y comprometido con las próximas generaciones.

Una convocatoria: para la implementación de las transformaciones necesarias que aseguren una formación médica de la más elevada calidad

en términos técnicos y de relevancia social y una posterior incorporación a modelos asistenciales humanizados y equitativos.

Una demanda: de movilización de la Universidad para, a partir de una concepción ética de la vida, poder cumplir con el nuevo contrato social que reconstruya las bases solidarias del ejercicio profesional y reduzca las diferencias sociales favoreciendo la cobertura universal y la justicia social.

Punta del Este, Uruguay, 14 de octubre de 1994

NOTICIAS

TOMA POSESIÓN EL NUEVO DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, DR. GEORGE A. O. ALLEYNE

En una solemne ceremonia celebrada el 31 de enero de 1995 en el salón de conferencias de la sede de la Organización Panamericana de la Salud, en Washington, D.C., el Dr. George A. O. Alleyne tomó posesión del cargo de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. El Dr. Alleyne, natural de Barbados, fue elegido el 28 de septiembre de 1994, durante la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana, por un período de cuatro años a partir del 1 de febrero de 1995.

El acto fue presidido por el Dr. Jesús Kumate Rodríguez, Presidente de la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana y Secretario de Salud de México, y asistieron a él miembros del Cuerpo Diplomático, representantes de los Gobiernos Miembros de la OPS y funcionarios de la Organización.

Ocuparon la Mesa de Honor, además del Dr. Kumate, el Dr. Hiroshi Nakajima, Director General de la Organización Mundial de la Salud, el Dr. Alleyne, y el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director Emérito de la Oficina.

Al comenzar la ceremonia, el Dr. Nakajima rindió homenaje al Dr. Guerra de Macedo por la labor realizada durante sus doce años de mandato como Director de la OSP y expresó su confianza en que el Dr. Alleyne continuará llevando a la Oficina por el camino del éxito en su colaboración con los Gobiernos.

Seguidamente, el Dr. Kumate, en su calidad de Presidente de la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana, tomó juramento al nuevo Director, quien prometió solemnemente ejercer con toda lealtad, discreción y conciencia las funciones que se le han confiado, desempeñar esas funciones y regular su conducta guiado solamente por los intereses de la Organización, y no solicitar ni aceptar instrucciones, en lo que respecta al cumplimiento de sus deberes, de ningún gobierno ni de otra autoridad ajena a la Oficina.

Habiendo ya prestado juramento, el Dr. Alleyne se dirigió a la concurrencia y agradeció su presencia al Dr. Nakajima, al Dr. Macedo, a los Embajadores y Representantes de organismos internacionales, a los colegas de la OSP, así como a su esposa y demás familiares y expresó su reconocimiento al Dr. Kumate por haberle otorgado el juramento. Asi-

mismo, rindió homenaje a su predecesor, el Dr. Guerra de Macedo, y al Dr. Robert Knouss, Director Adjunto saliente, por sus valiosos aportes a la Organización.

Entre las numerosas ideas expuestas por el Director en su alocución cabe destacar las siguientes.

Al referirse al gran principio que sustenta el trabajo de la Organización señaló:

Representamos una empresa cooperativa de salud en el continente y hemos decidido trabajar juntos para mejorar la salud de todos los pueblos de las Américas. El propio interés y el interés mutuo deben ser nuestro rasgo distintivo y nuestra fuente de estímulo.

También destacó la importancia del lema Salud para Todos y dijo que:

Este es el segundo gran principio de los valores que debe sustentar por siempre el trabajo de esta Organización. Tenemos que ser adalides en la búsqueda de esa equidad y esa justicia social que se expresa en la Salud para Todos.

Refiriéndose al trabajo de la Organización, los Países Miembros y la Oficina, el Dr. Alleyne expresó:

Nuestro primer cometido es dejar claro a todos que si nos concentramos única y exclusivamente en una visión estrecha de lo que debe ser la salud, y no vemos más que las causas de la enfermedad, estaremos cometiendo una injusticia con nuestros pueblos. Debemos abjurar para siempre el concepto mecanicista de la salud desprendido del reduccionismo, que dio buen resultado a Descartes y a Newton pero que ya no surte efecto. Tenemos que reiterar una y otra vez que la búsqueda de la salud es simplemente otro aspecto de la eterna lucha por el desarrollo humano.

