

Volumen 29, Nos. 3-4
Julio/diciembre 1995

Educación Médica y Salud

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

Educación Médica y Salud

Volumen 29, Nos. 3-4
Julio/diciembre 1995

FORMACIÓN DE PERSONAL DE SALUD

- 243 **Los desafíos del desarrollo: la actividad científica como eje de la formación del personal de salud.** *Agustín Lage*
- 257 **Razonamiento médico: factores y condiciones de la resolución de problemas como estrategia de enseñanza-aprendizaje.** *Ana María Rancich y Ana Candreva*

REFORMA DEL SECTOR SALUD

- 270 **La reforma del sector salud.** *Pablo Isaza Nieto*
- 286 **Reforma de los sistemas de salud: ¿Qué puede aportar Europa occidental a Latinoamérica?** *Alberto Infante y Ernesto Gozzer*

RECURSOS HUMANOS Y SERVICIOS DE SALUD

- 304 **Revisión conceptual: ¿Estarán preparados los hospitales latinoamericanos y del Caribe para la reingeniería?** *Humberto de Moraes Novaes*

RESEÑAS

- 321 **Maestría en salud pública de Cuba. Una experiencia en la formación avanzada en salud.** *Nereida Rojo Pérez y Luis Carlos Silva Aygaguer*
- 331 **Estudio de los programas de especialización y maestría en enfermería en América Latina.** *María da Gloria Miotto Wright y Nelly Garzón Alarcón*

DOCUMENTO

- 344 **Grupo de Trabajo sobre Educación Permanente en Salud**
- 360 **NOTICIAS**
- 364 **Índice del Volumen 29 (1995)**

E EDUCACIÓN MÉDICA Y SALUD

ISSN 0013-1091

© Organización Panamericana de la Salud 1995

Información general. EDUCACIÓN MÉDICA Y SALUD es una revista especializada 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.

El Comité Editorial de EDUCACIÓN MÉDICA Y SALUD está integrado por el Dr. Rodrigo A. Barahona (Presidente), Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS; el Dr. Pedro Brito (Secretario), Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS; la Dra. Judith Navarro, Oficina de Publicaciones y Servicio Editorial, OPS; el Dr. Jean Pillet, Banco Mundial, el Dr. Carlos Martini, American Medical Association, y el Ing. Horst Otterstetter, División de Salud y Ambiente, OPS.

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

Derechos de reproducción. EDUCACIÓN MÉDICA Y SALUD se reserva todos los derechos legales de reproducción del contenido. Los manuscritos aprobados para publicación se aceptan en el entendimiento de que no han sido publicados, parcial o totalmente, en ninguna otra parte y de que no lo serán sin la autorización expresa de la OPS. Las publicaciones de la OPS están protegidas por el Protocolo No. 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor. Sin embargo, para fines educativos y de divulgación científica se autoriza la reproducción y traducción de trabajos publicados, siempre y cuando se cite la fuente y se envíen al Servicio Editorial ejemplares de las publicaciones que contengan los textos reproducidos.

Suscripciones. EDUCACIÓN MÉDICA Y SALUD se publica trimestralmente. Precio de la suscripción anual: US\$ 30,00. Los ejemplares sueltos y números anteriores: US\$ 10,00. Los precios indicados incluyen envío por correo ordinario. Los interesados en entrega por vía aérea deben pedir la información pertinente para su país. Las solicitudes de suscripción deben dirigirse al Programa de Publicaciones a la dirección postal abajo indicada.

Dirección postal: Organización Panamericana de la Salud, Programa de Publicaciones (DBI), 525 Twenty third St., NW, Washington, DC 20037, EUA.

LOS DESAFÍOS DEL DESARROLLO: LA ACTIVIDAD CIENTÍFICA COMO EJE DE LA FORMACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

*Agustín Lage*¹

CONTEXTO

Este artículo intentará abordar el problema de las nuevas funciones de la investigación científica en la sociedad visto desde la perspectiva de un hombre de laboratorio y en un país en desarrollo. Los sesgos de esta versión son aceptados.

En estos años finales del siglo XX la humanidad está viviendo un momento de excepcional trascendencia: la concentración de la riqueza está poniendo en riesgo la universalidad de los valores creados por la cultura en los dos milenios precedentes, y los hombres se dividen entre los que enfrentan la tragedia y los que la aceptan.

El carácter social de la actividad intelectual del hombre es cada vez más evidente. Es imposible ya separar la capacidad de pensar, comprender, conocer y utilizar el conocimiento, de los medios y recursos de que dispone cada sociedad para adquirir conocimientos, difundirlos y aplicarlos.

La transformación de los conocimientos nuevos en medios materiales nuevos es tan rápida que el acceso al conocimiento y a la capacidad de generación de conocimiento nuevo se convierte en un componente esencial del desarrollo. El propio conocimiento, además, se convierte en sí mismo en un producto, a medida que se incrementa el comercio de bienes intangibles.

El conocimiento ha sido siempre importante, pero sus funciones sociales en estos tiempos no son las mismas que antes. Actualmente la velocidad de generación de conocimientos y tecnologías es más rápida que

¹ Director del Centro de Inmunología Molecular, Profesor del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Ciudad Habana, Cuba.

la de difusión. En esta nueva situación, la asimilación (transferencia) de conocimientos y tecnologías ha dejado de ser una solución realista al desarrollo, a menos que incluya un importante componente de investigación científica. Esta nueva situación obliga a “repenzar” las concepciones anteriores sobre la investigación, y especialmente sobre la formación de recursos humanos.

La gestión intelectual más importante está en *identificar* las contradicciones que se generan cuando se intenta crear capacidad científica y tecnológica en una sociedad donde no las hubo antes. Y luego encontrar la entraña creadora de cada contradicción. Solo así saldrá una nueva praxis de una nueva teoría. Lo demás son ejercicios académicos que nos distraen de los deberes.

EL DESAFÍO DE LA VELOCIDAD

Más del 90% de todos los científicos que han existido en la historia de la humanidad están vivos hoy. Los plazos entre los descubrimientos y las aplicaciones se acortan. La actividad de investigación-desarrollo forma parte del esfuerzo organizado de todos los sectores de la economía, consumiendo una fracción creciente de los costos. El tiempo de obsolescencia de las tecnologías disminuye constantemente. Estas realidades se han repetido tanto en la literatura reciente que no requieren más comentario; solo mencionarlas para motivar una reflexión sobre su impacto en la formación de recursos humanos.

Si en épocas anteriores un médico u otro profesional podía transitar por sus aproximadamente 40 años de vida profesional utilizando los conocimientos que obtuvo en la Universidad, en los tiempos actuales ese mismo profesional deberá renovar más de una vez durante su vida profesional su arsenal de conocimientos y habilidades. El tiempo de obsolescencia se ha reducido tanto que se ha hecho menor que la duración de la vida profesional promedio; he aquí otro cambio cualitativo, dado por la velocidad de los procesos. Los nuevos conocimientos y cambios tecnológicos del futuro son muy difíciles de predecir, apenas atisbamos sus rasgos esenciales.

La hipótesis básica de todos los sistemas docentes es que se puede pre-especificar el conocimiento que requerirán los educandos para sus funciones sociales futuras. Esta hipótesis ya no puede sostenerse ante los ritmos de desarrollo científico-técnico actuales. Ello mueve los propios cimientos de los sistemas educacionales. Así, durante la formación universitaria, no basta con aprender conocimientos; hay que aprender el proceso de obtención de nuevos conocimientos. Para lograr esto, es fundamental la práctica de la investigación científica por el alumno, conjuntamente con sus profesores.

El determinante esencial del éxito de una función social (en este caso la salud, pero caben otros ejemplos) se desplaza “hacia atrás” en el

proceso cognoscitivo: disponer de recursos fue siempre necesario y en una época fue suficiente; después, fue necesario disponer de nuevas tecnologías y capacidad de asimilación de tecnologías, haciéndose el éxito dependiente del *know-how*. Ahora sucede que eso tampoco es suficiente: hace falta además, tener la capacidad de generar tecnología, es decir, de hacer ciencia.

Con creciente frecuencia ocurre que hay varias opciones tecnológicas para cada problema y por tanto la propia asimilación de tecnología tiene un alto componente creativo. Ocurre también que las tecnologías demoran en ser sustituidas menos tiempo que el que tardan en ser evaluadas. Para ir a la vanguardia hay que manejar tecnologías nacientes, aún imperfectas, insuficientemente validadas, cada vez más cercanas al laboratorio de donde salieron.

Hacer medicina sobre bases de “ciencia constituida” o de “tecnologías sedimentadas” ya no es una opción viable. Nos adentramos en una etapa de la medicina en que (sin desconocer los resultados de otros) un número cada vez mayor de decisiones prácticas cotidianas dependerá de los resultados de investigaciones propias. Hacer las cosas bien en esta nueva época requiere la universalización del pensamiento científico.

Nos enfrentamos a la necesidad de una nueva alfabetización. El acceso universal a la capacidad de leer y escribir fue en su momento un determinante esencial de la velocidad de desarrollo de las sociedades humanas. El acceso universal a los procedimientos de investigación científica puede ser dentro de poco, el nuevo problema.

Es esa la tendencia. En su esencia, el método científico no es otra cosa que una forma estructurada, más rápida y eficiente, de adquisición de experiencia por el hombre, en su contacto con los problemas de todos los días. Desmistifiquémoslo.

En la práctica empírica el hombre aprende; miles de observaciones, ensayos y errores se acumulan, y un día se hacen evidentes las verdades.

En un ciclo experimental típico el científico:

- Define con precisión el problema.
- Organiza el conocimiento previo.
- Formula una hipótesis (o varias).
- Establece las predicciones de las hipótesis, de ser ciertas.
- Identifica las variables importantes para comprobar las predicciones.
- Operacionaliza las variables que lo requieran.
- Planifica la observación (o experimento).
- Identifica y controla las posibles fuentes de confusión.
- Realiza las observaciones (obtiene datos).
- Analiza los datos con técnicas estadísticas más o menos complejas.
- Acepta o rechaza la hipótesis.
- Y repite todo el ciclo una y otra vez.

El instrumento puede (y debe) ser universalizado, tal como se hizo en el pasado con la lectura y la escritura. Así, el pensamiento científico pasa a formar parte de la cultura general, del arsenal cognoscitivo de un número cada vez mayor de personas. De hecho, las fronteras entre la formación científico-técnica especializada y la formación cultural general tienden a borrarse.

Durante años hemos visto la formación profesional del individuo como un conjunto de capas sucesivas del conocimiento, unas más básicas y duraderas, de aplicación diversa e imposible de predecir, sobre las que se depositan otras conformadas por conocimientos más especializados, de aplicación más específica y pronosticable. Sucede ahora que esas capas superiores de conocimiento especializado requieren constante remodelación durante la vida, remodelación además, cuya tendencia es difícil de prever. La garantía del éxito está entonces en la amplitud y solidez de las capas básicas y en la capacidad adquirida para construir por sí mismo nuevas piezas de conocimiento.

EL DESAFÍO DE LA GLOBALIZACIÓN

La eficiencia de los procesos productivos, las economías de escala, la velocidad creciente de los flujos de información, de personas y de materiales y el peso específico de los conocimientos en la economía han creado las bases de la llamada globalización de la actividad económica. El planeta entero es la fuente de información, de materias primas y de cuadros. El planeta entero es el mercado. Todo ello se acompaña de una similar globalización de los flujos de ideas y de la investigación científica. Este proceso representa para los países en desarrollo a la vez, desafíos y oportunidades.

En el plano de la actividad científica, una de las muchas consecuencias es la disociación entre la visibilidad internacional de la actividad científica y su impacto concreto en los problemas locales. Esta disociación es un fenómeno nuevo en la historia de la ciencia.

Los países hoy industrializados nunca tuvieron esa disociación; al menos en igual medida. Al ocupar históricamente la vanguardia en el desarrollo tecnológico, las propias comunidades científicas nacionales definieron criterios de valor para juzgar la calidad intrínseca de una investigación y su impacto extrínseco.

En los países en desarrollo no ocurre así: la visibilidad internacional (de lo que depende en gran medida el juicio de calidad intrínseca de una investigación) se define por los valores de comunidades científicas situadas fuera de nuestro contexto. Ello concierne no solo a la metodología, sino a los propios problemas que son objeto de investigación.

Las fronteras de creación en la investigación científica relacionada con la salud humana se perciben por la comunidad científica situadas en áreas tales como el mapeo del genoma humano, los mecanismos de regulación de la respuesta inmune, el análisis de la actividad nerviosa su-

perior, la inteligencia artificial, el tratamiento electrónico de señales biológicas, la bioquímica de los receptores para señales regulatorias paracrinas y autocrinas, la modelación computacional de moléculas biológicas, las transgénesis, la vacuna del SIDA, y otros campos que son además, los que tienen posibilidades de articularse con la producción de nuevos medicamentos, sistemas de diagnóstico, equipos, etc., y en consecuencia tienen también mayores posibilidades de atraer financiamiento de la esfera productiva para una actividad científica sostenida.

En los países en desarrollo, por el contrario, cuando se formulan prioridades de investigación científica en función de su impacto inmediato en problemas de salud locales, surge un cuadro dado por estudios de impacto de tecnologías, evaluación de salud poblacional (o de grupos), evaluación de servicios de salud, comparación de modalidades de intervención en salud poblacional, etc., investigaciones estas que tienen muchas posibilidades de contribuir a la solución de problemas concretos, pero que se distancian de las áreas de donde surgen hallazgos totalmente nuevos y además, se distancian de las áreas de impacto en la producción y por tanto de las fuentes de financiamiento no estatales.

Se plantea así el dilema de escoger entre el riesgo de desvincularse de los problemas de salud del contexto específico de la región y el riesgo de desvincularse de las tendencias globales de la investigación y desacoplarse de los flujos principales de información, tecnología y recursos.

El problema es aún más grave puesto que la encomienda globalización que ocurre en el mundo industrializado es casi exclusivamente económica. No se extiende a los problemas sociales. No ha habido una globalización equivalente del compromiso con la equidad y el bienestar social. Esta disociación es potencialmente explosiva.

Las respuestas a estos desafíos gigantescos están lejos aún de tener una formulación clara y menos aún una verificación práctica; pero es evidente que habrá que buscar respuestas importantes en el campo de la formación de recursos humanos y en el campo de la información.

Se trata pues de formar cuadros con una formación básica que los capacite para participar en los grandes proyectos de investigación que se plantea hoy a la humanidad a escala global; y al mismo tiempo con un conjunto de valores morales que sustenten un compromiso con la solución para todos de los problemas de salud de su contexto específico.

La actividad científica en los países en desarrollo necesita no solo de crecimiento; necesita en primer término de *integración*, es decir de participación en los problemas de la sociedad. Pero sucede que esta integración pasa también por la integración a las actividades principales de la comunidad científica mundial. He aquí otra nueva contradicción de estos tiempos, que es necesario identificar y manejar.

Así, el dilema de participación en los problemas globales de la investigación o participación en la solución de problemas de salud del contexto específico, se convierte en un falso dilema. Ni en una orilla ni en

la otra. La tarea de los científicos consiste precisamente en tender los puentes y en no permitir el desacoplamiento de una parte de la humanidad, de las tareas cognitivas de la otra.

El problema es nuevo; las soluciones también deben serlo.

La *información* es el otro componente esencial de la respuesta al reto de la globalización. En cierta forma, es otra faceta del mismo problema de la formación de recursos humanos; ya que no se trata solo de crear potencial científico sino de “darle mantenimiento” al potencial científico. Los recursos humanos inactivos (o subactivos) se descalifican cada vez más rápido. Mantenerlos activos equivale a suministrarles información, intensidad de intercambio, actividad de investigación.

Parte de nuestros escasos recursos tenemos que invertirlos en información; pero con dos precisiones:

La primera es que no se puede ver la información solo como un medio para “satisfacer la demanda” de información, ya que la propia demanda está afectada por la falta de información. Hay que trabajar la información científico-técnica también “del lado de la oferta” e introducir información al sistema más allá de la demanda, contra gradiente.

La segunda precisión es que la información no equivale a documentos, ni siquiera ya a documentos en soporte electrónico. La información se extiende a la promoción de contactos personales y a la penetración de las “academias invisibles” que se crean entre los científicos que trabajan en diferentes países, en un mismo campo. Solamente del intercambio proviene además, la crítica especializada; y solamente de la crítica surge la calidad.

CONOCIMIENTO RECOMBINANTE

Las ciencias de la salud son típicamente “ciencias de frontera”. Las soluciones surgen de las áreas de contacto entre la medicina, la microbiología, la farmacología, la química, la electrónica, las ciencias sociales, etc. Avanza no solo el que tenga más conocimientos, sino el que mejor los combine.

Este fenómeno de recombinación de conocimientos es una regularidad de la ciencia actual; y ello es consecuencia, otra vez, de la velocidad. La velocidad de acumulación de conocimientos es hoy mucho mayor que la velocidad a la cual se evalúa el impacto de cada hallazgo en otros campos de la ciencia. Dada la enorme velocidad de acumulación de conocimientos entre los especialistas de un campo específico, la velocidad de intercambio entre campos diferentes (Ciencias Biológicas y Ciencias Sociales, por ejemplo) se convierte en la limitante de todo el proceso creativo.

Haciendo un símil con la información genética, la fuente de novedad no estaría solo en la información netamente nueva (equivalente en genética a la acumulación de mutaciones), sino en la recombinación de

informaciones pre-existentes. Comprender esta realidad tiene para quienes dirigen la ciencia, enormes implicaciones prácticas. Se trata de que estimular el intercambio de conocimientos (entre áreas diferentes) es tan importante como estimular la adquisición de nuevo conocimiento. Y este proceso no se puede dejar a la espontaneidad: hay que impulsarlo, orientarlo, evaluarlo.

La formación básica del personal de salud puede prepararlo para realizar, durante su experiencia profesional, esta recombinação de ideas; o para promoverla en interacción con otros especialistas.

En el contexto del actual debate sobre la articulación del conocimiento biológico y social en la formación del personal de salud, resulta evidente que la potencialidad creativa de esta articulación entre campos hasta ahora separados, está en su mayor parte aún esperando por expresarse.

¿Como estimular la frecuencia de recombinação de conocimientos? Esta recombinação ocurre precisamente en el espacio de la investigación científica.

No podemos esperar (ni hacer que el alumno espere), que la articulación del conocimiento biológico y social (un ejemplo de creatividad por recombinação) ocurra en el plano de la tecnología, de procedimientos prácticos específicos que emplean conocimientos de distinto origen. Esto puede ocurrir, pero no es la vía principal. Dado que se trata de una articulación que está emergiendo, su espacio natural es el de las investigaciones, específicamente en las investigaciones realizadas por equipos multidisciplinares.

La conclusión es evidente: si intentamos la articulación de conocimientos sin estimular simultáneamente la investigación científica, lo que obtendremos será en el mejor de los casos, una yuxtaposición de conocimientos en el currículo, pero nunca una integración.

El impacto de situar la investigación científica como eje de la formación de recursos humanos tiene además otra dimensión al promover un tipo de gestión intelectual que es diferente a la que se hace en el esfuerzo de aprendizaje.

Cuando se explican (y se aprenden) conocimientos y técnicas establecidas se opera un proceso básicamente *analítico*. Se parte de cuerpos de conocimientos y regularidades establecidas y se deduce de ellos cómo enfrentar cada problema concreto. En casi todos los libros de texto se descubre este esquema. Luego sucede que en la vida real (sobre todo al enfrentarse a problemas complejos y cambiantes como la salud) se requiere un tipo de gestión intelectual diferente (en cierto sentido inversa), pues la vida ofrece piezas de información dispersas e incompletas, de las que hay que extraer regularidades y generalizaciones mediante un proceso básicamente *sinético*. Llama la atención la poca frecuencia con la que se demanda al alumno este tipo de gestión intelectual (y se le entrena) durante su formación.

Hay ejemplos de alumnos brillantes durante su formación que han sido mediocres en su vida profesional y viceversa. Parte de esta falta

de poder de predicción de los indicadores académicos se explica por el fenómeno antes expuesto. Evaluamos al alumno en función de ciertas habilidades intelectuales y luego la vida profesional le exige otras distintas.

El fenómeno se agrava en la misma medida en que los problemas y los requerimientos cognoscitivos cambian durante la vida profesional; un fenómeno de nuestros tiempos. Solo la práctica de la investigación científica durante la formación del personal puede corregir este tipo de inadaptación de los sistemas docentes.

¿QUO VADIS?

Lo que hace complejo y apasionante el debate sobre la formación de recursos humanos es el hecho (simple y evidente) de que nunca formamos personal para los problemas de hoy, sino para los problemas de mañana. Y de tales problemas apenas podemos intuir sus rasgos generales. Todo debate sobre la formación de personal de salud está por tanto precedido (explícitamente o no), de una reflexión sobre hacia dónde se dirige la medicina.

Algunas tendencias se identifican ya con cierta nitidez:

- Hacia una medicina más poblacional.
- Hacia la integración de factores sociales en el pensamiento y la acción de salud.
- Hacia una medicina más diagnosticadora y preventiva.
- Hacia una farmacopea biológica.
- Hacia una creciente participación de profesionales y técnicos no-médicos en las investigaciones y las acciones de salud.
- Hacia una mayor participación del individuo informado en las decisiones que conciernen a la salud de su comunidad y a su salud personal.

Nos limitaremos aquí a algunos comentarios sobre las tres primeras tendencias.

En efecto, cada vez más el centro de gravedad de las organizaciones de salud se desplaza de la salud del individuo a la salud de la población, sus indicadores colectivos, la eficiencia de los servicios, la penetración de las tecnologías y la evaluación del impacto de las intervenciones.

Este fenómeno se acompaña de una evidencia cada vez más clara del rol de los factores sociales en la dinámica salud-enfermedad y en consecuencia de la importancia de la participación de la sociedad en su conjunto, en las acciones de salud. Los determinantes sociales de la salud y la enfermedad, así como los factores que condicionan la participación social se convierten en objeto de estudio en las investigaciones.

También ocurre, simultáneamente, un “desplazamiento hacia atrás” del proceso de diagnóstico, desde el proceso clásico de diagnosticar enfermedad, pasando por la tendencia actual de diagnóstico “del riesgo” de enfermedad y dirigiéndose cada vez más al diagnóstico de salud positiva.

El concepto de "factor de riesgo" emergió de la medicina poblacional, pero esta tendencia (diagnosticadora) se ve ahora reforzada por las nuevas técnicas emergidas de la aplicación masiva de las computadoras y de la biotecnología. Cada vez dispondremos de más sistemas de ensayo que nos permiten medir más y más "marcadores". A ello se están sumando ya las técnicas de diagnóstico por sondas de ADN recombinantes y los conocimientos derivados del mapeo del genoma humano. La simplificación técnica de estos procedimientos los hará accesibles al nivel primario de atención médica, y a los sistemas locales de salud.

Todo ello conducirá cada vez más a una individualización del diagnóstico y de la conducta terapéutica. La propia tabla de clasificación de enfermedades se modificará y la frontera hoy nítida entre salud y enfermedad será sustituida por una zona continua de acumulación de factores de riesgo y/o deterioro de indicadores de salud positiva, en la que puede no ser evidente cuándo y cómo debe el médico intervenir.

La ciencia ha creado la capacidad de diagnosticar y "tratar" no solo grandes desviaciones del comportamiento biológico y social promedio, sino cada vez más pequeñas desviaciones. Ubicar los límites de la intervención médica y el sentido de esta intervención en este espectro continuo de diversidad es una tarea que corresponde más a la ética que a las ciencias naturales.

En el marco del presente debate sobre la formación de recursos humanos es esencial identificar aunque sea solo a grandes rasgos, el tipo de problemas que enfrentará el personal de salud en el siglo XXI y prepararlo para ello. No podemos prepararlos solamente para comprender y aplicar procedimientos, porque estos procedimientos serán cambiados o criticados varias veces durante su vida profesional.

Ante la inestabilidad de la fachada del edificio hay que prestar más atención a los cimientos: formación básica, capacidad de aprendizaje, capacidad de combinación de conocimientos de áreas diferentes, capacidad de investigación, compromiso social, formación de valores.

LOS RECURSOS MATERIALES

¿Y de dónde sacar el dinero para todo esto? La investigación científica es costosa, la formación de cuadros también. Los resultados de ambas retribuyen solo a largo plazo.

Ninguna reflexión sobre la investigación científica o sobre la salud en los países en desarrollo puede obviar el problema de los recursos materiales. Al estudiar este asunto hay que dedicar parte del tiempo y del talento de los científicos, con el fin de generar ideas nuevas para la movilización de recursos y promover acciones concretas. De lo contrario nuestras reflexiones corren el riesgo de parecerse más a lamentos que a guías para la acción.

Nadie tiene soluciones mágicas a este problema. Nosotros tampoco. Pero hay algunas ideas que pueden servir de punto de partida y que son las siguientes:

La primera se refiere a la función del Estado en el desarrollo científico. Este tiene que mantenerse firme al timón. No es viable hoy proponer que del Estado salgan todos los recursos para la investigación. Pero sí es responsable el Estado de la existencia de un programa social coherente, garante de la equidad, la solidaridad y la cohesión de la sociedad, que genere a su vez en cada individuo un sentido de participación, compromiso social y responsabilidad para con los demás. Ningún incentivo material frenará el robo de cerebros tanto como puede frenarlo un proyecto social que suscite adhesión, conducido por un equipo dirigente, austero y dedicado. Conozco que está "de moda" en el continente subestimar la importancia concreta de estos valores, pero es un error. El enfrentamiento a los desafíos del desarrollo en el plano científico-técnico (como en otros) es una tarea enorme y no hay ninguna obra grande que hayan hecho los hombres sin el sustento de un sólido sistema de valores éticos. No es mística, es la sencilla lección de la historia.

Las tendencias que actualmente pretenden imponer en América Latina la desarticulación del Estado y su deserción del enfrentamiento a los problemas sociales son profundamente regresivas, aunque se presenten revestidas de modernidad. Las propias economías de los países industrializados, de los que surge el discurso neoliberal, no operan de esta manera.

La segunda se refiere al origen de los recursos materiales. Una parte importante requiere continuar con financiamiento estatal. Ello es especialmente cierto para investigaciones de impacto indirecto en la economía, como muchas de las que se ubican en el campo de la salud pública. El financiamiento estatal también opera como garante de que sea la sociedad en su conjunto el principal beneficiario de la investigación científica. En este sentido, las funciones del Estado no pueden ser solamente exhortativas. Este no puede privarse de las palancas de poder económico que le permitan imponer los intereses de la sociedad.

Por otra parte, también es cierto que en los países en desarrollo, el Estado no puede proporcionar el volumen de recursos necesario para mantener una actividad científica competitiva. Otra parte del financiamiento hay que extraerla de donde está el dinero, esto es, del sector empresarial de los países industrializados.

Una actividad científica de calidad competitiva en la región puede atraer financiamiento externo y contribuir a la inversión de los flujos actuales de capital. La investigación científica a escala mundial necesita más y más recursos humanos calificados, que en los grandes centros de poder escasean. El expediente hasta ahora ha sido la emigración de los científicos capaces hacia los países donde están los recursos materiales. Esta tendencia hay que sustituirla por la traslación de los recursos materiales a los países donde están los recursos humanos para la investigación.

La tercera, que deriva de la anterior, es que la verdadera ventaja competitiva está en la cantidad y calidad de los recursos humanos para la investigación. Es esa la dirección principal de la inversión: crear potencial científico. Y ello depende en gran medida de la actividad de investigación científica que seamos capaces de desplegar durante el período de formación del personal de salud. Se trata de una relación en ambas direcciones: necesitamos recursos para la formación de personal calificado y personal calificado para atraer los recursos. La investigación universitaria tiene en ello un rol trascendental. Este proceso además, si quiere tener éxito, es inseparable de la creación de valores éticos y compromisos sociales en los científicos que formamos.

La cuarta se relaciona con la aparente contradicción, antes expuesta entre los campos de investigación de interés global y aquellos de interés local. Solo una masa de investigadores capaz de proyectarse *también* sobre los temas de investigación de interés global puede atraer los recursos materiales necesarios para catalizar la desconcentración geográfica de la actividad científica. Paradójicamente, la concentración absoluta en los problemas locales no contribuye al desarrollo de la región.

La quinta es que la participación en los problemas globales de investigación, la penetración de las "academias invisibles" de la ciencia mundial y la atracción de recursos financieros para la investigación en la región, requieren de una inteligente estrategia de alianzas, que no puede dejarse a la espontaneidad. En el mundo futuro la producción y circulación internacional de conocimientos se hará tan importante (quizás más importante) como la producción y circulación de mercancías. Pero, a diferencia de los objetos materiales, que cuando los posee uno no puede poseerlos otro, el mismo conocimiento puede ser poseído y utilizado por muchos al mismo tiempo. Todo está en que desarrollemos la capacidad de obtenerlo y utilizarlo. Funesto sería para los países en desarrollo verse desacoplados de los flujos principales de producción e intercambio de conocimientos.

El carácter multinacional (global) de la actividad científica es una tendencia objetiva, consecuencia de la especialización progresiva, que hace cada vez menos posible disponer de una masa suficiente de científicos en un campo dado, dentro de las fronteras de un país, lo cual es especialmente así para las naciones pequeñas. En estos países, o hacemos ciencia en estrecha integración con la comunidad mundial, o hacemos ciencia de segunda. La inserción en las corrientes mundiales de producción y circulación de conocimientos hay que garantizarla mediante la construcción de un sistema de alianzas (entre instituciones científicas, entre empresas, entre universidades, etc.) que garantice el adecuado balance entre intereses globales y locales; y que asegure además un flujo neto de recursos y conocimientos hacia las regiones menos desarrolladas y en beneficio de los intereses de toda la sociedad.

No deriva este propósito de un nacionalismo provinciano. Se trata de que, en sentido global, la descentralización de la actividad científica

sirve mejor a los intereses de la humanidad en su conjunto que la tendencia concentrativa que ha existido hasta ahora.

La sexta y última de estas ideas sobre la captación de financiamiento, es que existe un vínculo entre las posibilidades de movilizar recursos financieros externos y la inversión que hayamos hecho en tecnología de información y comunicaciones. La creación y operación de una red de alianzas para el desarrollo científico requiere comunicación permanente y circulación de informaciones. Si ello es a base de movimiento de personas exclusivamente, se establece un límite a la intensidad del trabajo cooperativo y a las distancias geográficas de las colaboraciones. El desarrollo informático facilita la desconcentración de la actividad operativa, tanto a escala nacional como internacional, contribuyendo a reducir los inmensos gradientes que se han creado en el poder científico y tecnológico.

LA ACTIVIDAD CIENTÍFICA COMO EJE DE LA FORMACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

¿A qué conclusiones prácticas conducen todas estas meditaciones? La gestión de investigación-desarrollo en los países de América Latina debe enfrentar un conjunto de desafíos y contradicciones aparentemente insuperables, y que son nuevas (al menos en la proporción en que se dan) por lo que no hay recetas para enfrentarlas que podamos obtener del estudio del desarrollo científico en los países hoy industrializados. Se requerirá mucha creatividad y audacia para enfrentar estos problemas. Algunas sociedades lo lograrán y otras no. Con sus especificidades nacionales, la respuesta a estos desafíos pasará siempre por:

- La formación masiva de recursos humanos con capacidad de practicar la investigación científica.
- La capacidad de movilización de recursos financieros, tanto nacionales como exteriores, y de dirigir este proceso en beneficio de la sociedad.
 - La participación en problemas de investigación de interés mundial, conjuntamente con los locales.
 - La capacidad de integrar la investigación científica con la producción material y con la formación de cuadros.
 - La capacidad de construir y manejar un complejo sistema de alianzas y colaboraciones, nacionales y exteriores.
 - La inserción del esfuerzo de desarrollo científico como parte de un proyecto social integral encaminado al desarrollo y a la justicia social.

Las conclusiones más específicas son siempre riesgosas, pero inevitables si se quiere provocar un debate útil. He aquí algunas contra las cuales comparar el quehacer actual de los científicos latinoamericanos:

- La posposición del desarrollo científico es un error. Este debe ser priorizado. No es una consecuencia del desarrollo económico, sino un prerrequisito del desarrollo.

- La concentración extrema de la actividad científica es un error. El pensamiento y el método científico deben ser universalizados, haciéndolos formar parte de la cultura general. La necesidad de concentrar recursos (e instrumentos) no debe conducir a concentrar el pensamiento científico.

- La limitación en la formación de recursos humanos para la investigación es un error. En la disponibilidad de una masa de científicos y técnicos calificados radica precisamente la ventaja competitiva a la que podemos aspirar.

- La formación exclusivamente tecnológica del personal de salud es un error. Solamente una amplia formación básica, que incluya la práctica de la investigación científica puede capacitarlo para asimilar y manejar con éxito y creatividad los cambios que ocurran durante su vida profesional.

- La concentración total del esfuerzo científico en temas de interés local es un error. Tales temas hay que impulsarlos, pero hay que participar también en los campos de investigación de interés global. Solo así será posible evitar la desinserción definitiva de la comunidad científica mundial.

- La separación de la actividad científica del sector productivo (incluso dentro de la salud) es un error. La industria farmacéutica, de medios de diagnóstico y de equipos médicos, ofrece espacios concretos para la vinculación investigación-producción.

- La contraposición entre la priorización del nivel primario de salud y la priorización de la investigación científica es un error. La capacitación del nivel primario de salud para la actividad de investigación científica tiene posibilidades insospechadas de dar una nueva dimensión a la eficacia del sistema de salud.

- El tratamiento suspicaz de los vínculos academia-empresa, tanto nacionales como exteriores es un error. El desarrollo de tales alianzas es una tendencia objetiva. No es posible detener este proceso; de lo que se trata es de manejarlo en favor de la sociedad.

- La reducción del papel del Estado en el desarrollo científico-técnico es un error. Ello es especialmente peligroso en los países en desarrollo. Las leyes del mercado operan a corto plazo; la ciencia y la formación de cuadros son inversiones a largo plazo. Las leyes del mercado han creado los problemas de Latinoamérica, ellas mismas no van a resolverlos.

Los desafíos son realmente gigantescos, pero las oportunidades existen. El debate que provoque este documento puede ciertamente contribuir a identificar las contradicciones y las oportunidades. Luego hay que escoger entre situarse, como diría al argentino-latinoamericano Maseti: *"en el mundo de los que luchan o en el mundo de los que lloran."* Lo primero requiere, además de ideas claras, de una voluntad política y un consenso social para hacer lo que es necesario. Pero ello es materia de otro trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Bustelo ES. La producción del estado de malestar: ajuste y política social en América Latina. En: *Salud internacional: un debate norte-sur*. Washington, DC: OPS; 1992.
- Castro F. La crisis económica y social del mundo. Informe a la VII Cumbre de los Países no Alineados. Oficina de Publicaciones del Consejo de Estado. Ciudad Habana; 1983.
- Castro F. *Ciencia, tecnología y sociedad*. La Habana: Editora Política; 1991.
- Drews J. Into the 21st Century. Biotechnology and the pharmaceutical industry in the next ten years. *Biotechnology* 1993; 11(3):16-20.
- Hood I. The interdisciplinary challenge. *Biotechnology* 1993;11(3):9.
- Lage A. Consideraciones acerca del diseño de investigaciones clínicas. *Rev Cub Oncol* 1987;3(3):300-327.
- Lage A. Las investigaciones oncológicas en Cuba. Balance del quinquenio 1981-1985. *Rev Cub Oncol* 1985;3(1):3-19.
- Lavados J et al. Bases para la formulación de políticas en ciencia y tecnología en el campo de la salud en América Latina. Informe a la XXIX Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud. Washington, DC: OPS; 1993.
- Macedo C. Guerra de. Reflexiones sobre la salud pública. Washington, DC: OPS; 1993.
- Maseti, JR. *Los que luchan y los que lloran*. Editorial Madiedo; 1989.
- Organización Panamericana de la Salud. *La investigación en salud en América Latina. Estudio de países seleccionados*. Washington, DC: OPS; 1992. (Publicación Científica 543).
- Organización Panamericana de la Salud. *La crisis de la salud pública. Reflexiones para el debate*. Washington, DC: OPS; 1992. (Publicación Científica 540).
- Organización Panamericana de la Salud. *Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas 1991-1994*. Washington, DC: OPS; 1991.
- Pellegrini Filho A. Health Research in Latin America. *Bull Pan Am Health Organ* 1993; 27(2):168-182.
- Rodríguez MI, Villareal R. La administración del conocimiento. Lo biológico y lo social en la formación del personal de salud en América Latina. En: *Formación del personal de salud. Articulación del conocimiento básico*. Lima: CIDEPSA; 1990. (Serie Desarrollo de Salud y Recursos Humanos No. 2).
- Salam A. *Notes on Science, technology and science education in the development of the south*. The Third World Academy of Sciences; 1989.
- Toffler A. *The Third Wave*. London: Pan Books Ltd; 1981.
- Toffler A. *Power Shift. Knowledge, wealth and violence at the edge of the 21st century*. London: Batam Press; 1990.
- World Bank. *World Development Report 1993. Investing in Health*. New York: Oxford University Press; 1993.

RAZONAMIENTO MÉDICO: FACTORES Y CONDICIONES DE LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS COMO ESTRATEGIA DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

Ana María Rancich¹ y Ana Candreva²

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud en Alma-Ata en 1978 inició el movimiento "Salud para Todos en el año 2000". Su principio fundamental es que todos los habitantes del mundo deben lograr un estado de salud que les permita desarrollar una vida social y económicamente productiva (1, 2).

El mecanismo principal de este movimiento constituye la atención primaria de salud (APS), que "es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación" (2).

Indudablemente, la Universidad no puede desconocer este principio. Pero, ¿realmente esta nueva concepción se tiene en cuenta en este ámbito? ¿La Universidad ha reajustado sus estructuras, sus currículos y sus planes de investigación a ella? ¿Ha adecuado su metodología de enseñanza-aprendizaje? ¿Los docentes universitarios conocen los principios de este movimiento y los aplican? (1, 3). Estas respuestas afirmativas están lejos de alcanzarse (4, 5). Nuevos perfiles de recursos humanos en salud, nuevos currículos y en base a ellos nuevas estrategias en el proceso de enseñanza-aprendizaje deben tenerse en cuenta (2, 6).

¹ Asesor Pedagógico del Departamento de Graduados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

² Director del Departamento de Tecnología Educativa de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

La APS requiere que sus profesionales desarrollen destrezas en el reconocimiento de problemas; en la recolección de datos; en la organización de su pensamiento y también, habilidades en la toma de decisiones y en la relación con el paciente y su comunidad (7, 11).

En general, los objetivos de los currículos de las Facultades de Ciencias Médicas no se refieren a estas habilidades y destrezas o si lo hacen muchas veces, las estrategias de enseñanza-aprendizaje no se adecuan a ellos.

Hay muchas razones que han motivado esta situación. Sin llegar a agotarlas, algunas de ellas son:

- Falta de integración con las instituciones utilizadoras del recurso de salud (12).
- Resistencias basadas en una tradición injustificada y en copias de modelos extranjeros a las innovaciones y al análisis crítico: metodología de enseñanza-aprendizaje convencional, individualista, con alto costo, poca efectividad, alejada de laboratorios y servicios de salud (11-20).
- Falta de definición clara de objetivos educativos, estando principalmente basados en la trasmisión de conocimientos, más que en el logro de habilidades, destrezas y actitudes (13, 19).
- Rígidos compartimentos: ciencias básicas, ciencias clínicas y especialidades, y hegemonías de cátedras y a veces de especialidades (12, 13, 16, 18, 21, 22, 23).
- Problemas en el proceso evaluativo de los alumnos y falta de evaluación del proceso de formación médica (11).
- Dificultades de razonamiento de los alumnos: manejo de variables, generación de hipótesis, realización de análisis y síntesis, etc.; todos procesos que llevan a la resolución de problemas (7, 24).

Si bien los alumnos presentan dificultades de razonamiento, poco se ha hecho desde la educación médica para favorecer el desarrollo de habilidades cognitivas.

Los médicos egresados de las Facultades de Ciencias Médicas conocen muchas patologías. Comenzaron su aprendizaje por los síntomas, signos y su significación; luego, debieron establecer la relación entre ellos para determinar un patrón de enfermedad y por último, asimilaron la frecuencia de su aparición (25, 26). Aprendieron las enfermedades o miles de configuraciones de ellas, pero no saben aplicarlas; son "patologías de libro", que no cuadran en sus pacientes. Los textos no les enseñan a resolver problemas (27, 28, 29, 30, 31).

Los docentes confían en que sus alumnos aprenden a resolver situaciones problemáticas por observación de la práctica de un médico experto (31, 32, 33) y las asimilan "mímicamente" (29). Además, piensan que los atributos y el juicio clínicos de los alumnos son suficientes. En ningún momento exponen al estudiante a los procedimientos de resolución de problemas (27, 34).

La enseñanza se basa a lo sumo en el estudio de casos individuales y no en principios generales. Las estrategias secuenciales no son formalmente organizadas ni especificadas. Cada uno aplica su propia estrategia con sus propias reglas e incluso, a veces, sin poder señalar o recordar sus propios mecanismos de razonamiento. Esto es, tanto para docentes como para alumnos (29, 35, 36).

De lo anterior se deduce la necesidad de poner a los estudiantes en contacto con problemas concretos (1, 7, 10, 19, 27, 37, 38) y comunes que se presenten a diario en los distintos lugares de trabajo (17). A su vez, que estén acorde con el desarrollo cognitivo (39) y que se basen en sólidos conocimientos específicos (35) que actúan como objetivos capacitantes (38).