Destacó también la necesidad de que la OPS mantenga vínculos múltiples y procure que otros sectores participen en la corrección de las principales inequidades que dañan la salud.

Refiriéndose a la importancia de la información para cumplir las tareas de la OPS, el Dr. Alleyne manifestó:

Es imprescindible que nuestros países cuenten con la información que les permita demostrar claramente dónde radican las inequidades, qué grupos y zonas están en desventaja y, en fin, cumplir con la función fundamental de la epidemiología: obtener pruebas de aquello que se cierne sobre nuestros pueblos.

Por otra parte, señaló que prestará especial atención a lo relativo a las vacunas, a la reforma de los sistemas de salud con énfasis en el financiamiento y la organización de los servicios, a los adolescentes, y al ambiente.

Citó las siguientes palabras de Arístides Moll, uno de los partidarios incondicionales de la Organización escritas hace cincuenta años en su libro *Esculapio en América Latina*:

El panamericanismo en la medicina y la salud pública es una realidad, no un ideal, que se extiende al pasado, está creciendo en el presente y debería tener un futuro comprometedor, si sus partidarios se rigen por el sentido común y la capacidad de juicio.

Al respecto manifestó que el número de partidarios está aumentando, y que durante sus cuatro años de mandato se empeñará en dirigir a quienes forman parte de esta Secretaría de manera tal que su sentido común y su capacidad de juicio garanticen el futuro de ese ideal.

El Dr. Alleyne terminó su discurso con una expresión jamaicana de su especial agrado porque dice mucho en pocas palabras:

¡Sigán el buen camino, amigos, sigan el buen camino!

Y subrayó:

Y deseo esto no solo por el bien de ustedes, sino por el mío propio.

ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO DEL EQUIPO LOCAL DE SALUD “UNA EXPERIENCIA EN CONSTRUCCIÓN”

Desde 1992 PASCAP ha venido generando y difundiendo en la Subregión la propuesta de Análisis del Desempeño del Equipo Local de Salud, la cual se fundamenta en la gestión colectiva del trabajo como fuente que genera y facilita transformaciones en la práctica de los servicios de salud, construyéndose así un proceso de autoanálisis colectivo de la calidad del trabajo y del trabajador de salud. Este tipo y calidad de gestión implica implementar cambios en la organización de los procesos de trabajo vigentes en la mayoría de los servicios de salud, tornar la modalidad individual del trabajo en verdaderos y funcionales equipos de trabajo. Es, en resumen, un replanteamiento del cómo se ha concebido y ejecutado el quehacer en salud.

En la actualidad, se desarrollan distintos tipos de servicios de salud en las provincias de Santiago, Barahona, Espaillat y Peravia, en la República Dominicana; en el Departamento de Colón, en Panamá; en los SILAIS de León, Central y Occidental, en Nicaragua; en las regiones Central Sur, Chorotega y Huetar Norte, en Costa Rica. Asimismo, están en etapa de des-

pegue otros procesos en Guatemala, Honduras y El Salvador. Los resultados obtenidos de estas experiencias prácticas son altamente satisfactorios. Debe reconocerse de ellos los distintos grados de desarrollo en la compenetración del personal con la misión institucional, con sus propios problemas y con la apropiación del proceso de trabajo para su transformación. Eso ha puesto en evidencia que en la estructura de los servicios de salud los trabajadores se vuelvan actores protagónicos cuando comparten el compromiso con la salud de la población, comprenden las causas de la alienación del trabajo en salud, y toman conciencia de que el desarrollo del personal trasciende al énfasis instructivo y cognoscitivo para impactar en el ámbito socio-afectivo, lo que sin duda reorienta las formas de pensar y actuar en salud.

Con el propósito de contribuir a la conducción de estos procesos, con lo que se espera en corto tiempo una mayor cobertura y aplicación en los niveles locales, PASCAP ha diseñado y pone a disposición de los países una serie de cinco volúmenes donde se presenta y explica conceptual y operativamente la propuesta de Análisis del Desempeño del Equipo Local de Salud.

Los volúmenes editados constituyen solo una guía para desarrollar esas fases, por lo que los grupos en los servicios de salud tienen libertad de adecuar la modalidad de su aplicación. La flexibilidad y la creatividad deben ser principios que prevalezcan en su implementación para generar procesos propios y legítimos que garanticen su permanencia e incorporación al trabajo cotidiano de los servicios de salud.