RAZONAMIENTO MÉDICO Y RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

La tarea médica o cada encuentro médico-paciente es, en definitiva, una resolución de problemas o un problema de manejo de paciente que implica todo un proceso de razonamiento (7, 11, 18, 38, 40-46). Es por ello, que los mismos estudiantes reclaman esta estrategia de enseñanza-aprendizaje (10, 21, 28, 47), con la que logran un mayor compromiso con su aprendizaje y una mayor responsabilidad en la búsqueda del conocimiento (9, 10).

De aquí surge la necesidad de estudiar en todos sus detalles este proceso de razonamiento médico, con el objeto de mejorar las estrategias de enseñanza-aprendizaje y las técnicas de evaluación para organizarlas en una vía más consciente y sistemática (10, 25, 35, 48, 49-52). Son varios los grupos que trabajan en este tema, desde distintas teorías y disciplinas y a través de diferentes mecanismos: análisis de decisión (13, 29, 32, 33, 34, 43, 53, 54); análisis de probabilidades (54, 55, 56); análisis proposicional (57, 58); problema de manejo de paciente (25, 44); método de investigación (48); pacientes simulados (59-64); evaluación clínica (65, 67) y por medio de procedimientos de inteligencia artificial (sistemas o programas expertos) (68-70).

Un problema es definido como un patrón de conducta que se ve y se siente como algo inusual. Crea cierta incertidumbre o ambigüedad y despierta el interés (curiosidad epistémica) (9, 34, 40, 51, 52, 57, 71). Crea un desequilibrio momentáneo y parcial, cuya solución no se percibe de inmediato (72). Este "ver" y "sentir" es reconocer el problema y ello no implica necesariamente su solución (73). Resolver un problema lleva a construir una secuencia de operaciones (con o sin interacción) que transforma el estado inicial en el estado final (74, 75).

En medicina, tanto el reconocimiento como la solución, son elementos básicos. No todo buen reconocimiento lleva a una buena solución. Además, distintos individuos pueden arribar a diferentes soluciones. De allí que esta no llega a ser nunca fija, conocida y asumida totalmente. Si fuéramos así, no es un problema, sino un acertijo (49, 51, 73).

La resolución de problemas es una serie de procedimientos cognitivos (73) que constituyen un acto de conocimiento. Es procesar información, no almacenar (27). Entra en varios dominios de estructuración; resultados poco coherentes y a veces contradictorios y se enfrenta con irregularidades parciales o excepcionales (72). Además, se encuentra orientada a la generación y comprobación de hipótesis que satisfagan la concreción de una meta específica (72, 73).

Si bien muchas veces se utilizan distintas estrategias de resolución de problemas debido a que los problemas son diferentes (44) los pasos comunes que se siguen son:

1. Identificación de problemas.
2. Formulación de tentativas de solución.
3. Obtención de datos para comprobar tentativas.
4. Aplicación de información (10, 75, 76).

Algunos identifican estos pasos con los correspondientes al método científico (24, 26, 27, 30, 41, 58, 77, 78), señalando que, en general, es un procedimiento hipotético-deductivo (51, 74, 79); entendiéndolo por tal un procedimiento para probar hipótesis y a su vez, modificarlas como resultado de pruebas (57, 80) y significando por hipótesis, una declaración o manifestación acerca de una situación o conjunto de relaciones que explica un fenómeno que puede ser verdadero o falso (aunque a veces, en la práctica, es incierta su verdad o falsedad) (44, 57). Otros autores, especialmente desde la ciencia cognitiva, en el área de medicina como en otras (matemática, física, ajedrez) solo lo reconocen como un proceso que utilizan los novicios. Lo caracterizan como un método débil, ya que se utilizan técnicas heurísticas y aplicables a cualquier dominio (40, 41, 43, 44, 48, 51, 57, 81, 82). En cambio, los expertos comparan las características del problema con configuraciones o patrones de conocimientos que poseen (cuerpos organizados, extensos, estructurados y elaborados de conocimientos, almacenados en memoria a largo plazo) (27, 29, 43, 51, 56, 79, 83, 84). Estas configuraciones son constituidas después de haber aplicado infinidad de veces la resolución de problemas o el método hipotético-deductivo (29). Estos procedimientos en expertos son muchas veces inconscientes y automáticos (36, 52, 84). Los expertos realizan la resolución de problemas en mucho menor tiempo que los novicios (44, 81). Estos procedimientos en expertos constituyen métodos fuertes (51, 57). Los expertos también usan o vuelven a usar procedimientos hipotético-deductivos o métodos débiles, en forma consciente, cuando se les presenta un problema no común o más complejo o que no es de su área específica (30, 52, 57, 84). Asimismo, generan hipótesis mejores y más tempranas que los novicios, dependiendo del mayor conocimiento y de la mayor experiencia; incluso con muy pocos datos (40, 43, 48, 76, 85). Además, el diagnóstico de los expertos es más exacto (76). Tanto expertos como novicios solo pueden llegar a manejar pocas hipótesis simultáneamente: no más de cuatro en memoria a corto

plazo (43, 48, 55, 57). El razonamiento de los novicios ha sido caracterizado como un pensamiento "hacia atrás" y el de los expertos como un pensamiento "hacia adelante" (76). No se ha explicado el paso del método utilizado por novicios al método usado por los expertos (52). Los novicios requieren entrenamiento explícito y exposición a una práctica constante. Por eso, se debe ayudar al novicio a integrar su conocimiento en la resolución de problemas y a responder a defectos de comprensión mostrándole asociaciones e interrelaciones (45, 81). La enseñanza de los métodos fuertes resulta más difícil. Requiere una búsqueda constante de atributos para reconocer (86). Las características que diferencian las estrategias en la resolución de problemas en novicios y expertos están especificadas en el Cuadro 1.

La noción de que el método hipotético-deductivo es una estrategia útil para enseñar a razonar a los estudiantes se remonta a mediados de la década de 1950. La base fundamental fue dada por el matemático Polya y por el psicólogo Piaget. La idea básica era colocar a los alumnos en una situación problemática y que ellos descubrieran la solución. Para el primero fue una vía que capacitaría al estudiante a aprender un objetivo general heurístico de resolución de problemas y para el segundo, fue el mejor camino para comprender la estructura fundamental teórica del razonamiento hipotético-deductivo (57). Este razonamiento corresponde al período de pensamiento formal dentro de la Teoría de Desarrollo Cognitivo de Piaget. Su esencia está dada por lo posible que se subordina a lo real: los hechos son realizaciones en el interior del conjunto de transformaciones posibles y se les explica o admite como tales después de verificar las hipótesis

CUADRO 1. Características de las estrategias en la resolución de problemas por los novicios y los expertos.

Características	Novicios	Expertos
Métodos	Débiles (técnicas heurísticas en cualquier dominio)	Fuertes (Comparación con patrones de conocimiento, en memoria a largo plazo)
Consciencia	Consciente	Inconscientes
Automaticidad	No automático	Automático
Método hipotético-deductivo	Siempre	Solo en problemas no comunes, complejos o que no son del área
Hipótesis		
Tiempo de generación	Menos rápido	Más rápido (por mayor experiencia y conocimiento)
Número	No más de cuatro	No más de cuatro
Memoria	Corto plazo	Corto plazo
Número de variables	Muchas	Pocas
Solución		
Tiempo de generación	Mayor tiempo	Menor tiempo
Exactitud	Menor	Mayor

posibles dentro de la situación dada (72). Este razonamiento hipotético-deductivo se basa en los siguientes:

- Combinatorio: genera todas las posibilidades contenidas en un problema.
- Operacional: distingue en las hipótesis diferentes vías en las cuales las variables se modifican.
- Reversible: combina en un acto de razonamiento propiedades inversas y recíprocas.
- Proposicional: es mediado por la formulación de proposiciones.

Todos estos razonamientos forman parte de un todo y derivan de una misma estructura (72, 77, 87-90). Asimismo, se les considera generales porque son:

- Invariantes en contenido.
- Comunes a todos los individuos que muestran el mismo nivel de pensamiento (sujeto epistémico).
- Más generales que los del período anterior (sentido relativo).
- Capaces de pensar exhaustivamente acerca de todas las posibilidades en un caso (sentido absoluto) (90).

En síntesis, interpretan una correspondencia dada como resultado de varias combinaciones posibles lo que conduce a una verificación de sus hipótesis en cuanto a sus consecuencias respectivas, es decir, son las operaciones proposicionales (período formal) (72, 74, 91).

Con algunas diferencias, el proceso de razonamiento médico es un procedimiento hipotético-deductivo, que tiene en cuenta, en general, los siguientes pasos:

- Generación de varias hipótesis (diagnósticas o explicaciones tentativas) inespecíficas que se definen por preguntas al paciente (razonamiento inductivo, divergente y horizontal).
- Identificación de las hipótesis más probables a través de la confección de la historia clínica, el examen físico, los estudios complementarios solicitados; todo guiado u orientado por las hipótesis generadas tempranamente (razonamiento deductivo, convergente y vertical) (48).
- Síntesis constituida por la representación interna del problema del paciente e inferencia de los probables mecanismos causantes (10, 51).

Otros autores señalan los pasos de este procedimiento con diferente terminología: sensibilidad; formulación de hipótesis; búsqueda y definición, identificación, resolución y verificación (42).

El razonamiento médico es caracterizado también como un conjunto de estrategias y tácticas de evidencia observada, manifestación que selecciona y evalúa el orden de pruebas para evidencia adicional, evaluación de resultados de pruebas y elección de un nombre de entidad diagnóstica (54).

FACTORES Y CONDICIONES DE LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Hay factores multidimensionales que ejercen influencia en este proceso (30, 41, 48, 85, 92). Por ello, no siempre en este procedimiento se siguen los mismos pasos y en el mismo orden (57, 84). Se pueden agrupar estos factores en la siguiente forma.

Los que se refieren a la persona:

- Edad.
- Sexo.
- Extracción socio-económica-cultural.
- Aspectos afectivos: actitudes, valores personales, motivación (85) y aspectos emocionales (55, 93).
- Aspectos de la personalidad: confianza en sí mismo, autocrítica, reflexión, persistencia, interés, tolerancia y destrezas interpersonales (65).
- Aspectos cognitivos: experiencias previas, conocimientos de base (52), razonamiento hipotético-deductivo (control y verificación de variables, capacidad de generar y combinar hipótesis, habilidad para el uso de proposiciones sobre las diferentes posibilidades) (72), estilos cognitivos (9, 29, 42, 49, 78, 94) e intuiciones preconceptuales (36, 54, 95).

Los que se refieren al contenido:

- Caso específico (44, 73): dificultad (baja, moderada, alta), frecuencia (prototípico, típico, atípico) (35, 84), real o simulado (44, 96).
- Disciplina: cardiología, pediatría, clínica, cirugía, etc. (42, 49).
- Información: conocimiento sobre el problema y conocimientos disponibles para la búsqueda.

Los que se refieren al contexto (42, 45, 49).

- Lugar: físico (consultorio, sala, guardia, centro periférico, domicilio, etc.) y dependencia (estatal: área de salud o área de educación, y privada) (48).
- Cuidado: emergencia, agudo, crónico, mantenimiento de salud (48).
- Momento: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

La resolución de problemas está además influenciada por factores específicos cuando se le utiliza como una estrategia de enseñanza-aprendizaje. Se pueden agrupar de la siguiente forma.

Los que se refieren al docente (9, 16, 30, 82, 97):

- Habilidades específicas (31): mantener el interés, sostener la participación, estimular la productividad y dirigir el aporte personal.
- Dominio de la estrategia de enseñanza-aprendizaje.

- Aspectos afectivos: formar y reforzar a los alumnos, perseverancia, esfuerzo y autocrítica, búsqueda permanente del por qué, exactitud y perfección.

Los que se refieren al grupo de alumnos:

- Número (umbral mínimo 4-5 y máximo 15-18) (9, 10, 98).
- Participación activa de todos.
- Expresión de opiniones, puntos de vista y juicios críticos.
- Logro de tareas en común.
- Capacidad de iniciativa y decisión (21, 31).

Indudablemente son muchas las variables intervinientes con múltiples combinaciones, pero en medicina y en el proceso de enseñanza-aprendizaje son de gran importancia las que hacen al área cognitiva en sí, ya que son las que condicionan mayormente este proceso (33, 38, 43, 73), aunque algunos autores señalan que los que ejercen mayor influencia son los afectivos y personales (85) y otros especifican las características particulares del problema (80).

Los aspectos cognitivos que condicionan este proceso son:

- el conocimiento de base a través de la experiencia previa, información (disponible y búsqueda posible);
- el razonamiento hipotético-deductivo en cuanto a razonamiento operacional: control y verificación de variables; razonamiento combinatorio y probabilístico; razonamiento reversible, y razonamiento proposicional.

Hay que destacar también que algunos enfatizan más lo que concierne a la parte de conocimiento e información (35, 75) y otros al aspecto de destrezas y habilidades (44), o ambos a la vez (77).

El conocimiento y el manejo de estos factores cognitivos que condicionan la resolución de problemas, sin duda, favorecen el desenvolvimiento de esta estrategia de enseñanza-aprendizaje (75, 78, 99) y a su vez, fomentan y estimulan la construcción de estas operaciones formales en los sujetos que participen de ella; sobre todo en aquellos que no han consolidado este período de pensamiento formal (78, 88, 100, 101) y tratan de lograr un "razonamiento progresivo" (102, 103, 104).

En síntesis, el razonamiento médico es un proceso que necesita obtener información para resolver una situación problemática inicialmente ambigua e incierta y trabajar en un desarrollo progresivo en el tiempo (total manejo del paciente en cuanto a promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) (28, 40, 42, 48, 51, 85).

REFERENCIAS

- 1 Horwitz A. Salud para todos en el año 2000 y la universidad. *Bol Oficina Sanit Panam* 1985;98:405-414.
- 2 Organización Mundial de la Salud. De Alma-Ata al año 2000. Reflexiones a medio camino. Ginebra: OMS; 1991.

- 3 Discusiones Técnicas, 37a. Asamblea de la Salud. Función de las universidades en las estrategias de salud para todos. *Educ Med y Salud* 1985;19:85-113.
- 4 Santhiá MA, D'Ottavio AE, Téllez TE, Nazer, RM, Bassan ND, Pérez B. Estudio exploratorio de opiniones y preferencias de los estudiantes de medicina sobre aspectos de formación del pregrado y posgrado. Valoración de factores curriculares (parte segunda). *Medicina y Sociedad* 1987;10:56-60.
- 5 Santhiá MA, Téllez TE, Nazer RM, D'Ottavio AE, Bassan ND, Pérez B. Estudio exploratorio de opiniones y preferencias de los estudiantes de medicina sobre aspectos de formación de pre y posgrado. *Medicina y Sociedad* 1985;8:206-211.
- 6 Organización Mundial de la Salud. Evaluación de la estrategia de salud para todos en el año 2000 (Séptimo informe sobre la situación sanitaria mundial). Ginebra: OMS;1987.
- 7 Laguna GJ, Álvarez Manilla JM, Barrios de la Rosa A, Bedolla M, Beltrán F, Benavidez I, Brust H, de la Fuente, García AH, Guzmán CJ, Hernández J, Luján H, Pucheu C, Rodríguez Domínguez J, Vasconcelos R. Plan de estudios experimental de medicina general. *Educ Med y Salud* 1974; 8(2):205-225.
- 8 Van Wart A. A problem-solving oral examination for family medicine. *Journal of Medical Education* 1974;49: 673-680.
- 9 Lafourcade PD. Planeamiento, conducción y evaluación en la enseñanza superior. Buenos Aires: Kapeluz;1977.
- 10 Shumway J, Vargas ME, Heller L. Métodos para la enseñanza de la solución de problemas en escuelas de medicina. *Educ Med y Salud* 1984;18:46-60.
- 11 Haddad J. Desarrollo educacional en salud. Perspectivas para el año 2000. *Educ Med y Salud* 1986;20:448-457.
- 12 Kamien, M. The reform of medical education. *Medical Journal of Australia* 1993;158:226-227.
- 13 Ferreira JR. Formación de recursos humanos para la medicina del año 2000. *Educ Med y Salud* 1983; 17: 54-68.
- 14 Nogueira R. Tendencias y perspectivas de la investigación sobre personal de salud en las Américas. *Educ Med y Salud* 1985;19:25-47.
- 15 Macedo, C Guerra de. La Universidad y la salud para todos en el año 2000. *Educ Med y Salud* 1985;19:259-265.
- 16 Luna R. Reorientación de la educación médica. *Educ Med y Salud* 1986;20: 466-472.
- 17 Davini MC, Sigaud MA, Pineda E, Roschke MA. Investigación educacional en los servicios de salud. *Educ Med y Salud* 1990;24:52-73.
- 18 Tosteson DC. New pathways in general medical education. *New England Journal of Medicine* 1990;322:234-238.
- 19 Lowry S. What's wrong with medical education in Britain. *British Medical Journal* 1992a;305:1277-1280.
- 20 Lowry S. Medical education: strategies for implementing curriculum change. *British Medical Journal*, 1992b;305: 1482-1485.
- 21 Awbrey BJ. Reflections on medical education: concerns of the student. *Journal of Medical Education* 1985;60: 98-105.
- 22 Oswald N. Why not base clinical education in general practice? *Lancet* 1989; II:148-149.
- 23 Rees L, Wass J. London after Tomlison undergraduate medical education. *British Medical Journal* 1993;306:258-261.
- 24 Bassan ND. Investigación de habilidades cognitivas relacionadas con la aptitud científica en alumnos de Medicina (1987). *Medicina y Sociedad* 1988; 12:19-24.
- 25 Raimondo R. Construcción para el estudio y la evaluación de las habilidades diagnósticas médicas. CIIPME, Publicación 69:1-27;1978b.
- 26 de Asúa M. Evolución de la formación médica en las Facultades de Medicina, Argentina, 1900-1982. *Educ Med y Salud* 1986;20:265-272.