Con este material didáctico PASCAP hace factible el desarrollo del personal en los servicios y viabiliza el mandato de los Ministros de Salud y Presidentes de la Seguridad Social de la RESSCA de 1992 y 1993, así como la decisión de los directores generales de salud y gerentes médicos de las instituciones de la seguridad social de implementar en forma extensiva el análisis del desempeño, acordada en el seno del Consejo Técnico Asesor de PASCAP en sus reuniones de 1993 y recientemente en 1994 en el Foro Centroamericano de Desarrollo de Recursos Humanos en la Reforma del Sector Salud, celebrado en ocasión del 15 aniversario de PASCAP.

Los interesados en adquirir esta serie pueden dirigirse a: PASCAP/OPS/OMS, Apartado 942-1000, San José, Costa Rica.

CONVOCATORIA DE INVESTIGACIÓN EN RECURSOS HUMANOS PARA ARGENTINA, BRASIL, CHILE, PARAGUAY Y URUGUAY

La Coordinación de Investigaciones en Salud y el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, en colaboración con el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Estadual de Londrina, Brasil, invitan a los investigadores de las

ciencias de la salud, ciencias sociales, administrativas y económicas que se encuentran vinculados a instituciones públicas, privadas y académicas de los países de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay a presentar propuestas sobre proyectos de investigación.

El tema a tratar será "Gestión de recursos humanos, calidad y productividad en salud". Se entiende por gestión de recursos humanos al conjunto de estrategias, técnicas y procedimientos relativos a la administración, organización del trabajo, capacitación y manejo de las relaciones laborales del conjunto del personal que trabaja en un sistema o servicio de salud. En ese marco de reformas sectoriales, y en la búsqueda de objetivos de equidad, el desarrollo de estilos e instrumentos de gestión de recursos humanos, como ha sido definida, devienen en medios estratégicos para el cambio de los servicios hacia la calidad y la productividad.

El objetivo que se persigue mediante esta convocatoria es contribuir a la producción de conocimiento e informaciones sistemáticas para promover y desarrollar el diseño, la ejecución y la evaluación de transformaciones e innovaciones en gestión de recursos humanos para el incremento de la calidad y la productividad en los servicios de salud.

Los trabajos presentados deberán ser de tipo analítico-explicativos, con enfoques y metodologías que persigan resultados de aplicación general y que se articulen a ejes de desarrollo científico. Tendrán prioridad aquellas investigaciones que generen nuevos conocimientos y que ofrezcan posibilidades viables de intervención. También se aceptarán investigaciones de nuevos desarrollos conceptuales y metodológicos que representen aportes e innovaciones en el campo y que puedan virtualmente validarse y evaluarse en contextos concretos.

Las propuestas pueden ser presentadas por profesionales de las ciencias de la salud, ciencias sociales, administrativas y económicas que tengan demostrada formación y experiencia en investigación sobre la temática objeto del estudio. El investigador principal deberá ser auspiciado por una institución gubernamental, no gubernamental o académica, que certifique su apoyo para realizar la investigación. Se aceptarán protocolos de investigación por un monto que no exceda de US\$ 25.000 y de un tiempo de duración no mayor de dos años.

Para solicitar los términos de referencia de la presente convocatoria y los formularios y guías contenidos en el Manual sobre Políticas, Normas y Procedimientos del Programa de Subvenciones para la Investigación en Salud (PSI), documento OPS/HDP/HDR/94.6, los interesados deberán dirigirse a las Oficinas de la OPS/OMS en los países respectivos o al Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Estadual de Londrina en la siguiente dirección: Núcleo de Estudios en Salud Colectiva, Avenida Roberto Koch, 60 - Londrina - Paraná, Brasil. Cep 86038-440, fax 55(0)43-337-5100/336-0630.

Los formularios y el protocolo de investigación deberán ser remitidos directamente a la sede de la Organización Panamericana de la Salud

a la siguiente dirección: Dra. Rebecca de los Ríos, Coordinación de Investigaciones en Salud, Convocatoria de Investigación sobre Recursos Humanos, 525-23rd Street, NW., Washington, DC. 20037, Estados Unidos de América. La fecha de entrega límite para recibir las solicitudes será el 30 de julio de 1995.

Para cualquier información adicional los interesados podrán dirigirse a: Dr. Pedro Brito, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Organización Panamericana de la Salud, 525-23rd Street, NW., Washington, DC. 20037, Estados Unidos de América, teléfono 001-202-861-3295, e:mail internet:britope@paho.org; o al Dr. Luiz Cordoni Jr., Núcleo de Estudios en Salud Colectiva, Universidad Estadual de Londrina, Av. Roberto Koch, 60, Londrina-Paraná, Brasil, CEP 86038-440, fax 55(0)43-337-5100/336-0630.

BECAS DE FORMACIÓN AVANZADA PARA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA, 1995–1996

Con el objetivo de fortalecer la capacidad de investigación en salud pública en los países de América Latina y el Caribe, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desarrolló en 1994 las Becas de Formación Avanzada para Investigadores en Salud Pública. Esta iniciativa, la cual fue establecida como programa piloto, busca preparar futuros líderes en salud pública ofreciéndoles las condiciones para adquirir una formación avanzada en este campo y la posibilidad de apoyo adicional para la implementación de un proyecto de investigación. Se pretende impactar el proceso de toma de decisiones sobre política de salud en los países de la Región a través de la promoción de la investigación aplicada y apoyo a investigadores e instituciones de investigación.

El concurso de 1994 tuvo veinticuatro candidatos de los cuales nueve fueron seleccionados como becarios. Estos nueve investigadores, procedentes de Colombia, Cuba, Guatemala, Jamaica, Nicaragua y Uruguay, actualmente continúan sus estudios de posdoctorado en universidades reconocidas de los Estados Unidos, Canadá e Inglaterra. Los proyectos de investigación cubren áreas tan diversas como el SIDA, la nutrición, la salud de la mujer, la violencia, la evaluación de intervenciones en salud pública y la salud de los adolescentes, entre otros.

Dado el éxito del programa, la OPS entró en discusiones con el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID) del Canadá para invitarlos a colaborar en el proyecto. El programa de Becas de Formación e Investigación en Salud Pública para el año 1995–1996 será el fruto de esta colaboración con la participación de las Representaciones de la OPS/OMS en distintos países de la Región.

El programa se desarrollará en dos fases, distintas en términos de tiempo y lugar pero secuenciales e íntimamente relacionadas.

Durante la primera fase, los candidatos seleccionados recibirán una beca (máximo US\$ 25.000) la cual les permitirá pasar un año en una institución de excelencia fuera de su país de residencia. Siguiendo un programa de estudio tipo posdoctorado, el becario desarrollará un protocolo de investigación bajo la supervisión de un profesor o investigador de dicha institución y con la asistencia técnica de la OPS y el CIID.

La segunda fase consiste en la implementación del proyecto de investigación con una reconocida institución en el país de residencia. Los fondos para la segunda fase —sujetos a aprobación por el Comité Revisor— incluirán una visita del profesor-investigador de la institución de estudio al proyecto.

Para efectos de esa iniciativa, la investigación en salud pública comprende el análisis de la situación de salud de una población y las respuestas sociales para su mejoramiento. Se dará prioridad a la investigación aplicada especialmente dirigida a la toma de decisiones. En las áreas de prioridad se incluyen la economía de la salud, los sistemas de salud y los servicios de salud. Se excluye la investigación clínica y biomédica.

Los candidatos deben ser residentes de América Latina o del Caribe y haber finalizado los estudios a nivel de maestría en cualquiera de las áreas relacionadas con la investigación en salud pública, incluyendo las ciencias sociales aplicadas a la salud. Deben poseer experiencia relevante en investigación y haber demostrado capacidad de liderazgo. Además, tienen que estar vinculados funcionalmente a una institución de investigación reconocida en su país de residencia y tener un ante-proyecto acreditado por la misma. La selección de los candidatos estará basada en criterios relativos al candidato, a la institución de origen y a la institución de estudio. La fecha límite para recibir las solicitudes será el 15 de junio de 1995.

Para obtener mayor información, los candidatos interesados deberán dirigirse a la Oficina de la Representación de la OPS/OMS en su país, o a la siguiente dirección: Annella Auer, Becas de Formación Avanzada para Investigación en Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud, 525-23rd Street, NW, room 627, Washington, DC 20037, teléfono: (202) 861-3283, fax: (202) 223-5971.