- 27 Jouval HE, Galvão Lobo LC. O uso de técnicas de simulação em educação médica. *Educ Med y Salud* 1974;8:158-179.
- 28 Eichna LW. Medical school education, 1975-1979. A student's perspective. *New England Journal of Medicine* 1980; 303:727-734.
- 29 Kassirer JP, Kuipers B, Gorry A. Toward a theory of clinical expertise. *American Journal of Medicine* 1982;73: 251-259.
- 30 Kassirer JP. Teaching clinical medicine by iterative hypothesis testing: let's preach what we practice. *New England Journal of Medicine* 1984;309:921-923.
- 31 Regan-Smith M. Teaching clinical reasoning in clinical clerkship by use of case assessment. *Journal of Medical Education* 1987;62:60-63.
- 32 Feinstein AR, Niebyl JR. Changes in the diagnostic process during 40 years of clinico-pathologic conferences. *Archives Internal of Medicine* 1971;128: 774-780.
- 33 Kassirer JP, Gorry GA. Clinical problem-solving: a behavioral analysis. *Annals of Internal Medicine* 1978;89: 245-255.
- 34 Schwartz WB, Gorry GA, Kassirer JP, Essig A. Decision analysis and clinical judgment. *American Journal of Medicine* 1973;55:459-472.
- 35 Beck AL, Bergman D. Using structured medical information to improve students problem-solving performance. *Journal of Medical Education* 1986;61:749-756.
- 36 Whitman N, Hesse B, Warnes H, Turner C. Clinical impressions. *Journal of Medical Education* 1988;63:153.
- 37 Álvarez Manila JM. Metodología de la enseñanza de la medicina del futuro. Empleo de modelos, métodos heurísticos y sistemas de autoenseñanza. *Educ Med y Salud* 1974;8:150-157.
- 38 Hiss RG, Pierce JC. A strategy for developing educational objectives in medicine: problem-solving skills. *Journal of Medical Education* 1974;49:660-665.
- 39 Yépez R. Lo abstracto y lo concreto, lo disciplinario y lo interdisciplinario en la enseñanza de las ciencias fisiológicas. *Educ Med y Salud* 1977;11:364-374.
- 40 Dubley HA. The clinical task. *Lancet* 1970;2:1352-1354.
- 41 Dubley HA. Clinical method. *Lancet* 1971;1:35-37.
- 42 Andrew B. An approach to the construction of simulated exercises in clinical problem-solving. *Journal of Medical Education* 1972;47:952-958.
- 43 Gorry GA, Kassirer JP. Review of medical problem-solving: an analysis of clinical reasoning. *Annals of Internal Medicine* 1978;89:291.
- 44 McGuire CH. Medical problem-solving: a critique of the literature. *Journal of Medical Education* 1985;60: 587-595.
- 45 Evans DA, Gadd C. Managing coherence and context in medical problem-solving discourse. En Evans D y Patel V. *Cognitive science in medicine. Biomedical modeling*. Massachusetts: The MIT Press Cambridge; 1989.
- 46 Klaindorf Shainblatt B. El sistema de principios de la enseñanza dialéctica de la instrucción y la educación. *Educ Med y Salud* 1992;26:251-262.
- 47 Lowry S. Medical education. Making change happen. *British Medical Journal* 1993;306:320-322.
- 48 Elstein A, Kagan N, Shulman L, Jason H, Loupe M. Methods and theory in the study of medical inquiry. *Journal of Medical Education* 1972;47:85-92.
- 49 Bashook PG. A conceptual framework for measuring clinical problem-solving. *Journal of Medical Education* 1976; 51:109-114.
- 50 Raimondo R. El proceso educativo en la formación profesional. CIIPME, Publicación 68:1-17;1978a.
- 51 Barrows HS, Felovich PJ. The clinical reasoning process. *Medical Education* 1987;21:86-91.
- 52 Evans DA. Issues of cognitive science in medicine. En: Evans D, Patel V. *Cognitive science in medicine. Biomedical modeling*. Massachusetts: The MIT Press Cambridge; 1989.
- 53 Elstein AS, Dod J, Holzman G. Estrogen replacement decisions of third-year residents: clinical intuition and decision and decision analysis. En: Evans D, Patel V. *Cognitive science in med-*

- icine. Biomedical modeling. Massachusetts: The MIT Press Cambridge; 1989.
- 54 Feinstein AR. An analysis of diagnostic reasoning. *Yale Journal of Biology and Medicine* 1973;46:212-233.
 - 55 Albert D. The logical structure of the patient history. *Journal of Medical Education* 1974;49:1153-1157.
 - 56 Eddy DM, Clanton CH. The art of diagnosis: solving the clinico-pathologic exercise. *New England Journal of Medicine* 1982;306:1263-1268.
 - 57 Groen GJ, Patel V. Medical problem-solving: some questionable assumptions. *Medical Education* 1985;19:95-100.
 - 58 Patel V, Evans D, Groen G. Biomedical knowledge and clinical reasoning. En: Evans D, Patel V. *Cognitive science in medicine. Biomedical modeling*. Massachusetts: The MIT Press Cambridge; 1989.
 - 59 Barrows HS, Bennett K. Experimental studies on the diagnostic (problem-solving): Skill of the neurologist training. *Archives of Neurology* 1972;26:273-277.
 - 60 Barrows HS, Tamblyn RM. An evaluation of problem-based learning in small groups utilizing a simulated patient. *Journal of Medical Education* 1976; 51:52-54.
 - 61 Barrows HS, Tamblyn RM. The portable patient problem pack: a problem-based learning unit. *Journal of Medical Education* 1977;52:1002-1004.
 - 62 Barrows HS. Problem-based, self-directed learning. *Journal of American Medical JAMA* 1983;250:3077-3080.
 - 63 Barrows HS, Williams R, Moy R. A comprehensive performance-based assessment of fourth year students' clinical skills. *Journal of Medical Education* 1987;62:805-809.
 - 64 Sullman PL, Swanson DB. Ensuring the clinical competence of medical school graduates through standardized patients. *Archives Internal Medicine* 1987; 147:1049-1052.
 - 65 Barro AR. Survey and evaluation of approaches to physician performance measurement. *Journal of Medical Education* 1973;48:1048-1093.
 - 66 Petrusa ER. The effect of number of cases on performance on standardized multiple station clinical examination. *Journal of Medical Education* 1987;62: 859-860.
 - 67 Petrusa ER, Blackwell TA, Rogers LP, Saydjari CM, Parcel S, Guckian JC. An objective measure of clinical performance. *American Journal of Medicine* 1987;83:34-42.
 - 68 Blois MS. Clinical judgment and computers. *New England Journal of Medicine* 1980;303:192-197.
 - 69 Glymour C. When less I more? En Evans D. y Patel V. *Cognitive science in medicine. Biomedical modeling*. Massachusetts: The MIT Press Cambridge; 1989.
 - 70 Rodolitz N, Chancey W. Guidon-manage: teaching the process of medical diagnosis. En: Evans D, Patel V. *Cognitive science in medicine. Biomedical modeling*. Massachusetts: The MIT Press Cambridge; 1989.
 - 71 Blois MS. Medicine and the nature of vertical reasoning. *New England Journal of Medicine* 1988;318:847-851.
 - 72 Inhelder B, Piaget J. De la lógica del niño a la lógica del adolescente. Buenos Aires: Paidós; 1971.
 - 73 Garrett RM. Issues in science education: problem-solving creativity and originality. *International Journal of Science Education* 1987;9:125-134.
 - 74 Apostel L. Construcción y validación en la epistemología contemporánea. En: Piaget J, Apostel L. et al. *Construcción y validación de la teoría científica. Contribución de la epistemología genética*. Buenos Aires: Paidós; 1986.
 - 75 Alonso Tapia J. Motivación y aprendizaje en el aula. Cómo enseñar a pensar. Madrid: Santillana; 1991.
 - 76 Patel V, Evans D, Kaufman D. A cognitive framework for doctor-patient interaction. En: Evans D, Patel V. *Cognitive science in medicine. Biomedical modeling*. Massachusetts: The MIT Press Cambridge; 1989.
 - 77 Byrnes J. Formal operations: a systematic reformulation. *Developmental Review* 1988;8:66-87.

- 78 Corral A, Tejero L. Del pensamiento formal a la comprensión de la formalización matemática combinatoria según dos organizaciones textuales diferentes. *Revista de Psicología General y Aplicada* 1987;1149-1161.
- 79 Lesgold A. Context-specific requirements for models of expertise. En: Evans D, Patel V. *Cognitive science in medicine. Biomedical modeling*. Massachusetts: The MIT Press Cambridge; 1989.
- 80 McGaghie W. Medical problem-solving: reanalysis. *Journal of Medical Education* 1980;55:912-921.
- 81 Larkin JH, McDermott J, Simon D, Simon H. Expert and novice performance in solving physics problems. *Science* 1980;208:1335-1342.
- 82 Tibbes L. Epistemologies Inherent in Various Clinical Teaching Styles. *Journal of Medical Education* 1981;56(5):445-447.
- 83 Voytovich AE, Rippey RM, Suffredini A. Premature conclusions in diagnostic reasoning. *Journal of Medical Education* 1985;60:302-307.
- 84 Coughlin LD, Patel V. Processing of critical information by physicians and medical students. *Journal of Medical Education* 1987;62:818-828.
- 85 Cluff L. Reflections on methods and purposes of medical inquiry. *Journal of Medical Education* 1972;47:148-149.
- 86 Hammonnd K, Frederik E, Robillard N, Doreen V. Application of cognitive theory to the student-teacher dialogue. En: Evans D, Patel V. *Cognitive science in medicine. Biomedical modeling*. Massachusetts: The MIT Press Cambridge; 1989.
- 87 Ashton P. Cross-cultural piagetian research: an experimental perspective. *Harvard Educational Review* 1975;45:475-506.
- 88 Lawson A, Nordland F. Conservation reasoning ability and performance on BSCS, Blue Version Examinations. *Journal Research in Science Teaching* 1977;14:69-75.
- 89 Monnier C, Wells A. Discusión de la investigación reciente sobre el estadio de las operaciones formales. En: Piaget J, Apostel L, et al. *Construcción y validación de las teorías científicas. Contribución de la epistemología genética*. Buenos Aires: Paidós; 1986.
- 90 Smith L. General transferable ability: an interpretation of formal operational thinking. *British Journal of Developmental Psychology* 1986;4:377-387.
- 91 Oser F, Reich HK. The challenge of competing explanations. *Human Development* 1987;30:178-186.
- 92 Ainsworth MA, Rogers LP, Markus JF, Dorsey NK, Blackwell TA, Petrusa ER. Standardized patient encounters: a method for teaching and evaluation. *JAMA* 1991;266:1390-1396.
- 93 Mancuso CA, Rose DN. A model for physicians' therapeutic decision making. *Archives Internal of Medicine* 1987;147:1281-1285.
- 94 Wartofsky MW. Clinical judgment expert program and cognitive style: a counter-essay in the logic of diagnosis. *Journal of Medical Philosophy* 1986;11:81-92.
- 95 Crain WC, Crain EF. Psychology of the scientist: LVII. Can humanistic theory contribute to our understanding of medical problem-solving? *Psychological Reports* 1987;61:779-788.
- 96 Leaper D, Gill P, Staniland J, Horrocks J, de Dombal F. Clinical diagnostic process: an analysis. *British Medical Journal* 1973;3:569-574.
- 97 Bulger RE. The need for an ethical code for teachers of the basic biomedical sciences. *Journal of Medical Education* 1988;63:131-133.
- 98 Ahlawat K, Billeh V. Comparative investigation of the psychometric properties of three tests of logical thinking. *Journal of Research in Science Teaching* 1987;24:93-105.
- 99 López Ruperez F, Palacios C, Brincones I, Sánchez I, Garrote R. Evolución del nivel piagetiano de desarrollo cognitivo en alumnos de Bachillerato. Un estudio longitudinal. *Revista de Psicología General y Aplicada* 1987;849-870.
- 100 Castro EA, Fernández F. Intellectual development beyond formal operations. *International Journal of Science Education* 1987;9:441-447.

- 101 Lawson A. The four-card problem resolved? Formal operational reasoning and reasoning to a contradiction. *Journal of Research in Science Teaching* 1987; 24:611-627.
- 102 White K, Friedman B. Conservation of volume in college students: challenging Elkind. *The Journal of Genetic Psychology* 1977;131:183-193.
- 103 Khun D. La aplicación de la teoría de Piaget sobre el desarrollo cognitivo a la educación. *Infancia y aprendizaje*. Monografía, Piaget 1981;2:144-161.
- 104 Chapman M. Contextuality and directionality of cognitive development. *Human Development* 1988;31:92-106.
- 105 Duckworth E. O se lo enseñamos demasiado pronto y no puede aprenderlo o demasiado tarde y ya lo conoce: el dilema de aplicar a "Piaget". *Infancia y aprendizaje*. Monografía, Piaget 1981;2:163-176.

LA REFORMA DEL SECTOR SALUD¹

*Pablo Isaza Nieto*²

INTRODUCCIÓN

Las grandes inequidades que en materia de salud existen en el continente son la única y más importante justificación de una reforma del sector salud, entendida esta como la realización de cambios profundos en el sector que apuntan a lograr una cobertura total de servicios de salud y si es posible de seguridad social a toda la población (1).

Los indicadores de salud demuestran que el número de personas desatendidas ha aumentado en vez de decrecer; se calcula que entre el 30 y el 40% no tienen servicios o los tienen de mala calidad. Esto hace que, aunado a otros factores, la falta de atención en salud contribuya a una pobre calidad de vida. Para muchos latinoamericanos la vida no es compatible con la dignidad de ser humano; se sobrevive antes que vivir (2, 3).

Históricamente y a pesar de los esfuerzos realizados en la organización y distribución de los recursos, con dos o tres excepciones los países no cubren con servicios de salud a todas sus poblaciones. Así, en el pasado, cambios institucionales modestos y que no tocan las estructuras fueron llamados reformas. Esfuerzos de coordinación entre las instituciones de seguridad social y los servicios públicos de salud son llamados reformas. Al final, el resultado es un muy poco cambio de lo que realmente debe pretender un proceso de reforma.

Las características de las reformas de salud planteadas a finales de la década de 1980, especialmente en el marco del ajuste estructural de los países y de la modernización del Estado y llevados a cabo por lo menos en tres países de la Región, están fundamentalmente inspirados en los postulados de reformas sectoriales impulsados por las Agencias de Financiamiento y Cooperación Externa, y aceptados por la mayor parte de los países del continente con mayor o menor grado de "pureza". Con la privatización en mente y con la disminución del papel del Estado, se iniciaron

¹ Documento preparado para la Asociación Colombiana de la Salud. Enero de 1995.

² Consultor de Inversiones y Proyecto en Salud. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos de América.

los primeros planteamientos sobre reformas en salud. Estos postulados han sido acondicionados a la realidad de los países. Sin embargo, ha habido un cambio variando de estos postulados a los conceptos fundamentales de un proceso de reforma: equidad, universalidad, integralidad y solidaridad los cuales son ahora las bases de la reforma (4).

En la actualidad las características o tendencias hacia las cuales se mueven las reformas son:

- Separación de las prestaciones o riesgos de largo plazo (fondos de pensiones) de las prestaciones de salud. El componente de seguridad social en lo que a este aspecto se refiere, sale así del sector salud al cual se encontraba operativa y estrechamente ligado.

- El sector salud ya "limpio" del componente de pensiones, debe estar organizado de tal manera que en un esquema de libre competencia o de "competencia dirigida", las instituciones públicas y privadas compartan la atención de salud de la población. El Estado se reserva el papel normativo y regulador (rol de las superintendencias de salud) (5, 6).

- El financiamiento estará más cargado hacia los esquemas conocidos como prepago en paquetes o canastas básicas, previamente determinados. Se entra a concertar con grupos de afiliados estos paquetes básicos, así como las pre-existencias y los co-pagos. Para aquellas franjas de población que no tienen capacidad de pago, se establecen fondos de solidaridad que se financian por el Estado vía tributaria, y por el incremento de por lo menos un punto porcentual de la cotización del esquema de prepago obrero-patronal.

- La organización y mixtura de los servicios públicos y privados puede ser de distinta forma, pero siempre estimulando la competencia. En principio, cada país podrá hacerlo acudiendo a su propia realidad, a su desarrollo político, social y económico, pero sobre todo acudiendo a su propia creatividad e ingenio. Es por ello que en cuanto a la organización de los servicios y la prestación de atención de salud, los esquemas no son fácilmente reproducibles de un país a otro. El modelo exitoso en un país puede no ser viable en otro. Depende del pasado y de la historia de su sector salud, y en general de la forma en que se ha ido transformando el Estado.

- Los modelos de atención en salud, en el marco de la competencia pasan a modernizarse. De lo contrario, las instituciones pueden desaparecer o ser absorbidas por otras más competitivas y modernas, sean estas del sector público, privado o mixto. Se trata de que el usuario o afiliado acuda y elija el mejor servicio en relación con su capacidad de pago, teniendo siempre como mínimo el paquete básico de salud o canasta básica. Se acude a la "reingeniería" y a la "reconversión" para modernizar las instituciones (7).

- Frente a las tendencias de reforma enunciadas anteriormente, permanece en muchos países el pensamiento de que el Estado debe continuar a cargo de la atención de salud de la mayor parte de la población, modernizando sus instituciones e introduciendo cambios en los modelos

de atención. Para estos países, la necesidad de efectuar estudios y análisis de sus propios problemas de salud es de gran urgencia. De la posibilidad de realizar estos estudios o análisis de sector, depende la capacidad que tengan de acometer procesos de reforma con personalidad propia; de lo contrario, se verán forzados a iniciar estudios intencionados y dirigidos a la realización de reformas incompatibles con sus propias realidades.

¿QUÉ ES UNA REFORMA DEL SECTOR SALUD?

La reforma del sector salud es un proceso de cambios estructurales profundos en lo político, en lo técnico, y en lo administrativo, dirigida a lograr a mediano y a largo plazo la total cobertura de servicios de salud de la población de un país, utilizando para ello todos los recursos existentes sean estos de carácter público, privado o mixto. En lo posible las reformas del sector salud deberán desarrollarse conjuntamente con el sector de la seguridad social. Para que una reforma del sector salud se pueda definir como tal, debe reunir por lo menos los siguientes atributos:

Equidad. En la medida en que el sector salud reformado no discrimina en razón de capacidad de pago del usuario; o en razón de riesgo, y que brinda oportunidad de acceso a toda la población (8-11).

Solidaridad. En la medida en que mediante mecanismo de redistribución o financiamiento directo se asegure capacidad de pago a todos los usuarios. En un sector reformado, quienes tienen mayor capacidad de pago son solidarios con quienes carecen de recursos para asegurar su atención (12).

Universalidad. En la medida en que la atención de salud cubre a toda la población por lo menos con los servicios básicos de salud compatibles con una vida sana.

Integralidad. En la medida en que los servicios prestados abarcan la promoción, la prevención, la recuperación y la rehabilitación en cantidad, calidad y oportunidad, y con sentido de eficiencia (13).

Participación. En la medida en que las reformas hechas sean el producto de un proceso de concertación de todos los actores involucrados en el proceso, tanto político como técnico, y que además la población a través de sus organizaciones tenga participación en el manejo y conducción de los recursos asignados al sector (14).

Descentralización. En la medida en que el sistema de salud reformado se acoge y adapta a los procesos de descentralización política y administrativa de la vida nacional como herramienta para la mejor toma de decisiones en relación con los problemas reales locales. Así mismo, en la medida en que permita que los recursos sean manejados por los niveles locales y regionales (15, 16).

Libre elección. Se puede agregar este atributo en la medida en que permite a la población optar y acceder a servicios de salud más acordes con sus realidades y aspiraciones. La libre escogencia por otra parte, permite y estimula la competencia entre las diferentes instituciones del sector.

Otros atributos y categorías en el desarrollo de los procesos de reforma son:

- La *eficiencia* que deben alcanzar los servicios de salud para lograr los objetivos propuestos de mejorar la cobertura en cantidad y calidad.
- La *reconversión o reingeniería de los modelos de atención en salud* acordes con el sistema de salud reformado (17, 7).
- La *reconversión de los recursos humanos* en salud, para que desde su formación hasta su utilización sean capaces de desempeñarse y moverse fácilmente en un sector reformado.

Las reformas del sector salud tienen dos procesos claramente definidos e interrelacionados entre sí: el proceso político y el proceso técnico y administrativo. El primero debate, analiza, concerta y hace viable políticamente la reforma. De la conducción y coordinación de los procesos depende el éxito de la reforma. El uno sin el otro no la hacen viable. Iniciar un proceso político sin un contenido de estudios técnicos en lo organizacional, lo administrativo y lo financiero, no permite la toma de decisiones sobre bases ciertas; por el contrario, llevar a cabo los estudios técnicos sin abrir avenidas para la discusión política y la concertación, hacen que los esfuerzos en este sentido se queden sin espacios que los hagan sobrevivir (Figura 1).

Algo parece claro: los procesos de reforma del sector a media década de haberse iniciado, cuentan con un cúmulo de conocimientos tanto en lo político como en lo técnico y administrativo que permiten trazar estrategias de aplicación independientemente del escenario político en el cual se desarrollan.

¿QUÉ ES UN ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD?

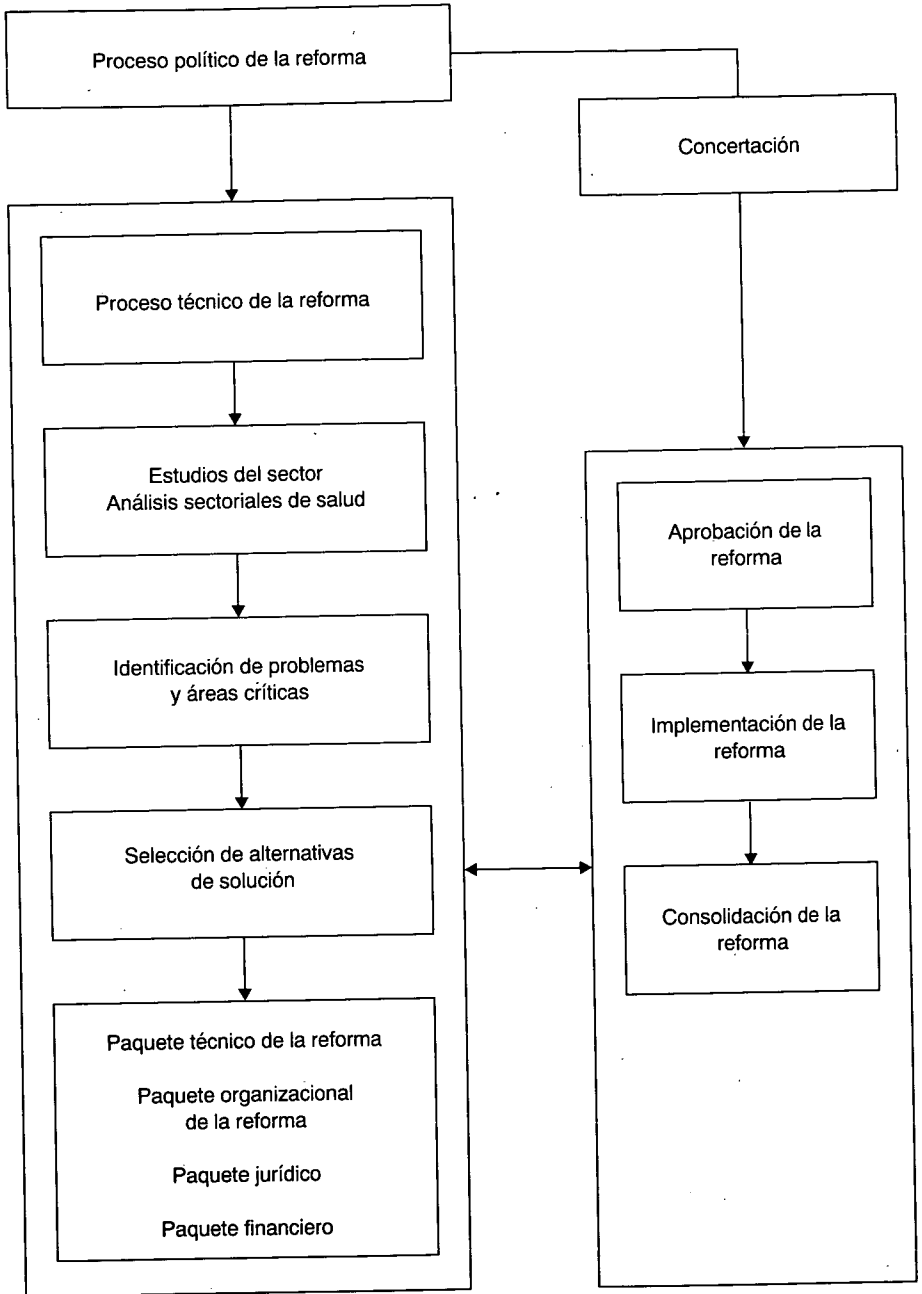
Los procesos de reforma del sector salud deben ser precedidos por estudios serios y profundos sobre los principales problemas del sector. Es lo que se conoce como *análisis sectorial de salud* y cuyo objetivo es el de conocer con el mayor grado de análisis y profundidad todos los aspectos del sector, desde su composición, estructura, desempeño, financiamiento, pasando por los que tienen que ver con las responsabilidades del sector en términos de niveles de salud, perfiles epidemiológicos, y peso y distribución de la enfermedad y la incapacidad (18–20). Los análisis sectoriales en salud deben tener las siguientes características:

Globalidad. Que abarquen el sector de la salud tanto público como privado, y si es necesario componentes de otros sectores condicionantes de la salud.