ENCUENTRO CONTINENTAL DE EDUCACIÓN MÉDICA "EDUCACIÓN, PRÁCTICA MÉDICA Y NECESIDADES SOCIALES. HACIA UNA NUEVA VISIÓN DE CALIDAD"

La urgente necesidad de una reflexión crítica sobre la educación médica en América Latina que lleve a profundos cambios en las escuelas de medicina de la Región, es actualmente uno de los principales puntos de debate en muchos países.

En este contexto la Organización Panamericana de la Salud promovió y organizó junto a la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM), la Asociación Latinoameri-

cana de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM) y la Facultad de Medicina de la Universidad del Uruguay, el Encuentro Continental de Educación Médica que se celebró en Punta del Este, Uruguay, del 10 al 14 de octubre de 1994. El Programa de Desarrollo de Recursos Humanos dio gran prioridad a esta actividad y concentró muchos recursos y un gran esfuerzo en su realización. El evento representó la culminación de tres años de intenso trabajo.

Aprovechando un momento político inédito de existencia de relaciones armoniosas entre ALAFEM y FEPAFEM, y teniendo en cuenta que durante la reunión conjunta "Universidad y Salud de la Población" celebrada en La Habana en 1991, ALAFEM convocó su conferencia para finales de 1993 en Uruguay, la OPS optó como una de sus prioridades el apoyo a la realización de la reunión de Punta del Este.

En decisión conjunta con las dos asociaciones se decidió que el tema sería "Educación, práctica médica y necesidades sociales. Hacia una nueva visión de calidad", y se preparó un documento de proposición para promover su discusión. En este documento se tomaron en cuenta elementos de la evaluación externa de las escuelas y sus procesos educacionales y de la planificación estratégica y la aplicación de la metodología de gestión de calidad, como contribuciones al perfeccionamiento de la educación médica en el continente.

La reunión contó con el auspicio de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL), de la Federación Mundial para la Educación Médica (WFME) y de la Comisión Regional para la Enseñanza Superior en América Latina y el Caribe (CRESAL-UNESCO). El encuentro fue declarado de interés nacional por el gobierno del país. Participaron cerca de 500 docentes, estudiantes, egresados y dirigentes universitarios de facultades y escuelas de América Latina, así como funcionarios y representantes de ministerios de salud y de otros sectores del gobierno.

Luego de la sesión inaugural que contó con las presentaciones del entonces Subdirector de la OPS Dr. George Alleyne, actual Director, y del Dr. Louis Emmerij del Banco Interamericano de Desarrollo, se inició el encuentro.

Se trataron temas como "Educación, práctica médica y necesidades sociales", "Gestión de la calidad de la educación médica" y "Un mandato de calidad". La propuesta de la OPS sobre gestión de la calidad de la educación médica fue objeto de un análisis crítico y de amplia discusión por parte de los grupos.

La reunión concluyó con la aprobación unánime de la Declaración de Uruguay que se publica en la sección Documentos de este número de *Educación Médica y Salud*.

Si hubiera que señalar los indicadores del éxito del encuentro habría que resaltar la participación masiva de instituciones, la calidad de los documentos presentados y el entusiasmo de los participantes en los debates. También debe señalarse que la propuesta presentada de conju-

gación de evaluación externa, planificación estratégica y gestión de calidad encontró gran acogida por parte de los asistentes.

El hecho de que Argentina y Colombia estén promoviendo activamente y en sana competencia la realización de la próxima cumbre mundial sobre educación médica que se celebrará en 1995, y que varias asociaciones nacionales hayan cambiado las agendas de sus encuentros para introducir el tema de la reunión de Punta del Este, es también un indicador del gran éxito obtenido mediante el Encuentro Continental de Educación Médica.

*E*DUCCIÓN MÉDICA Y SALUD

Revista trimestral de la Organización Panamericana
de la Salud publicada bajo la responsabilidad técnica del
Programa de Desarrollo de Recursos Humanos

INFORMACIÓN A LOS AUTORES E INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE MANUSCRITOS

I. Política editorial

Educación Médica y Salud es una revista especializada de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), creada en 1966 y orientada a la divulgación de temas y problemas relacionados con el desarrollo de recursos humanos en salud. Sus artículos se seleccionan mediante el método de arbitraje por expertos en la materia. La revista promueve el encuentro multidisciplinario y democrático para el debate y la difusión de cuestiones importantes sobre recursos humanos y de ideas nuevas, creativas y de avanzada, potencialmente transformadoras de la situación actual en ese campo.

Su propósito es dar a conocer los diversos puntos de vista, experiencias válidas y propuestas estratégicas que sobre los recursos humanos generan las instituciones y los actores relacionados con la salud en la Región de las Américas. De preferencia difunde trabajos originales tratados con una perspectiva integral y que incorporen elementos de las ciencias sociales para la interpretación y explicación de los problemas que abordan. Al orientarse a temas cuyo objeto de estudio central es el recurso humano en salud y sus prácticas técnicas y sociales en el contexto de los cambios sociales y sectoriales que ocurren en la Región, promueve en ellos un tratamiento integral que comprende, entre otras, las dimensiones educativa, laboral, política, económica, cultural e ideológica del conocimiento.

Solamente son considerados para publicación en la revista artículos originales. Las opiniones expresadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la OPS ni de sus Gobiernos Miembros.

II. Contenido general

Los autores de *Educación Médica y Salud* deben orientar sus artículos hacia una audiencia internacional y multiprofesional tan amplia y diversa como el campo de desarrollo de recursos humanos: educadores, investigadores, planificadores, administradores y dirigentes de los servicios, dirigentes gremiales y de sociedades científicas, estudiantes de ciencias de la salud y personal de salud en general. Se trata de una audiencia interesada tanto en la historia como en el presente y el futuro de los recursos humanos de salud y en las transformaciones sectoriales en marcha.

Por ello interesa especialmente publicar informes de estudios e investigaciones que aporten nuevos conocimientos y datos sobre la situación actual y las tendencias de los procesos de definición de políticas, planificación, formación, utilización del personal y regulación de los procesos sociales e institucionales que implica el desarrollo del personal en cada uno de los países y en la Región como un todo. Las descripciones y los análisis de experiencias exitosas con el objetivo de mejorar la calidad de la formación y del desempeño del personal tienen un espacio en la sección Reseñas, y la información sobre eventos importantes por sus temas, objetivos y la audiencia que convocan se publica en las secciones Noticias y Documentos.

III. Criterios para la aceptación de manuscritos

Educación Médica y Salud se reserva el derecho legal de reproducción del contenido. Los manuscritos aprobados para publicación se aceptan con el entendimiento de que no han sido publicados, parcial o totalmente, en ninguna otra parte y que no lo serán después sin autorización expresa de la OPS.

La selección de material propuesto para publicación se basa en los siguientes criterios:

- Pertenencia del tema al campo teórico del desarrollo de recursos humanos o relación clara con las cuestiones que abarca.
- Prioridad y pertinencia del tema para la orientación que han definido la OPS y sus Gobiernos Miembros sobre desarrollo de recursos humanos.
- Solidez científica, originalidad, actualidad y oportunidad del conocimiento o de la información que se presenta. El tratamiento interdisciplinario es condición básica de los trabajos.
- Posibilidad de que la experiencia presentada sea aplicable en el ámbito regional y no solamente en el lugar de origen.
- Respeto por los pueblos y los Gobiernos Miembros de la OPS que los representan.

Es importante que el trabajo tenga una estructura apropiada (es decir, la forma de abordar el problema planteado), ya que las fallas en este aspecto pueden invalidar la información presentada y son la causa más frecuente de rechazo de artículos.

IV. Guía abreviada para la preparación de artículos

1. Los artículos enviados para publicación serán inéditos, y así han de permanecer hasta que se publiquen en *Educación Médica y Salud*. La Organización Panamericana de la Salud se reserva todos los derechos de reproducción total o parcial del material aceptado.

2. Los manuscritos originales, escritos en español, francés, inglés o portugués, se remitirán a: Dr. Pedro Brito, Editor, *Educación Médica y Salud*, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud/HSR, Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037-2895

3. Los manuscritos no excederán de 15 hojas (20 × 28 cm) escritas a máquina. Cada una tendrá como máximo 25 líneas a doble espacio con márgenes superior e inferior de 4 cm. Cada línea no excederá de 70 caracteres y los márgenes derecho e izquierdo tendrán como mínimo 3 cm. El original se acompañará de dos copias con su respectivo diskette en WP51. En el caso de traducciones se anexará copia del material en el idioma original.