Realistas. Que contemplen las realidades nacionales en términos de las variables políticas, sociales y económicas existentes en el país.

Participativos. Que en los estudios exista una participación y representatividad de los sectores institucionales, corporativos, sindicales, vinculados directa o indirectamente al sector.

FIGURA 1. Reforma del sector salud y seguridad social.



Factibles. Que conduzcan en la forma más concreta posible a la identificación de problemas críticos y cuellos de botellas que permitan posteriormente plantear las alternativas de solución.

Articulados. Que las diferentes áreas de estudio y análisis estén de tal manera articuladas, que permitan llegar a la información de un cuerpo armónico de propuestas de solución (propuestas de cambio).

Coherencia y racionalidad. Que en su resultado final, los estudios de sector tengan una coherencia y racionalidad tal, que permitan la implementación de las soluciones propuestas.

Los análisis del sector salud pretenden, como se dijo anteriormente: identificar los principales problemas que afronta el sector salud; analizar los problemas identificados sobre la base de posibilidades de solución, los problemas serán analizados en su contexto; plantear o proponer las soluciones alternativas a los problemas, de tal manera que un conjunto de propuestas puedan constituirse en un todo armónico, *cuerpo de propuestas de cambio* (reforma del sector) teniendo presente su viabilidad y sostenibilidad (Figura 2).

Los estudios del sector deben ser abordados por grupos multidisciplinarios, y en el caso de un país por grupos además multi-institucionales, de tal manera que se establezca una dinámica que permita que conservándose el campo de especialidad o de experiencia de uno o más individuos (demografía, epidemiología, economía de la salud, atención médica, salud pública, etc.), se logre un intercambio y articulación de conocimientos para lograr el producto final deseado. Este producto debe ser en todo caso un *análisis del sector salud* o *análisis sectorial de salud* que conduzca en su desarrollo y propuestas a una reforma del sector. El análisis debe contener los atributos enunciados al inicio de este punto (3). Una cosa es cierta, los análisis del sector son ejercicios de largo aliento, así como lo son las reformas y deben obedecer a una conducción clara y enérgica.

La experiencia acumulada por los países que han emprendido procesos de análisis sectoriales en salud, y aquellos pocos que han cristalizado mediante leyes y decretos verdaderas reformas del sector, han abordado las siguientes áreas temáticas:

ÁREA TEMÁTICA NO. 1. CONTEXTO POLÍTICO Y ECONÓMICO (21)

Contenido

1.1 Contexto político, económico y social

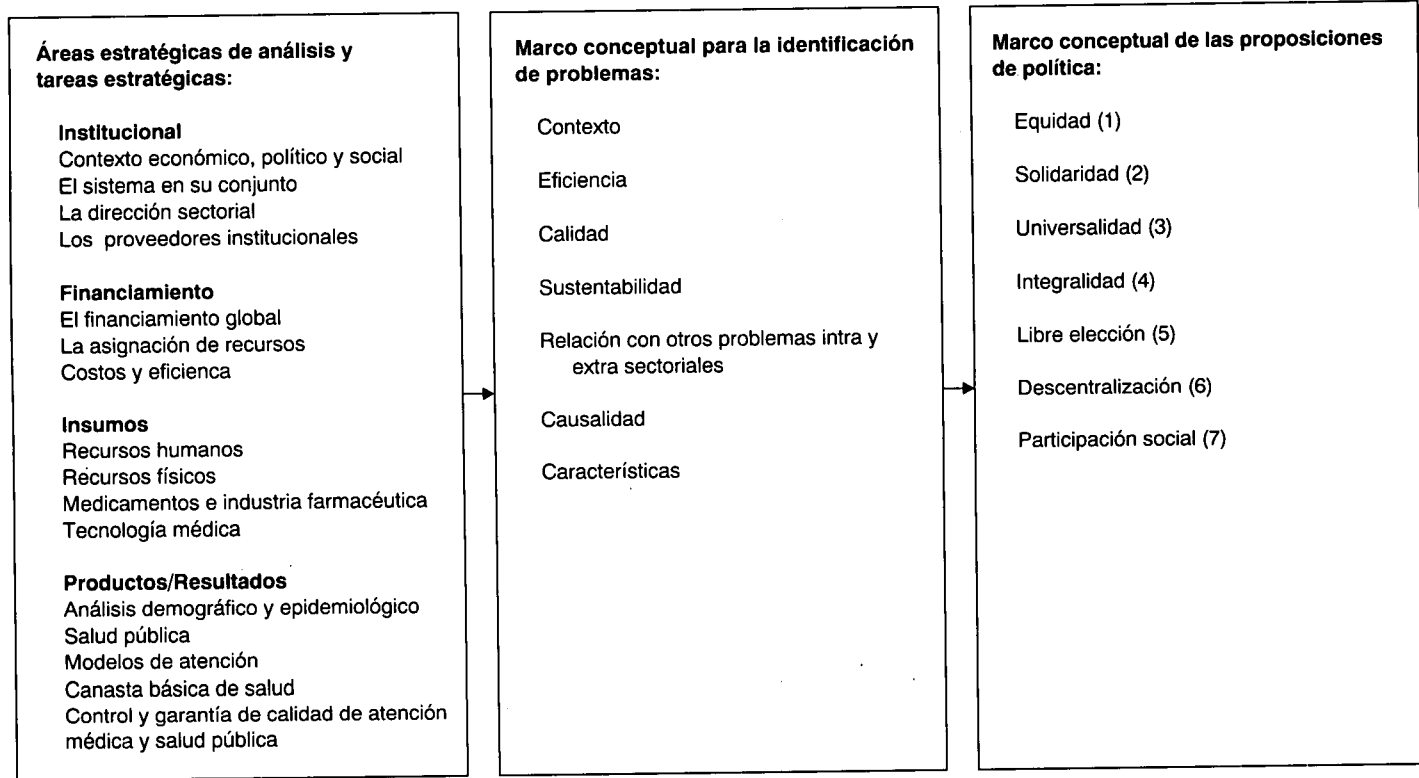
Análisis del proceso de modernización del sector público.

Análisis de problemas y políticas adoptadas.

Estudio de transformación de otros sectores.

Implicaciones de las políticas de Gobierno para el sector salud.

FIGURA 2. Análisis del sector salud. Marco conceptual para el análisis de áreas estratégicas, identificación de problemas, propuestas de solución y proposiciones de política.



ÁREA TEMÁTICA NO. 2. CONTEXTO DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLOGICO

Contenido

2.1 Análisis del impacto demográfico

Análisis del impacto demográfico sobre la prestación de servicios de salud.

Construcción de escenarios demográficos futuros (22, 23).

Análisis y estudios de pobreza y poblaciones de riesgo.

2.2 Análisis epidemiológico. Análisis de carga de enfermedad (24–28)

Análisis epidemiológico.

Análisis de la mortalidad y morbilidad evitables.

Análisis de la carga por enfermedad, invalidez, y de su impacto económico.

ÁREA TEMÁTICA NO. 3. CONTEXTO INSTITUCIONAL Y ORGANIZATIVO DEL SECTOR SALUD

Contenido

3.1 Análisis del sector institucional y organizacional

Análisis macro sobre la concepción global del sector salud.

Análisis de la organización institucional del sector público en salud.

Análisis del subsector privado.

Análisis de las bases doctrinarias.

Interfases con otros sectores que tienen repercusiones en la salud de la población.

Análisis del marco jurídico y de la implicación para la transformación del sector.

Dirección sectorial

Análisis de los roles institucionales.

Rol de conducción de los ministerios de salud.

Rol de otras instituciones públicas.

Análisis de la estructura, funcionamiento, capacidad instalada del sector privado.

3.2 Procesos de planificación y toma de decisiones en el sector salud

Análisis de los procesos de planificación en salud y toma de decisiones.

Análisis a nivel del sector y de cada una de las instituciones.

3.3 *Proceso de descentralización*

Análisis del proceso de descentralización del sector salud y comparación con la descentralización de otros sectores.

3.4 *Seguridad social y esquemas de prepago*

Análisis de la evolución y tendencias de los esquemas de seguridad social, y de su impacto futuro en el financiamiento de los servicios de salud.

Análisis de la evolución de los seguros privados de salud y de los esquemas de prepago.

Análisis de los esquemas de opciones y competencia.

Análisis del marco regulatorio de seguros privados y esquemas de prepago.

ÁREA TEMÁTICA NO. 4. INSUMOS

Contenido

4.1 *Recursos humanos (29)*

Análisis del modelo de formación (oferta) de recursos humanos y de empleo (demanda).

Análisis de los procesos de utilización, formación permanente y administración de los recursos humanos de las instituciones del sector. Rol de las universidades.

4.2 *Recursos físicos*

Análisis de la red de servicios.

Estructura.

Capacidad instalada.

Distribución.

Racionalidad en función de aspectos demográficos y epidemiológicos.

Análisis por institución, sector público y sector privado.

4.3 *Medicamentos*

Análisis del sistema de producción de la industria farmacéutica y de biológicos y reactivos.

Sistema de adquisición.

Sistema de distribución.

4.4 Tecnologías médicas, equipamiento e insumos médicos

Producción y mercado de equipamiento e insumos médicos.
Análisis de los procesos de incorporación y adquisición de tecnologías médicas.

4.5 Incentivos para el control de costos

Mecanismos existentes y prospección de desarrollo en las distintas instituciones públicas.

ÁREA TEMÁTICA NO. 5. FINANCIAMIENTO

Contenido

5.1 Financiamiento (30, 31)

Análisis del financiamiento del sector.
Fuentes y estructura pública y privada.
Gastos y eficiencia.
Análisis de la carga financiera para el sector público. Capacidad y voluntad de pago por parte del consumidor.

5.2 Asignación de recursos

Mecanismos de asignación de recursos.
Análisis macro del impacto del gasto en salud.
Diseño y construcción de escenarios potenciales y de esquemas de financiamiento.
Consignación por programa y estructuras. Análisis de coherencia en lo político.

ÁREA TEMÁTICA NO. 6. PRODUCTO

Contenido

6.1 Salud pública

Análisis de los programas de salud pública y regulación sanitaria.
Análisis de modelos existentes y control de garantía, calidad y eficiencia.
Estructuración de costos y análisis de eficiencia.

6.2 Modelos de atención en salud

Análisis de los modelos existentes de atención médica y de control y garantía de calidad y eficiencia.

Estimación de costos y análisis de eficiencia.

Canasta básica — Análisis y cálculo de costos de acuerdo con patrones de demanda existente y proyecciones de demanda insatisfecha. Contenidos de la canasta básica (prevención, promoción, servicios de apoyo, hospitalización y urgencias (II).

Patrones de utilización.

El análisis del sector salud se hace planteamientos como los que a manera de ejemplo se esbozan a continuación:

ANÁLISIS DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO

En un ejercicio de análisis sectorial, el conocimiento de la situación de salud de la comunidad así como sus características demográficas es el punto de partida para conocer y entender el objetivo central hacia el cual se dirigen las acciones del sector. Al abordar los estudios necesarios para conducir con la mayor certeza y precisión el análisis del sector, la obtención y análisis de los datos debe permitir el mayor grado de conocimiento de las características de la morbilidad y la mortalidad en términos de estructura, carga de la enfermedad, distribución entre grupos de población por edades, por regiones geográficas, situación socioeconómica (pobreza, ingreso), comportamiento y tendencias. A diferencia de estudios tradicionales en los cuales se muestra una situación estática y muchas veces aislada, la elaboración de lo demográfico y epidemiológico tiene que ir desde un principio ligado a las soluciones potenciales, en términos de sus actividades y costos.

La elaboración de tablas, gráficas y otras ayudas de análisis deben estar de tal manera presentadas, que permita a quienes están a cargo de tomar las decisiones en cuanto a políticas, intervenciones y financiamiento, el mayor acierto en términos de equidad, eficiencia y calidad.

Específicamente en lo que tiene que ver con lo demográfico, el conocimiento de las tendencias en cuanto a crecimiento de la población es básico para proyectar, no solo las acciones de salud sobre la población, sino las intervenciones necesarias para modificar dichas tendencias. Así mismo, una apreciación sobre distribución geográfica o regional permitirá al más alto nivel asignar recursos específicos o focalizar intervenciones especiales.

CONTEXTO INSTITUCIONAL Y ORGANIZACIONAL DEL SECTOR

En el análisis sectorial, el estudio en profundidad de la forma en que están organizados los recursos que se destinan a la salud, es com-

ponente central del ejercicio de análisis. También en este componente, como en el de los estudios demográficos y epidemiológicos, los estudios deben estar referidos a la identificación de problemas prioritarios teniendo como referente tres principios fundamentales: equidad, eficiencia y calidad. En el pasado, muchos de los estudios de sector no pasaban de hacer un listado de las principales instituciones del sector, especialmente las ubicadas en el subsector público y mixto, haciendo caso omiso de los recursos del subsector privado. Pero aún así, el inventario de instituciones públicas y mixtas con sus recursos, responsabilidades de coberturas y capacidades, no era objeto de análisis con referentes, como los indicados anteriormente. El resultado final en este componente debe indicar claramente en dónde y porqué se producen las mayores inequidades en la asignación de los recursos, y cómo este hecho está ligado a la organización. La pregunta clave es: ¿si se tuviera otra organización más eficiente se lograría una mayor y más equitativa cobertura de salud a la población?

El análisis aquí pasa por el estudio de las políticas de salud existentes, tanto explícitas como implícitas, y su verdadera relación con la organización de las instituciones y sus responsabilidades de coberturas, así como por su relación tanto vertical como horizontal. Se incluye necesariamente el subsector privado. ¿Cuál es el rol del Gobierno? ¿Qué responsabilidad tiene? ¿Cómo se relaciona por ejemplo, con el subsector privado? ¿Qué capacidad tiene y cuál es su eficiencia? ¿Cómo se toman las decisiones de política de asignación de recursos y cómo afectan a las instituciones, estén estas situadas en el sector público, privado o mixto? ¿Cuál es el marco regulatorio? ¿Cuáles son los espacios y cuál la flexibilidad jurídica para introducir cambios en la organización del sector?

MODELOS DE ATENCIÓN EN EL SECTOR SALUD REFORMADO

La concepción global del sistema de servicios de salud y sus modelos de atención en el sector salud reformado se afianza en la transición de sistemas organizados bajo una autoridad centralizada hacia un esquema de organización más horizontal en el que se introducen mecanismos de competencia; participación del sector privado como proveedor de servicios a usuarios anteriormente ligados al sector público; descentralización; eficiencia; utilización de recursos independientemente de si están o no en el sector público o privado, y financiamiento basado en una distribución tal de los escasos recursos, que permita la atención a toda la población. Además el sistema comprende una gran participación de la comunidad (usuarios) en la gestión y control de los servicios. El debate de si la salud debe o no ser responsabilidad del Estado pasa a un segundo plano, para dar paso a la concepción de la atención integral a toda la población con paquetes básicos de salud, financiados en forma solidaria por toda la sociedad.

Los modelos de atención existentes pasan a *reconvertirse* teniendo en cuenta las siguientes características: conocimiento profundo de perfiles epidemiológicos y demográficos locales y regionales; competencia y elegi-

bilidad por parte de los usuarios hacia los servicios ofrecidos; reconversión de la atención curativa y hospitalaria hacia la medicina preventiva y la promoción de la salud; implantación de metodologías de trabajo basadas en el concepto de unidades técnico-administrativas; determinación e implementación de paquetes básicos de salud, y reconversión de los recursos humanos en salud.

La redefinición de los modelos de atención de salud es parte fundamental de la reforma del sector salud.

El modelo de atención dentro de la reforma parte de la base de un modelo de atención que contenga un paquete de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación (integralidad) destinado a satisfacer las necesidades esenciales de la población de un país, así como las patologías más frecuentes. El modelo debe permitir el acceso de todas las personas a los servicios, basado en el concepto de *universalidad* de la atención en salud. Así mismo, el modelo debe contar con un financiamiento que permita y asegure su sostenibilidad, base de lo cual constituye la *solidaridad* como mecanismo para obtener los recursos financieros del sistema de salud y de modelo de atención.

Los modelos de atención del sector reformado se estructuran sobre la base de:

- Estudios demográficos y de perfiles epidemiológicos de las poblaciones a atender, caracterizando sus disparidades; sus estructuras de cambio y transición; su concentración en regiones del país, con características propias desde el punto de vista de nivel de salud y su entorno, y en relación con daños prevalentes, y desde el ángulo de su capacidad económica para pagar o ser subsidiado en la atención de salud requerida. Los estudios de pobreza y distribución de ingreso son elementos fundamentales en la definición de modelos de atención.
- El modelo de atención en el sector reformado tiene como marco de acción la competencia entre establecimientos de salud, pertenezcan estos al subsector público, privado o mixto. Dado que una de las bases de la reforma de la libre elegibilidad por parte de los usuarios son los servicios, estos deben estar preparados para actuar en un sistema de competencia vigilada por el Estado. Así la modernización y el cambio constituyen un imperativo.
- La *reconversión* del modelo de atención curativa y hospitalaria hacia modelos reales de medicina preventiva y de promoción de la salud, teniendo como unidad básica-objetivo no al individuo sino a la familia, la comunidad y el ámbito local. Esto significa que, partiendo de los estudios demográficos y epidemiológicos, se diseñen y reconviertan servicios que atienden la problemática local, sin ser reproducciones de modelos centrales. La atención hospitalaria y curativa será diseñada y reconvertida para la atención de patologías que han sido identificadas como las de más alta prevalencia. En base a estas patologías se estructurarán los servicios curativos. La referencia y la contrarreferencia deben pasar de un enunciado técnico a una operativización real.

- El modelo de atención parte de la base de la implementación de paquetes básicos a canastas de salud determinadas por metodologías afianzadas en la realidad de cada país y de cada región, y respondiendo a las características de patologías predominantes. Se requiere para la definición de estos paquetes básicos, estudios de costos; estudios de tratamientos y procedimientos; estudios de incidencia y prevalencia de daños, y validación de los mismos por los niveles normatizadores del sistema.

- Implementación de metodologías de trabajo basadas en el concepto de *unidades técnico-administrativas* que conformen una estrecha relación entre el trabajo científico-técnico y su apoyo administrativo y logístico. Este concepto es la base de la planificación, la programación, la monitoría y la evaluación de los servicios ofrecidos tanto en lo que tiene que ver con la calidad de la atención, como en la eficiencia y financiamiento. No será posible bajo la realidad de una reforma del sector el no trabajar con este concepto, pues de él se desprenderán la definición y determinación de paquetes básicos de salud.

- Reconversión y cambio en los recursos humanos en salud para hacer viables los modelos de atención propuestos. Enfoque de trabajo multidisciplinario adaptado a la nueva realidad de un sector competitivo y modernizado enfocado a la familia, más que al individuo, así como a su entorno local.

- Diseño y operacionalización de un sistema de vigilancia y control del sistema de servicios y los modelos de atención (superintendencia de salud) a cargo de normatizar lo relativo a la calidad de la atención, así como a su efectividad y funcionamiento. La vigilancia será responsabilidad del Estado en el más alto nivel, pero compartida a nivel regional y local con la comunidad.

CONCLUSIONES

Las reformas del sector salud son procesos de perfil político por cuanto involucran a todos los actores del quehacer político (sociedad civil organizada; sindicatos; agremiaciones profesionales; asociaciones de usuarios; gremios de industriales; empresas; partidos políticos; asociaciones religiosas; fuerzas armadas, entre otros). Sin embargo, sin una sólida base técnica representada por los estudios hechos en los análisis sectoriales de salud, las reformas no son viables o se pueden sufrir desencantos y frustraciones. Es por ello que el planteamiento estratégico cuidadoso y "al día" en la conducción de las reformas es base fundamental para el éxito. Quienes conducen un proceso de estas características deben saber detenerse a tiempo cuando las condiciones no son las mejores, o avanzar cuando ellas son propicias. Se deben estudiar las alianzas, establecer las negociaciones y finalizar los acuerdos que conduzcan a que la reforma sea una realidad nacional. La conducción debe estar en el más alto nivel político del ejecutivo y del legislativo. En otras palabras, una reforma del sector salud y la se-

guridad es un *propósito nacional*, y no un cambio parcial o “cosmético” de algunas instituciones del sector.

Para que existan posibilidades de éxito, las reformas deben estar precedidas por ejercicios de análisis del sector salud con las características anotadas anteriormente.

En lo técnico y metodológico, la diversidad y complejidad de los estudios requeridos para proponer reformas del sector salud queda expuesta cuando se repasan las áreas temáticas y contenidos citados anteriormente. El solo hecho de abordar estudios de carga de enfermedad; de costo-efectividad; de plan básico o canasta básica; de cálculos actuariales; de reconversión de modelos de atención; de reconversión de la educación médica entre muchos otros, es una demostración palpable del esfuerzo y el conocimiento que se requiere. Sin embargo esto ya ha sido hecho en algunos países por grupos de profesionales con o sin apoyo externo. Los resultados han sido excelentes, y han iniciado el camino para una real transformación del sector que cumpla con el objetivo fundamental de disminuir las inequidades existentes.

REFERENCIAS

- 1 World Bank. *World Development Report. Investing in health*. New York: Oxford University Press; 1993.
- 2 Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas*, vol. 2. Washington, DC: OPS; 1994.
- 3 Castellanos PL. *Perfiles de mortalidad, nivel de desarrollo e inequidades sociales en la Región de las Américas*. Washington, DC: OPS; 1994.
- 4 Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central rol of policy analysis. *Health Policy and Planning* 1994;9(4):353-370.
- 5 Isapres. El sector privado en el sistema de salud chileno. Santiago de Chile; 1993.
- 6 Colombia, Ministerio de Salud. La seguridad social en Colombia. Ley 100 de 1993. Dupligráficos Ltda; 1994.
- 7 Colombia. Instituto Colombiano de la Seguridad Social. Modelos de atención en un sector salud reformado; 1994. (Documento mimeografiado).
- 8 Naciones Unidas. Equidad y transformación productiva; un enfoque integrado. New York: Naciones Unidas, LC/L.668, 6 de enero de 1992.
- 9 Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La equidad en el panorama social de América Latina durante los años 80-LC/G.1686, 31 de octubre de 1991.
- 10 Whitehead M. *The concepts and principles of equity and health*. World Health Organization, Copenhagen, Denmark; 1990.
- 11 Organización Panamericana de la Salud/Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe*. OPS/CEPAL, CSP24/20, julio de 1994.
- 12 Colombia, Ministerio de Salud. La seguridad social en Colombia. Ley 100/93. Dupligráficos Ltda.
- 13 Organización Panamericana de la Salud. *Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas 1991-1994*. Washington, DC: OPS; 1991.
- 14 Organización Panamericana de la Salud. *SILOS. La participación social en el desarrollo de la salud*. Washington, DC: OPS; 1993.
- 15 Soberón, Ruis Massieu, Kumate, Isaza, et al. *La descentralización de los servicios de salud. El caso de México*. México: Grupo editorial Miguel Ángel Paiva; 1986.
- 16 Organización Panamericana de la Salud. *Sistemas locales de salud. La adminis-*

- tración estratégica*. Washington, DC: OPS; 1992. (HSD.SILOS.2).
- 17 World Health Organization. *Health care reforms in Europe*. Madrid, 23–24 June, 1992.
 - 18 Puentes C, Hurtado M. El análisis sectorial en salud. Washington, DC: OPS; 1991. (Documento para discusión).
 - 19 Centro de Planificación de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. El análisis sectorial en salud. Santiago, Chile; 1991. (Documento para discusión).
 - 20 Lashman K. *Health sector analysis: issues and methods*. Washington, DC: World Bank; 1984.
 - 21 Banco Interamericano de Desarrollo/ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Reforma social y pobreza*. Washington, DC: BID/PNUD; 1991.
 - 22 Bezold C. *On futures thinking for health and health care: trends, scenarios, vision, and strategies*. Institute for Alternative Futures; 1991.
 - 23 Vrieze OJ, Kuipers J, Boas. Scenario analysis in public health and competing risk, Dutch Steering Committee on Future Health Scenarios; 1991.
 - 24 México. Fundación Mexicana para la Salud. *El peso de la enfermedad en México: un doble reto*. México; 1994.
 - 25 Murray CJL. Quantifying the burden of disease: the technical basis of disability adjusted life years. *Bull World Health Organ* 1994.
 - 26 Murray CJL, López AD. Global and Regional Cause of Death Pattern in 1990. *Bull World Health Organ* 1994.
 - 27 Colombia. Ministerio de Salud Pública. *La carga de la enfermedad en Colombia*. Editorial Carrera Séptima Ltda. 1994.
 - 28 Babadilla JL, Cowley P, Musgrove P, Soxenion H. Diseño, contenido y financiamiento de un paquete nacional de servicios de salud esenciales.
 - 29 Organización Panamericana de la Salud/Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina. Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica. Edimburgo, Escocia, 8–12 de agosto de 1993.
 - 30 World Health Organization. *Organization and financing of health care reform in countries of Central and Eastern Europe*. Geneva, 22–26 April, 1991.
 - 31 Suárez, Henderson, Barillas, Vicaya. *El gasto y financiamiento del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Desafíos de la década de 1990*. Washington, DC., marzo de 1994.

REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD: ¿QUÉ PUEDE APORTAR EUROPA OCCIDENTAL A LATINOAMÉRICA?

Alberto Infante¹ y Ernesto Gozzer²

A comienzos de esta década varios países latinoamericanos se plantearon reformas en sus sistemas de salud. El tema ha ido adquiriendo tal relevancia que, en diciembre de 1994, la Cumbre de las Américas aprobó una resolución que, entre otras cosas, proponía una reunión especial de los gobiernos americanos con diversas agencias especializadas a fin de establecer un "marco de referencia" para dichos procesos" (1). Durante su preparación se apreció que los intentos de reforma mostraban gran diversidad de modelos y estrategias aunque con un propósito común: conseguir la cobertura universal con servicios de buena calidad, al menos en lo que se refiere a un "conjunto básico" de servicios (2).

Este trabajo pretende resumir la situación de los sistemas de salud en los países europeos de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) a comienzos de 1990, con énfasis en el aseguramiento, el gasto, la financiación y los resultados; analizar las principales políticas de dichos países en materia de servicios de salud; discutir algunas experiencias en curso de países como Holanda, Reino Unido, Suecia y otros, y extraer conclusiones que pueden ser relevantes para las reformas en América Latina.

LA SITUACIÓN EN EUROPA A COMIENZOS DE LOS AÑOS NOVENTA

Los rasgos relevantes de los sistemas de salud de los países europeos de la OCDE al inicio de la década se resumen en el Cuadro 1.

¹ Consultor temporal, Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, EUA.

² Residente del Programa de Formación en Salud Internacional, Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, EUA.

CUADRO 1. Situación en Europa occidental a comienzos de 1990.

1. Derecho a la protección de la salud reconocido en leyes básicas.
2. Cobertura universal (casi todo a casi todos).
3. Aseguramiento público dominante, y privado competitivo o complementario.
4. Provisión mixta (pública o privada concertada) en atención primaria y especializada.
5. Financiación mayoritariamente pública (por impuestos o impuestos y cuotas).
6. Proporción gasto público/privado: 77/23 en promedio (Rango: 61/39—Portugal—a 89/11—Bélgica).
7. Gasto sanitario total: en torno al 7,5% del PIB en promedio (Rango: de 8,9%—Francia—a 5,3%—Grecia).
8. Tendencia creciente del gasto total (a expensas de sus dos componentes) en relación con el producto interno bruto (PIB) del gasto per cápita y gasto sanitario público respecto al gasto público.
9. Escasa correlación entre niveles de gasto y niveles de salud.
10. Gran variabilidad entre países (y, a veces, dentro de cada país) en nivel de gasto, costos de insumos, oferta de servicios y práctica médica.
11. Creciente exigencia por parte de los ciudadanos (en su doble condición de usuarios y financiadores).

Fuente: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos.

Los siete primeros rasgos mencionados son comunes a las dos modalidades básicas de sistemas de salud propios del “Estado de Bienestar” como son los Sistemas de Seguro Social de Francia, Bélgica, Alemania, y los Servicios Nacionales de Salud de Inglaterra, Suecia, España. Sin perjuicio de sus diferencias, la solidaridad financiera es la base de ambos modelos: los que más ganan pagan por quienes menos ganan, los sanos por los enfermos y los jóvenes por los más viejos.

En la primera modalidad, esa solidaridad se da dentro de la población asegurada, que suele superar al 80% de la población total, y su expresión contributiva es la cuota que pagan empleados y empleadores. En la segunda, el aseguramiento coincide con la ciudadanía y su expresión contributiva son los impuestos que pagan los ciudadanos.

Desde el punto de vista del financiamiento, algunos sistemas han evolucionado desde el primer modelo hacia el segundo, manteniendo sin embargo, una parte de su financiación por medio de cuotas (Italia en los años setenta, España en los ochenta). Los copagos son más frecuentes en el primer modelo que en el segundo, con excepción de los medicamentos donde el copago es común en ambos.

En materia de aseguramiento, el primer modelo suele ofrecer diversidad de entidades aseguradoras cogestionadas por empleados y empleadores, con regulación gubernamental de sus actividades, prestaciones diferenciadas por regímenes, con tendencia a irlos igualando, y exclusión de determinadas prestaciones. El segundo modelo suele funcionar con aseguradora pública única, gestión integrada (como es el caso de Inglaterra) o descentralizada totalmente (como en Suecia) o en parte (como en España) de los servicios, prestaciones definidas en función de las necesidades de la población y las exclusiones son mínimas.

Desde el punto de vista de la provisión, el primer modelo suele ofrecer una mayor variedad de opciones tanto a los médicos como a los pacientes aunque, tras las reformas, las posibilidades de elección dentro del segundo modelo tienden a ampliarse. Los cuatro últimos rasgos mencionados en el Cuadro 1 se situaron en el centro de los debates a lo largo de la década de los ochenta.

El gasto sanitario era una de las funciones de gasto público más valorada por los ciudadanos, tanto en términos absolutos como relativos; estos tenían opiniones definidas tanto sobre su financiamiento, volumen y orientación como sobre la calidad de los servicios recibidos (3).

El Cuadro 2 resume los principales factores que tienden a incrementar el gasto sanitario, tanto desde el lado de la demanda poco o nada influenciados por las políticas de los gobiernos, al menos en el corto y mediano plazo, como desde el lado de la oferta.

Llama la atención el escaso peso atribuido a la extensión de servicios derivada de la extensión de la cobertura, frente al efecto de la introducción de nuevas tecnologías y del incremento de la demanda ligado al envejecimiento de la población y al aumento de la renta per cápita.

Adicionalmente, diversos estudios mostraron que, a partir de determinado nivel de gasto total, la correlación entre los indicadores de salud más comunes, por ejemplo, esperanza de vida al nacer, y los 60 y 80 años; años potenciales de vida perdidos para ambos sexos; mortalidad perinatal y mortalidad infantil, empieza a ser débil (4, 5). Aunque no es fácil extraer conclusiones de este hecho, pues la salud de una población es resultado de la interacción de múltiples factores (genéticos, ambientales, de estilos de vida, culturales, etc) a fines de los ochenta se generalizó la idea de que los sistemas de salud de los países europeos desarrollados estaban llegando a una "zona de rendimientos decrecientes" donde cada vez es más necesario determinar los rendimientos esperables en términos de salud de cada unidad adicional de gasto (6).

Por otro lado, diversos estudios mostraron la "inexplicable" variabilidad de la práctica clínica entre países y dentro de un mismo país,

CUADRO 2. Factores que influyen en el crecimiento del gasto.

-
1. Del lado de la demanda (poco o nada influenciados):
 - Envejecimiento de la población (los mayores de 65 años consumen 3,5 veces más)
 - Aumento de la renta per cápita (responsable de un 30% de incremento del gasto entre 1960 y 1990)
 - Aparición de nuevas patologías (por ejemplo, SIDA).
 2. Del lado de la oferta (influenciados):
 - Extensión de los servicios (el aumento de cobertura se estima responsable de 10% del incremento entre 1960 y 1990)
 - Sobreoferta de médicos y de ciertos servicios hospitalarios (por ejemplo, pediátricos)
 - Nuevas tecnologías (medicamentos, equipos, técnicas y procedimientos) no siempre con mejor relación costo/beneficio o sustitutivas de las preexistentes
 - Incremento de precios de los insumos.
-

Fuente: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 1994, y elaboración propia.

tanto en procedimientos relativamente comunes como en los vinculados a la alta tecnología. Así, un reciente estudio (7) mostró que en ocho países desarrollados, cinco de ellos europeos, la frecuencia de angioplastias coronarias por millón de habitantes variaba entre 1 y 1,2 (Reino Unido y Suecia) y 3,3–3,5 (Alemania y Holanda) mientras que la de by-pass aortocoronario entre 1,0 (Inglaterra y Francia) y 1,8 (Australia). En ambos casos, las frecuencias en los Estados Unidos —el único de los países incluidos en el estudio donde predomina el gasto privado sobre el público— eran mucho más elevadas (7,0 para angioplastia y 2,0 para by-pass).

Como ejemplo de variabilidad de una práctica clínica entre regiones de un mismo país, puede mencionarse que el gasto en hormona del crecimiento por habitante menor de 19 años varió en España de 431 a 1.140 pts en 1994 (índice 1 a 2,64) entre el servicio regional menos gastador y el que más gastó, siendo el precio de la dosis constante (8).

Ello ha llevado a sostener, por ejemplo, que hasta un 20% del gasto de salud puede estar siendo destinado a procedimientos ineficaces o perjudiciales (9) y que entre un 20–25% de los procedimientos realizados en Estados Unidos se basan en indicaciones inapropiadas o dudosas (10). En consecuencia, a fines de la década pasada buen número de países potenciaron instituciones y/o estrategias para elaborar y difundir criterios de buena práctica clínica y evaluar la seguridad, efectividad y eficiencia de las tecnologías sanitarias (11), siguiendo así una tendencia desarrollada previamente respecto a los medicamentos.

ORIENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE SALUD

Desde su origen, la Comunidad Económica Europea (CEE) careció de política de salud. No obstante, Bruselas (sede de la CEE) influyó muy pronto en el sector salud de los estados miembros por varias vías: financiando programas de investigación y desarrollo en ciencias básicas (biotecnología, bioinformática, genoma humano, etc), ciertos problemas de salud pública (cáncer, sida, envejecimiento y otros) y empleo de recursos (uso de tecnologías y servicios de salud); en medicamentos (condiciones de registro y precios) y alimentos (aditivos, etiquetado y otros) para evitar discriminaciones entre los Estados y garantizar calidad y competencia; homologando las condiciones requeridas para la libre circulación de profesionales y mediante políticas de prevención (de cáncer, tabaquismo, sida y drogadicción principalmente) y de promoción de la salud (12).

El Tratado de la Unión (noviembre de 1993) otorgó, por vez primera, competencias a la Comunidad —desde entonces “Unión Europea” (UE)— en materia de salud. Dichas competencias se circunscriben, sin embargo, a algunos aspectos de salud pública, se instrumentan a través de la “coordinación” y “apoyo” a los países y, expresamente, excluyen “toda armonización de las legislaciones de los estados miembros” (13). En todas deberá aplicarse, además, el principio de subsidiaridad. La Comisión Europea

carece de Comisario específico para los temas de salud, y aunque el Tratado establece límites estrictos a los déficits públicos de los estados miembros para acceder a la moneda única, tal límite parece haber operado como un factor reforzador de los mecanismos de control del gasto público social previamente existentes. Culminando un proceso armonizador de varias décadas, en 1994 la UE creó la Agencia Europea de Evaluación de los Medicamentos.

En los países europeos desarrollados, el tema de los servicios de salud y de su eventual reforma ha sido y es de competencia e interés predominantemente nacionales. La influencia de unos países en otros se realiza mediante el intercambio de información entre gobiernos, universidades o por los medios de comunicación, o a través de organismos de cooperación como la Oficina Regional Europea de la OMS y de la OCDE.³

Desde principios de 1980, la OCDE creó una línea de publicaciones y una base de datos periódicamente actualizada que, a finales de la década, eran ya de referencia obligada (14-16). En 1994, la OCDE señaló que “los países miembros enfrentaban los mismos problemas y compartían los mismos objetivos para los sistemas de salud, particularmente en materia de provisión de servicios de calidad a un costo aceptable”. Todo esto en un marco de crecimiento económico más lento durante los últimos trece años que en los treinta precedentes, envejecimiento de sus poblaciones y por el crecimiento de costos derivado de las tecnologías sanitarias. En un estudio que abarca 17 países —incluidos los países miembros no europeos de la Organización— se catalogó las reformas en “evolutivas” y “estructurales”, siendo estas más radicales en función de la ambición de sus objetivos, la rapidez de su aplicación o la potencia de la oposición que suscitaban. El análisis de las políticas de los países se basó en la equidad, control de costos, incentivos a la eficiencia y sistemas de pago en hospitales y atención primaria; costos de los medicamentos; control de calidad; formación de los médicos y capacidad de elección de los consumidores (17).

El Cuadro 3 resume los elementos básicos de las políticas sanitarias de los países europeos de la OCDE a comienzos de la presente década independientemente del énfasis que cada país haya puesto en uno u otro elemento y en el carácter más o menos “evolutivo” o “radical” de su implementación.

Así como durante los años ochenta la agenda se centró en conseguir la cobertura universal, desarrollar la Estrategia de Salud para Todos, fortalecer el nivel primario de atención e introducir los primeros instrumentos de control global del gasto, a comienzos de los noventa el debate se centró en cómo compatibilizar capacidad de elección, equidad y eficiencia preservando los logros conseguidos. Concretamente, en cómo añadir a los

³ Son miembros de la OCDE los quince países europeos de la UE más Noruega, Suiza, Islandia, Turquía, Canadá, Japón, Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda. México se incorporó en 1994.

CUADRO 3. Orientación de las políticas sanitarias.

1. Controlar el gasto
 - establecimiento de techos presupuestarios globales en los años ochenta
 - el médico general como puerta de entrada, los contratos-programa y la financiación selectiva de medicamentos en los años noventa.
2. Preservar la equidad
 - mantener el aseguramiento universal de financiación mayoritariamente pública
 - aseguramiento privado complementario (o competitivo regulado) en los “márgenes” del sistema
 - garantizar el acceso a colectivos con problemas específicos (emigrantes, marginales, etc).
3. Mejorar la eficiencia
 - del presupuesto de base histórica y el control administrativo en los años ochenta (macroeficiencia) a
 - la diferenciación de roles, los estándares de actividad, la negociación entre clínicos y gerentes, el presupuesto prospectivo, la competencia en la provisión y los incentivos asociados en los 90 (microeficiencia).
4. Más capacidad de elección e influencia de los usuarios
 - libre elección de médico en primaria
 - elección de servicios hospitalarios (con ciertas limitaciones)
 - introducción del “consentimiento informado”
 - encuestas posthospitalización y análisis de quejas, sugerencias y reclamaciones.
5. Énfasis en objetivos de salud e intersectorialidad
 - en educación, vivienda, política social, etc
 - a nivel subnacional (región, provincia o distrito).

Fuente: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 1994, y elaboración propia.

mecanismos de control global del gasto de los años ochenta, otros que aseguren su direccionalidad en términos geográficos, demográficos, funcionales y de calidad, es decir, combinar la “macroeficiencia” y la “microeficiencia”.

ALGUNOS EJEMPLOS DE REFORMA

El Cuadro 4 muestra una lista de países que, desde finales de 1980 debatieron e implementaron reformas en sus sistemas de salud. La diferencia entre ambas fechas indica la duración del proceso de discusión previo al inicio de las acciones de reforma propiamente dichas. En la mayoría de los casos este período duró de dos a tres años salvo el caso de Italia que duró casi cinco años. En los cuatro primeros países se encargaron

CUADRO 4. Países con reforma.