4. La OPS se reserva el derecho de aceptar o rechazar los trabajos recibidos de acuerdo con las recomendaciones del arbitraje editorial. También se reserva el derecho de realizar la revisión editorial pertinente, incluso la condensación u omisión de parte del texto, cuadros, figuras y anexos.

5. El título del trabajo será lo más breve posible. Los nombres del autor y de los coautores se pondrán a continuación del título del trabajo. Luego se anotará el nombre de la institución a que pertenecen. Debe proporcionarse asimismo la dirección postal del autor principal.

6. La lista de referencias o la bibliografía se acompañarán en página aparte, al final del artículo, y tendrán este orden: apellido e iniciales del nombre de todos los autores; título del trabajo o del libro en su idioma original; nombre completo de la revista, casa editorial, o institución que representa; volumen, páginas, fecha y lugar de publicación (ciudad y país). Las referencias deben aparecer en el texto por orden numérico consecutivo (números arábigos entre paréntesis), que será el mismo orden en que se agruparán al final del trabajo. La bibliografía que no se mencione en el texto aparecerá en orden alfabético al final.

7. Cada figura y cuadro con su leyenda y título respectivo se incluirá en página aparte, numeradas consecutivamente y agrupadas al final del trabajo. En el texto se incluirá la mención correspondiente.

8. Los originales no se devolverán en ningún caso. El autor recibirá gratis 10 ejemplares del número en que aparece su artículo y una suscripción de un año a la revista.

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN A EDUCACIÓN MÉDICA Y SALUD

A partir de 1995 la Organización Panamericana de la Salud ofrecerá un precio especial a todas las instituciones interesadas en recibir *Educación Médica y Salud*. Además, a todos los lectores de la revista que deseen suscribirse o renovar su suscripción por dos y tres años se les dará 10% y 15% de descuento, respectivamente. Si Ud. tiene alguna pregunta referente a su suscripción puede comunicarse con el Programa de Publicaciones de la OPS al teléfono (202) 293-8130.

Los precios de suscripción (sin el descuento) son los siguientes:

	Suscripciones a individuos (US\$)*		Suscripciones a instituciones (US\$)**	
	Superficie	Correo aéreo	Superficie	Correo aéreo
Canadá	23	48	46	71
Estados Unidos	23	48	46	71
México	23	48	23	48
América Central, Caribe y América del Sur	23	48	23	48
Europa	23	48	46	71
Otros países	23	48	46	71

* Para lectores particulares de *Educación Médica y Salud*.

** Para bibliotecas, colegios, universidades, hospitales y otras instituciones que hacen posible que *Educación Médica y Salud* llegue a diversos lectores.

Para mayor facilidad puede ordenar su suscripción utilizando el formulario que está al reverso de la hoja donde aparece la etiqueta con su dirección.

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

ORGANIZACIÓN 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, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela. **Gobiernos Participantes:** Francia, Reino de los Países Bajos, Reino Unido.

Cuerpos Directivos: Conferencia Sanitaria Panamericana (reunión cuatrienal), Consejo Directivo (reunión anual), Comité Ejecutivo (dos reuniones ordinarias al año).

Oficina Sanitaria Panamericana: Dr. George A. O. Alleyne, Director; Dr. David Brandling-Bennett, Director Adjunto; Dra. Mirta Roses, Subdirectora.

EL SUJETO Y LA ACCIÓN EN LA SALUD
PÚBLICA • A REFORMA SANITARIA E
LOS RECURSOS HUMANOS DOS SERVICIOS
LOCAIS DE SAÚDE • LAS INNOVACIONES
EDUCATIVAS EN LA FORMACIÓN DE PERSONAL
DE SALUD EN MÉXICO • ELEMENTOS PARA
EL ANÁLISIS DE LAS INNOVACIONES EN
LA EDUCACIÓN MÉDICA MEXICANA •
CONCEPTO, ACTORES Y VARIABLES DEL
MERCADO DE TRABAJO MÉDICO • PROMOCIÓN
DE LA SALUD Y EQUIDAD • RESEÑAS •
DOCUMENTO • NOTICIAS