País	Inicio del debate	Inicio de la reforma
Holanda	1987	1990
Reino Unido	1989	1991
Suecia	1990	1992
España	1990	1993/1994
Italia	1990	1995
Alemania	1991	1993

informes a grupos de expertos o comisiones para la reforma que trabajaron durante muchos meses consultando a los más diversos actores implicados y que presentaron sus recomendaciones al Gobierno y/o al Parlamento.

En 1985, desde el punto de vista del aseguramiento sanitario, lo característico del sistema de salud holandés era su fraccionamiento en cuatro bloques: el seguro médico excepcional, obligatorio, cubría a toda la población frente a ciertos riesgos catastróficos (hospitalización por más de un año, ingreso en centros psiquiátricos, tratamiento en residencias asistidas), y se financiaba por cuotas, más una pequeña aportación vía impuestos y copagos; el seguro obligatorio de enfermedad abarcaba al 62% de la población (en general, perceptores de rentas fijas por debajo de determinado nivel) hacía frente a los riesgos comunes y era administrado por 40 aseguradoras privadas sin fines de lucro que no competían entre sí sino que se repartían el territorio y se financiaba mediante cuotas más una pequeña aportación vía impuestos; el aseguramiento privado voluntario cubría al 35% de la población (asalariados con ingresos altos, trabajadores autónomos y otros) a través de 70 aseguradoras privadas sin fines de lucro, solo podía suscribirse frente a riesgos no catastróficos y las primas pagadas eran deducibles solo si excedían de la cantidad que correspondería pagar al seguro obligatorio, el seguro de los empleados públicos y sus familias (6% de la población) que se financiaba con cuotas.

El Fondo General del Seguro Obligatorio, organismo público, canalizaba las contribuciones a las dos primeras modalidades de seguro. La provisión corría a cargo de médicos privados contratados por la respectiva aseguradora regional en base capitativa. Dichos médicos eran la "puerta de entrada" a los especialistas y a hospitales públicos y privados sin fines de lucro. Una parte de los especialistas eran independientes y cobraban por tarifa, y otros trabajaban asalariados en los hospitales. Los hospitales han venido negociando anualmente su presupuesto con las compañías aseguradoras en función del volumen global de servicios esperado y de acuerdo con tarifas negociadas entre ambas partes y aprobadas por una agencia central específica. Por su parte, los programas de salud pública eran competencia de las autoridades locales y se financiaban y gestionaban aparte.

El sistema holandés era un sistema de financiación mayoritariamente pública, con cobertura casi universal, inequitativa en razón de las prestaciones, gestión del aseguramiento y de la provisión mayoritariamente privadas, y fuerte regulación pública. Desde comienzos de los años ochenta, dicha regulación se conseguía mediante la publicación de un plan financiero anual, formalmente indicativo pero muy influyente; la actuación del Fondo del Seguro Obligatorio y de la Agencia de Tarifas; el control de la producción de médicos y camas hospitalarias; el control de los salarios del personal no médico, la inspección de la calidad del servicio y la acreditación. En 1986 se introdujo la incompatibilidad entre el seguro obligatorio y el voluntario, y en 1989 la limitación a la selección de riesgos practicada por las aseguradoras privadas con los mayores de 65 años (15).

A partir del informe Dekker (1987) y tras una serie de modificaciones propuestas por sucesivos gobiernos, en 1990 se inició una reforma que pretende: introducir un seguro obligatorio único para todos los residentes, cuyo contenido se fue ampliando hasta dar cuenta del 90–95% del gasto sanitario público, la integración en dicho seguro de los servicios sociales, cambiar la intervención gubernamental directa en la determinación del volumen y precio de los servicios por una “competencia regulada” tanto entre aseguradores como entre proveedores. La salud pública sigue siendo gestionada por las autoridades locales.

En 1985 Holanda dedicó el 7,9% del PIB a gasto sanitario, del que 75% fue gasto público. Cifras superiores e inferiores a la media de los países europeos de la OCDE aquel año (7,3% y 79,9%). Un elemento central ha sido el mecanismo de financiación de la cuota individual a dicho seguro. Dicha cuota se divide en dos partes: el 85% es proporcional al ingreso y se paga al Fondo Central quien, a su vez, abona una cuota ajustada al riesgo individual al asegurador privado escogido por el ciudadano entre aseguradoras sin fines de lucro; el 15% es pagado directamente al asegurador privado escogido a quien el gobierno exige que ofrezca las mismas prestaciones, cobre la misma cuota a todos sus miembros y que no rechace a ninguno. Los asegurados pueden cambiar de aseguradora cada dos años. El aseguramiento privado sigue siendo voluntario y complementario.

En 1992 el informe Dunning (18), trazó una serie de principios para determinar qué servicios deben ser incluidos en el seguro obligatorio. Sin embargo, mucho de lo propuesto no llegó a implementarse debido a la oposición que encontró. Desde entonces, se han dado pocos pasos para seguir extendiendo las prestaciones cubiertas por el seguro obligatorio y la reforma se orientó más a consolidar la competencia entre las aseguradoras que a que estas actúen cada vez más como compradores de servicios de salud a los proveedores, y a revisar el sistema de financiación prospectiva de base capítativa, cuyo ajuste al riesgo consideraba solo edad y sexo, con resultados paradójicos, pues aumentó de nuevo el peso de la financiación histórica por presión de las propias aseguradoras (19). Desde el punto de vista de la provisión, las modificaciones más significativas han sido que las aseguradoras han empezado a contratar médicos distintos a los residentes en su área geográfica, y que algunos centros de salud con fines de lucro han sido abiertos. Desde 1992 una resolución parlamentaria obliga a analizar y debatir cada paso posterior de reforma.

Aunque la contención de costos no ha sido un objetivo explícito de las reformas holandesas, conviene notar que en 1993 el gasto sanitario representó un 8,7% del PIB, mostrando un crecimiento interanual medio del 1,25% desde 1985.

El Reino Unido

La reforma del Sistema Nacional de Salud inglés se inició en 1991 y después de dos años de debates ha sido probablemente la más

analizada y la más influyente. Pretendía introducir flexibilidad, eficiencia, incrementar la calidad y permitir más capacidad de elección a los pacientes. La reforma consistió en la creación de "mercados internos" y "competencia" dentro de un sistema que junto al aseguramiento universal, la contención global de costos, el buen sistema de atención primaria y la aceptable distribución regional de servicios especializados mostraba gran rigidez, ultracentralización, ausencia de incentivos para la innovación y las mejoras de eficiencia (20).

La idea central era que "el presupuesto siga a los pacientes y no a la inversa". Los dos mecanismos esenciales para lograrlo fueron dotar a los médicos generales que atendieran más de 7.000 pacientes, y lo solicitaran, con la capacidad suficiente para manejar su propio presupuesto y así "comprar" determinados servicios especializados para sus pacientes y emplear los ahorros conseguidos para promover actividades que les trajeran más pacientes; los hospitales públicos, tutelados por la gerencia ejecutiva del Sistema Nacional de Salud podían formar "trusts" y gestionarse con normas similares a las de las empresas privadas (compiten entre sí por contratos con las autoridades sanitarias de distrito, los médicos generales y las aseguradoras privadas; gestionan sus beneficios; pueden endeudarse hasta un 6% y pueden declararse en quiebra). Por su parte, las autoridades sanitarias de distrito dejan de ser responsables de la gestión de los hospitales y de los médicos generales del nuevo modelo y se transforman en garantes de las condiciones en que los servicios son recibidos por la población.

A fines de 1994, el 90% de los hospitales y el 30% de los médicos generales se regían por el nuevo sistema.

De acuerdo con la evidencia disponible (21), la reforma no contuvo el gasto sanitario público sino que, entre 1990 y 1994, lo aumentó a tasas interanuales (4,2%; 6,8% 6,4% y 2,8%) no vistas desde los años sesenta. Ello ha podido deberse a dos factores: el fin de la fuerte contención del gasto durante los seis años precedentes que, de haberse mantenido, hubiera producido una grave quiebra del Servicio Nacional de Salud, y el incremento de gasto derivado para implementar la reforma. De hecho, a partir de 1994, las tasas de crecimiento se resituaron en los niveles precedentes (1,3%-1,4%).

Aparentemente la eficiencia hospitalaria mejoró pero no es fácil saber hasta qué punto ello se debió al incremento de la financiación o a los efectos de la reforma (los hospitales aumentaron su presupuesto al 5,1% entre 1990 y 1994 frente al 2,8% de promedio en los siete años anteriores). Además, aumentó la hospitalización tradicional y bajó la cirugía de corta estancia, un efecto no deseado probablemente ligado al sistema de financiación elegido. Hasta el momento, ninguno de los grandes hospitales públicos universitarios del centro de Londres, cuya justificación asistencial ha estado en duda por más de una década, fue cerrado o sustancialmente reducido.

Respecto a la capacidad de elección, ni pacientes ni médicos parecen apreciar todavía mejoras sustanciales pero las encuestas publicadas

corresponden a fases iniciales de la reforma (1992–1993). Respecto a las listas de espera, el método elegido (establecer unos topes máximos garantizados para las patologías más frecuentes y crear un fondo especial para financiar su disminución) parece haber tenido éxito, aunque los críticos señalan que, paradójicamente, se trata de la medida más dirigista y menos orientada al mercado de todas.

Respecto a la equidad, dos preocupaciones subsisten: la desaparición, a partir de abril de 1996 de las regiones como unidad administrativa y de cálculo de los recursos —y su sustitución por unidades más pequeñas como los distritos— puede, si no se corrige, primar a los distritos poblados por personas mayores de alto nivel de renta frente a los de población más joven y rentas iguales o menores; la perpetuación de dos tipos de médicos generales puede abrir la brecha entre la calidad de los servicios recibidos por uno y otro tipo de pacientes.

La reforma parece haber fortalecido los procedimientos de medida de la cantidad y la calidad de la producción de los servicios y se ha creado un comité nacional de auditoría clínica.

El tiempo transcurrido es aún escaso y el esfuerzo gubernamental por evaluar una reforma tan global y compleja (una de las críticas iniciales que merecen ser retenidas) ha sido, hasta aquí, insuficiente. El debate sobre los verdaderos efectos de la reforma (22) y sus contradicciones internas y su evolución futura (23) sigue vivo en las revistas especializadas y en la opinión pública.

Suecia

Suecia, como el resto de los países nórdicos con quienes comparte muchos elementos de política de salud y social, es un ejemplo de sociedad con bajas tasas de fertilidad, proporción creciente de personas mayores y altas tasas de enfermedades crónico-degenerativas o relacionadas con los estilos de vida (24). Ello unido a la existencia de un sistema nacional de salud con cobertura universal, financiación mediante impuestos y gestión descentralizada por regiones e intensivo empleo de personal sanitario especializado, llevó el gasto sanitario sueco al 9,4% del PIB en 1980 (el cuarto más alto de los países industrializados). Ese año el 92,5% del gasto fue público.

Las medidas de contención de costos aplicadas desde entonces (particularmente la racionalización de los gastos de personal, la limitación de la capacidad impositiva y financiadora de las regiones y la introducción de “presupuestos clínicos” en varias regiones) situaron el gasto sanitario sueco en el 7,9% del PIB en 1992 (siendo un 85,6% público). Suecia ha sido uno de los pocos países que consiguió rebajar la proporción del PIB destinado a gasto sanitario en ese período, y donde el descenso fue mayor. Dicha tendencia se ha mantenido en 1993 (7,5% del PIB).

A diferencia de la inglesa, la reforma sueca ha sido introducida mediante experiencias piloto. Así, a fines de la década, a través del proyecto

Dagmar 50, se incrementó la productividad y eficiencia de buena parte de los hospitales públicos, reduciendo sustancialmente las listas de espera. Por otro lado, la introducción de sistemas para relacionar actividad y presupuesto se han venido ensayando y evaluando en los centros de atención primaria y hospitales públicos desde mediados de los años ochenta.

A partir de 1992 la región de Estocolmo (1,7 millones de habitantes) inició una reforma profunda de la financiación y la organización del sistema de salud, en línea de lo que se conoce como "introducción de la competencia gestionada" (25).

La reforma partió de respetar el acceso universal y equitativo a los servicios de salud y de la financiación pública mediante impuestos. Sus objetivos declarados fueron conseguir mayor capacidad de elección para los pacientes; más continuidad a los cuidados; reducir el control burocrático; aumentar la eficiencia; disminuir las listas de espera, y fomentar la rehabilitación.

Para ello se propuso separar la financiación de la provisión; fortalecer el papel del médico general como puerta de entrada al sistema; garantizar la libre elección del médico general y, después, del hospital; introducir competencia entre provisión pública y privada en ciertos servicios (por ejemplo, los médicos generales escogen dónde comprar servicios de RX y laboratorio); contratación anual entre los hospitales y las autoridades de distrito donde se fijan precios internos y presupuestos por actividad y que la autoridad central actúe como garante de la calidad del servicio.

Según algunos estudios, en las cinco especialidades médicas donde el sistema de pago prospectivo fue introducido la producción aumentó, y la capacidad de elección de los pacientes también. Sin embargo, el costo total no aumentó porque las autoridades de distrito bajaban los precios a medida que la producción aumentaba. Aparentemente, el cálculo no fue bueno y la correlación entre precios y costos era poca. Además, el modelo fue introducido en la peor situación económica desde el final de la segunda guerra mundial, con las autoridades de distrito presionando para la reducción de personal y costos (26).

Recientemente, tras examinar dicho informe, el Gobierno formado tras las elecciones de 1994 decidió mantener el sistema de financiación basado en impuestos. No obstante, el Comité insistió en seguir reforzando la posición de los pacientes dentro del sistema de salud; en seguir evaluando las modalidades de atención a las personas mayores y en la posibilidad de ensayar la formación de cooperativas médicas o asociaciones de hospitales (27).

OTRAS REFORMAS

Alemania

Desde mediados de los años setenta se ha venido introduciendo medidas de contención global de costos cuyo resultado ha sido un creci-

miento entre 0,0 y -0,3 del gasto sanitario total entre 1980 y 1992, al tiempo que disminuía el porcentaje de gasto público del 75 al 71%. En 1993 se aprobó una Ley de Reforma del Sector Salud cuyo objetivo central es tratar de alinear el crecimiento del gasto sanitario con el crecimiento de la masa salarial de los asegurados por la vía de frenar el incremento injustificado de servicios por parte de los proveedores (médicos y hospitales independientes contratados por las cajas). La ley establece topes al reembolso de cada uno de los componentes fundamentales del gasto sanitario (retribuciones de los médicos generales, gasto en dentistas, medicamentos e ingresos hospitalarios); adicionalmente, establece algunas exclusiones y aumenta algunos copagos (29).

En 1985 el gasto sanitario en Alemania fue el 8,7 del PIB, del cual un 73,6% fue gasto público. El 100% de la población está asegurada, 90% mediante un sistema de seguro social financiado mayoritariamente por cuotas (50% empleados y 50% empleadores) y gestionado por múltiples cajas, formalmente independientes pero con fuerte supervisión de los gobiernos regionales. Dicho sistema incluye casi todas las prestaciones. Los copagos existen pero son simbólicos (28).

Por último, la reforma pretende introducir la práctica de los contratos-programa anuales entre las asociaciones de cajas y las de proveedores (generalistas y hospitales, principalmente), vincular incrementos de gasto a incrementos de cantidad y/o calidad de los servicios, fomentar la cirugía mínimamente invasiva (30, 31), y crear un fondo social nuevo para financiar los cuidados de enfermería a domicilio, un área particularmente sensible.

Italia

El Sistema Nacional de Salud italiano (SNS) data de 1978. El gasto sanitario en Italia pasó del 6,9% al 8,5% del PIB entre 1980 y 1992, si bien ese año el gasto per cápita en salud correlacionaba adecuadamente con el PIB per cápita de los italianos. El gasto sanitario público bajó del 81,1% al 75,2% del gasto total (un punto por encima del porcentaje medio de los países europeos de la OCDE) en ese período. Probablemente porque durante los años ochenta la principal preocupación fue aligerar el gasto sanitario público, aumentando la participación privada (fundamentalmente a través de los copagos) pero sin introducir, hasta recientemente, medidas para controlar y reorientar el gasto total. Buena parte del incremento se originó en el nivel primario mientras que en los hospitales públicos se lograba contener, a veces con merma de la calidad percibida por los pacientes.

La reforma italiana o "reforma de la reforma" es interesante por el largo tiempo transcurrido entre su debate y su aplicación, traducción de las dificultades políticas y sociales para ser aceptada; la profunda modificación de las Unidades Sanitarias Locales (USL), cuyo modelo de gestión las hacían únicas en la Europa desarrollada), y legalizar el *opting out*, aunque sin subvención a las aseguradoras privadas.

La reforma parte de mantener la cobertura universal y la financiación mayoritariamente pública mediante impuestos y cuotas. Pretende, sobre todo, resolver el déficit crónico del sistema e incrementar la eficiencia en los niveles local y regional. Para ello se redujo el número de USL de 650 a 225, se cambió su modelo de gestión (no por comités electivos sino por gerentes profesionales contratados por cinco años) y parte de sus funciones (dejan de financiar a los hospitales); en el plazo de tres años, las 21 regiones deberán ser autosuficientes en gasto corriente y de inversión, financiarán a las USL y a los hospitales públicos, y concertarán con los hospitales privados (que solo podrán establecer copagos para algunos servicios hoteleros); los hospitales universitarios tendrán autonomía de gestión (el resto podrán solicitarla si atienden gran número de pacientes de otras regiones), su financiación se hará parcialmente en base histórica y parcialmente por actividad medida mediante *case mix* a tarifas fijadas por las regiones aunque una parte de la actividad podrá ser facturada a costo real. Las dificultades para hacer avanzar la reforma derivaron tanto del inestable contexto político italiano como del sentido mismo de la reforma.

Así, la reforma de las USL significa el fin de la gestión de las mismas por los Comités Políticos Locales con sus inevitables secuelas de clientelismo y descontrol presupuestario.

Adicionalmente, la reforma desplaza el centro de gravedad de los municipios a las regiones. El Gobierno central contribuirá al presupuesto regional con una cantidad establecida en base capitativa corregida y, a partir de ahí, las regiones deberán hacer frente a déficits eventuales con fondos propios, subiendo los copagos, o mediante impuestos locales. Además, serán las regiones quienes seleccionarán los hospitales para enviar pacientes y establecerán las tarifas por asistencia hospitalaria, aunque una tarifa nacional servirá de referencia.

Desde 1995, los ciudadanos podrán ejercer el *opting out*, aunque la proposición para que en ese caso el asegurado privado escogido recibiera la cuota, fue rechazada (27).

España

En 1985 España gastó en salud un 5,7 del PIB, todavía muy por debajo de la media de los países europeos de la OCDE en ese año (7,3%). Un 81% del gasto fue público (media eurocede: 80%).

Desde la aprobación de la Ley General de Sanidad (1986), España dispone de un Sistema Nacional de Salud formado por los servicios de salud de las diecisiete Comunidades Autónomas y los dependientes de la Administración Central del Estado. Desde 1981 la gestión de los servicios de salud de la seguridad social ha sido transferida a siete de ellas que disponen, así, de la gestión del conjunto de todos los recursos asistenciales públicos en su territorio. Del presupuesto público anual, alrededor de un

60% es gestionado por gobiernos autónomos responsables ante más del 60% de la población.

En 1988 se cambió el tradicional sistema de financiación, donde las cuotas representaban el 75% de los ingresos, a otro donde los impuestos sobrepasan el 75%, manteniéndose el resto vía cuotas. El aseguramiento es universal tanto en términos de cobertura (99%) como de prestaciones (salvo la mayoría de las dentales) existiendo aseguramiento privado competitivo con el público (un 9% de la población tiene doble cobertura pública y privada). Determinados gastos sanitarios privados son deducibles hasta un 15%. No hay copagos salvo para una parte de los medicamentos prescritos en atención primaria a los trabajadores en activo y sus familiares (32).

Tanto en primaria como en especializada, la provisión se realiza en el sector público con personal casi funcionario, asalariado en los hospitales y con un componente salarial y otro capitativo en los médicos de primaria. El nivel primario fue reformado completamente durante la década de los ochenta creándose "equipos de salud" multidisciplinarios que trabajan en centros nuevos o remodelados. Los especialistas fueron totalmente adscritos a los hospitales. La calidad técnica es buena y las quejas fundamentales derivan de la existencia de tiempos de espera excesivos para algunas patologías frecuentes. En 1987 y 1995 los médicos de los hospitales públicos protagonizaron huelgas por mejoras salariales. Los médicos del sector público pueden ejercer privadamente en determinadas condiciones, y el INSALUD y los servicios regionales de salud contratan servicios de centros privados con tarifas fijadas por el Ministerio para el INSALUD y por los Gobiernos Regionales para los servicios de salud regionales.

En 1990 una Comisión para la Reforma del Sector creada por el Parlamento llamó la atención sobre el ritmo de aumento del gasto sanitario, las listas de espera y la rigidez administrativa del sistema. La Comisión recomendó mantener el carácter público del sistema e introducir medidas para frenar el ritmo de incremento del gasto, sobre todo del gasto en farmacia, aflorar déficits ocultos, disminuir las listas de espera, gestionar los centros sanitarios con criterios empresariales, racionalizar las prestaciones, introducir los copagos y aumentar la capacidad de elección de los usuarios.

Desde entonces se aprobaron normas para la financiación selectiva de medicamentos (1992), se introdujo la lógica de los contratos-programa entre los financiadores (el Ministerio de Sanidad y Consumo y los siete gobiernos regionales) y los proveedores (el INSALUD y otros siete servicios de salud) y entre cada uno de los proveedores y sus centros respectivos (1992); se introdujeron GDR para medir la actividad hospitalaria; se prosiguió la descentralización a otra Comunidad Autónoma (1994); se aprobó la libre elección de generalista y pediatra (1994); se aumentó el componente capitativo de los generalistas; se enfatizaron la calidad y los derechos de los pacientes; se creó la Agencia de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias (1994) y se aprobó la norma básica para ir ordenando las prestaciones (1995). Los copagos no fueron introducidos (33).

No obstante, la tendencia al crecimiento del gasto no se ha frenado (en 1993 el gasto per cápita se situó ya en cifras medias OCDE) y el cambio de un modelo de gestión administrativa a otro empresarial, aunque intentado en algunas comunidades autónomas, no se ha generalizado aún plenamente.

CONCLUSIONES

Los países latinoamericanos están asumiendo el reto de reformar sus sistemas de salud para hacerlos más equitativos. Para ello se plantean conseguir la cobertura universal, mejorar la eficiencia y aumentar la calidad. Lo que sigue pretende destacar algunos aspectos de las reformas sanitarias de los países europeos desarrollados que pueden ser relevantes para conseguir esos objetivos.

1. En los países europeos de la OCDE las reformas sectoriales se plantean desde la realidad nacional. Los sistemas sanitarios tienen una larga historia y son la resultante de múltiples y delicados equilibrios dinámicos donde el cambio es la norma y la estabilidad la excepción; a veces, esos cambios son profundos o acelerados y producen una modificación sustancial de las bases del sistema y otras no. Aunque algunos problemas importantes son comunes y el contexto internacional influye, lo determinante es el ámbito nacional a la hora de decidir el qué, el cómo y el cuándo de las reformas (34).

2. La causa más común de la reforma es la tendencia creciente de los gastos sanitarios, tanto públicos como privados, por razones que tienen que ver tanto con la demanda como con la oferta de servicios de salud. Las reformas se han centrado sobre todo en los factores vinculados a la oferta, que parecen los más influenciados por las políticas a corto y mediano plazo.

3. Las reformas están dirigidas a los servicios de atención médica, quedando, al menos inicialmente, los programas de salud pública y los servicios sociales algo relegados, probablemente debido a la prioridad dada a la contención del gasto y a una concepción restringida de la eficiencia.

4. Los cambios buscan preservar los elementos básicos de solidaridad (la cobertura universal y la financiación mayoritariamente pública) y aumentar la eficiencia para ajustar el crecimiento del gasto a tasas soportables por las economías nacionales. El Estado preserva o refuerza su rol garante del derecho a la protección de la salud. La preocupación por la calidad y por aumentar la capacidad de elección de los usuarios suelen también estar presentes.

5. Al menos entre los miembros de la Unión Europea, parece haber una cierta tendencia a la convergencia de los dos modelos principales (de seguro social y de servicio nacional) (35) así como una cierta convergencia hacia la media de las cifras de gasto total, gasto público y gasto per cápita,

quizá como consecuencia de la paulatina armonización de la economías de esos países. Aunque algunos países han logrado contener las tasas de crecimiento del gasto sanitario, solo tres (Suecia, Irlanda y Alemania) han logrado disminuir la proporción del PIB destinado a sanidad (36).

6. Cada vez más países rechazan dejar que el mercado "puro" determine el nivel de gasto sanitario; 11 de 15 países de la UE disponen de control presupuestario global y otros dos de control sobre sus principales componentes. La introducción de "mercados internos" se ha hecho a través de iniciativas no siempre coincidentes, que tratan de eludir las conocidas "fallas del mercado" en el sector salud (básicamente la información asimétrica, la demanda inducida y la selección adversa) se introducen con prudencia y son objeto de regulación gubernamental (37).

7. Existe una tendencia clara a la separación de funciones entre el financiamiento y la provisión, algo común en los modelos de seguro social y que se ha reintroducido en Reino Unido, y paulatinamente, en Suecia y España.

8. Se tiende a introducir competencia entre proveedores (Reino Unido, Suecia, Italia, España con limitaciones) mientras que la competencia entre aseguradoras está aún en discusión. El modelo de aseguradora pública única o dominante y aseguramiento privado complementario sigue siendo visto como recomendable.

9. Los países tratan de definir las prestaciones del aseguramiento sanitario público, "ordenando por los márgenes" las existentes, mediante criterios de necesidad, eficiencia, efectividad y costo-beneficio pero ninguno ha tratado de definir un "paquete básico" ex-novo (38).

10. Se generaliza el pago predominantemente capitativo al médico general (ya existente en Reino Unido, Dinamarca y Holanda, se introduce en Irlanda, Suecia, Finlandia, Noruega y se refuerza en Alemania y España); los médicos generales siguen siendo la puerta de entrada al sistema, y cada vez más, se diseñan modelos de incorporación de los médicos a las decisiones que pueden mejorar la microeficiencia (39).

11. Las aseguradoras públicas y privadas tienden a monitorear lo que los médicos prescriben y/o ordenan (así ocurre en Bélgica, Francia, Alemania, Holanda y España, entre otros); en particular, se generalizan las listas limitadas de medicamentos (positivas o negativas, existen ya en todos los países de la UE) (40).

12. Las reformas toman tiempo en ser planteadas, discutidas y, en su caso implementadas. Además, la fase de implementación puede ser larga y alternar períodos de aceleración con períodos de calma. Cada vez más, se tiende a evaluar el resultado de lo realizado antes de emprender nuevas etapas. Ello puede implicar gobiernos de diverso signo por lo que, a la larga, el proceso de reformas no es la mera aplicación de un paquete de soluciones tecnocráticas, sino una periódica elección entre opciones ligadas a los valores culturales y políticos presentes en cada país y en cada momento (41, 42).

REFERENCIAS

- 1 Cumbre de las Américas, "Declaración de Principios" y "Plan de Acción". Miami; diciembre de 1994. (Borrador final revisado).
- 2 Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud, "Acceso Equitativo a los Servicios Básicos de Salud: Hacia una Agenda Regional para la Reforma del Sector Salud". Washington, DC; septiembre de 1995.
- 3 Blendon RJ et al. Satisfaction with health systems in ten nations. *Health Affairs* 1990;185-192.
- 4 Jouglé E, Goldberg M, Hatton F. Relation entre l'évolution de l'état de santé et l'activité du système de santé dans les pays européens. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1988;36:464-484.
- 5 McKenbach JP. Health care expenditure on mortality from amenable conditions in the European community. *Health Policy* 1991;19:245-256.
- 6 Elola J. *Sistema Nacional de Salud: evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma*. Barcelona: SG editores; 1994.
- 7 Office of Technology Assessment. *Health care technology and its assessment in eight countries*. Washington, DC: OTA; 1995: 348-349. (Modificado).
- 8 Conde J. Comunicación personal. Madrid: AET; 1995. (Inédito).
- 9 Fuchs VR. The rationing of health care. *N Engl J Med* 1984;311:1572-1573.
- 10 Brook RH. Testimony before the committee on ways and means. US House of Representatives, Washington DC; 16 de abril de 1991.
- 11 David Banta H. Health care technology as a policy issue. *Health Policy* 1994;30 (1-3):1-22.
- 12 España, Ministerio de Sanidad y Consumo. *Las instituciones sanitarias de ámbito europeo y sus políticas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1990.
- 13 Merkel B. The public health competence of the European community. *Eurohealth* 1995;1:21-22.
- 14 Schieber CJ, Poullier JP, Greenwald LM. Health care systems in twenty-four countries. *Health Aff* 1991;22-38.
- 15 Hurst JW. Reforming health care in seven European nations. *Health Aff* 1991;7-21.
- 16 Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. *The reform of health care: a comparative analysis of seven OECD countries*. París: OCDE; 1992.
- 17 Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. *The reform of health care systems: a review of seventeen countries*. París, OCDE; 1994.
- 18 Holanda, Government Committee on Choices in Health Care. *Choices in Health Care*. Rijswijk, Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs; 1992.
- 19 van de Ven, WPMM, van Vliet RCJA, van Barneveld EM, Lamers LM. Risk-adjusted capitation: recent experiences in the Netherlands. *Health Aff* 1994:121-136.
- 20 Enthoven AC. Internal market reform of the British National Health Service. *Health Aff* 1991:61-70.
- 21 Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. *Internal markets in the making: health systems in Canada, Iceland and the United Kingdom*. París: OCDE; 1995.
- 22 Radical Statistics Health Group: NHS indicators of success: what do they tell us?. *BMJ* 1995;310(6986):1045-1050.
- 23 Maynard A. Can competition enhance efficiency in health care? Lessons from the reform of the UK national health service. *Soc Sci Med* 1994;34(10):1438-1445.
- 24 Petersson PO, Viononen M. Health care reforms in the Nordic countries. En: *Health Care Reforms in Europe*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo/ EURO/OMS; 1993.
- 25 Saltman RB, Von Otter C. *Planned markets and public competition strategy reforms in northern European health systems*. Buckingham, Open University Press; 1992.
- 26 Hakansson S. New ways of financing and organizing health care in Sweden. *Int J Health Plann Manage* 1994;9:103-124.
- 27 News. *Eurohealth* 1995;1(1):31.

- 28 Henke KD, Ade C, Murray MA. German health care system: structure and changes. *J Clin Anesth* 1994;63-81.
- 29 Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. *Health quality and choice*. París: OCDE; 1994.
- 30 Muller B. Laboratory diagnostics in light of massive changes in official health policies: *Clin Chem* 1994;63-81.
- 31 Hempelman G, Sticher J. Struktur und Organisation del ambulanten und tagesstationaren Behandlung in einer Universitätsklinik. *Zentralbl Chir* 1994; 119(7):460-465.
- 32 Informe SESPAS 1993: La salud y el sistema sanitario en España. Barcelona: SG editores; 1993.
- 33 Conde J, Infante A. La ordenación de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. *Med Clin* 1995;104:503-505.
- 34 Collins CD, Green AT, Hunter DJ. International transfer of National Health Service Reforms: Problems and issues. *Lancet* 1994;344(8917):248-250.
- 35 Ham C, Brommels M. Health care reform in the Netherlands, Sweden, and the United Kingdom. *Health Aff* 1994: 106-119.
- 36 Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos OCDE. *OECD health data: comparative analysis of health systems*. CREDES, París; 1995.
- 37 Sheaff R. What kind of healthcare internal markets? A cross-europe view of the options. *Int J Health Plann Manage* 1994;9:5-24.
- 38 Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. Health care reform: issues for discussion. París: OCDE; 1994. (Memorando).
- 39 Glasser WA. Doctors and public authorities: the trend to collaboration. *J Health Polit Policy Law* 1994;19(4):705-727.
- 40 Abel-Smith B. Health reform: old wine in new bottles. *Eurohealth* 1995;1(1): 7-8.
- 41 Frankford DM. Scientism and economism in the regulation of health care. *J Health Polit Policy Law* 1994;19(4):773-799.
- 42 Granados R. Reforma de los sistemas de salud. Tegucigalpa: Rosnay Aucedá; 1995.

REVISIÓN CONCEPTUAL: **¿ESTARÁN PREPARADOS LOS HOSPITALES LATINOAMERICANOS Y DEL CARIBE PARA LA REINGENIERÍA?¹**

Humberto de Moraes Novaes²

INTRODUCCIÓN

En los últimos años han surgido en los Estados Unidos varios movimientos para mejorar la calidad de los procesos de sus productos industriales mediante diferentes métodos. La competencia con los mercados europeos y asiáticos llevó a los Estados Unidos a establecer incentivos para el control de la calidad de sus productos, inicialmente en las industrias manufactureras como la del acero y la de productos electrónicos, y más tarde en otros sectores.

Como ejemplos anecdóticos de la desorganización en algunas áreas no solo en las industrias norteamericanas sino también en otras, están el caso de una distribuidora central y una regional de una misma compañía situadas en el mismo edificio y en el mismo piso. Sin embargo ¡tomaba 11 días para procesar una orden de la distribuidora central a la regional! Otro ejemplo es el del gerente del aeropuerto A, que tenía un avión detenido, con valor de varios millones de US dólares, y el gerente del aeropuerto B que se negó a mandar al mecánico porque tenía que desembolsar los gastos de hotel de su propio presupuesto. Por otra parte, la compañía Ford tenía 500 empleados mientras que la compañía Mazda solo 5 para desempeñar la misma tarea. En la editora Hallmark, un nuevo diseño gráfico pasaba por las manos de 25 personas antes de que se considerara listo para publicación. En un mercado altamente competitivo, esta situación se volvería insostenible.

¹ Publicado originalmente en portugués en la "Revista de Saúde Pública" de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Brasil.

² Asesor Regional en Administración de Hospitales y Sistemas de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

La industria de la salud en Estados Unidos, preocupada por la calidad de los procesos, ha pasado a considerar el "modelo industrial" como un nuevo componente de los programas de evaluación de la calidad y el mejoramiento de la salud.

En los últimos años, estos mismos incentivos industriales fomentaron poco a poco el establecimiento de una plétora de enfoques en los Estados Unidos, que en lugar de aclarar las dudas al sector de la salud muchas veces lo confunden por la variedad de conceptos sobre "cuestiones de calidad" o "iniciativas de calidad", debido a la coexistencia de programas como el Mejoramiento Continuo de la Calidad (CQI), la Gestión Total de la Calidad (TMQ), el ISO-9000, la Evaluación de la Calidad o el Mejoramiento de la Calidad, Exigencias de Credenciales, las Evaluaciones o las Auditorías por Colegas, Los 14 Puntos de Deming, la Trilogía de Juran, el Premio Malcolm Baldrige, Programa "Para la Transformación" de la Comisión Conjunta (Comisión Conjunta para la Acreditación de las Instituciones Sanitarias de los EUA), el uso de Datos Referentes a los Resultados, la Investigación sobre la Eficacia y la Eficiencia, las Pautas o los Protocolos de Prácticas Clínicas, los Indicadores de Desempeño, el "Benchmarking", el "Just in Time" y otros enfoques sobre la calidad, como el de la reingeniería, que es el más reciente.

EL DESAFÍO DE LA CALIDAD

La Gestión de la Calidad Total y el Mejoramiento Continuo de la Calidad son ejemplos de los modelos industriales más difundidos. Los profesionales de la salud de los Estados Unidos comenzaron a utilizar estos modelos en los años ochenta, entre ellos *W. Edwards Deming*, *Joseph M. Juran* y *Philip Crosby*. Hay muchos otros especialistas que contribuyeron a esta teoría del mejoramiento de la calidad, pero nos limitaremos a mencionar estos tres.³

W. Edwards Deming hizo una importante contribución a la industria manufacturera japonesa después de la Segunda Guerra Mundial. Deming admitía que el control de la calidad mediante estadísticas era la base de la calidad de gestión y pensaba que la calidad podía mejorar si utilizáramos estas mismas técnicas para analizar los procesos y las relaciones entre los procesos.

Joseph M. Juran, otro líder del movimiento para el mejoramiento de la calidad, se concentró en las responsabilidades administrativas. Su filosofía incluía la "Trilogía de Juran", que consistía en la planificación de la calidad, el control de la calidad y el mejoramiento de la calidad.

³ Para mayores detalles sobre el tema de la calidad en salud, véase Manual de la Serie UNIPALTEX, N.9, 1995, "Manual de Gerencia de la Calidad en Servicios de Salud", de Gilmore C. y Novaes HM.

La propuesta de calidad de *Philip B. Crosby* consiste en el establecimiento de patrones para lograr la ausencia total de defectos. Admitía que las instituciones deben establecer objetivos claros para sus esfuerzos de mejoramiento de la calidad.

Los métodos industriales también pueden aplicarse en el sector de la salud porque la mayoría de los errores de la asistencia médica ocurren como resultado de problemas que provienen de las relaciones entre los procesos, problemas de las especialidades o de los departamentos, los cuales también son situaciones institucionales comunes y de los sistemas de cualquier organización.

En los Estados Unidos se está considerando actualmente la idea de que no existe un método único o particular que sea el mejor para la gestión de la calidad. La calidad depende del desempeño de las personas y las estructuras, de los sistemas o los procesos y de los recursos disponibles para respaldar dicho desempeño. En el sector de la salud también se necesita un control de la calidad de los patrones básicos como garantía de la calidad para el desempeño de los programas de mejoramiento permanente de la calidad de la atención médica y, a la larga, de una "reingeniería" para rediseñar por completo las funciones, con la ayuda de la informática.

Independientemente del enfoque, el establecimiento de un programa para mejorar el desempeño de los hospitales debe tener los siguientes principios:

- el apoyo intransferible de los dirigentes para las futuras decisiones relacionadas con la calidad de los servicios;
- contar con el ejemplo de dichos dirigentes, para también considerar que todos son responsables de la calidad;
- relacionar las prioridades institucionales inmediatas con la misión y el plan estratégico del hospital;
- proporcionar educación (responde a la pregunta ¿por qué?) y capacitación (responde a la pregunta ¿cómo?) para todo el personal hospitalario;
- incluir el estudio de la teoría, los principios y los métodos cuantitativos y cualitativos de las medidas de calidad en materia de salud por parte de los dirigentes;
- ofrecer capacitación a los facilitadores del proceso para mejorar el desempeño del personal,
- estimular el trabajo en equipo, otorgando el poder de decisión, la responsabilidad y los recursos necesarios para esta delegación.

LA REINGENIERÍA

Al mismo tiempo que todos estos movimientos de la calidad, en 1993 apareció como "best seller" en los Estados Unidos el libro "Reengineering The Corporation — A Manifesto For Business Revolution" (Rein-

geniería de las Corporaciones— Manifiesto para la Revolución de los Negocios), quizás el movimiento más influyente de estas diferentes teorías que ha logrado consecuencias significativas en las industrias norteamericanas y de otros países.

En el futuro la gestión de la calidad también deberá incluir la “reingeniería” en algunas situaciones particulares de los hospitales latinoamericanos y, por consiguiente, es conveniente examinar rápidamente los aspectos más importantes de este enfoque. La reingeniería, como la gestión total de la calidad, se originó en la industria para mejorar la operación de las compañías y es una de las últimas metodologías que se adaptaron en los hospitales de los Estados Unidos.

La reingeniería emplea métodos, instrumentos o principios para analizar datos, y así responder a una sola pregunta: “si empezáramos esta compañía hoy, ¿cómo sería?”. Los partidarios de la reingeniería son del parecer que los otros modelos de mejoramiento de la calidad limitan a las instituciones a mejorar solo lo que ya existe, mientras que la reingeniería presiona para que se elaboren procesos y sistemas nuevos y mejores.

La reingeniería contradice casi todas las propuestas de Max Weber (1864–1920). Weber definía la autoridad como un instrumento legal, tradicional y carismático de las organizaciones. Por medio de estudios empíricos explicó en el siglo pasado, con fuertes repercusiones en el siglo XX, su percepción de la evolución, las modificaciones y las innovaciones de las políticas sociales y sus relaciones entre las estrategias de la racionalización administrativa y la puesta en práctica de nuevas políticas gerenciales.

La burocracia, según Weber, era el instrumento de organización funcional que permitía la formación del carácter objetivo de la instancia de poder y autoridad del Estado o de otras organizaciones. Weber es racional, impersonal, jerárquico. Propone directrices de autoridad y responsabilidad bien definidas; la selección de personal basada en la cualificación o la especialización técnica; normas y reglamentos para las acciones oficiales; la seguridad en el cargo, con la observación de normas rígidas de accesibilidad a las carreras; hace énfasis en el derecho administrativo, en la eficiencia, la rapidez y en la separación de lo público y lo privado y de lo político y lo administrativo. Establece una combinación óptima de recursos y beneficios en la organización de la administración pública y privada; mantiene el dominio tradicional, feudal, carismático, relacionando la ética protestante (la religión) con el capitalismo (la economía).

La reingeniería, por su parte, pone en tela de juicio muchas de estas propuestas weberianas; de ahí la influencia en el mundo comercial de este “manifiesto revolucionario”: Reingeniería de las Corporaciones.

La reingeniería enfoca procesos, no funciones. Un proceso es el conjunto de actividades que emplea una o más clases de “inputs” (insumos) y crea “outputs” (productos, resultados), que tienen valor para el cliente. También es un grupo de actividades que, juntas, producen un resultado de valor para el cliente, por ejemplo, un nuevo producto. Mientras tanto,

el enfoque de la reingeniería no está en el producto, sino en el proceso que crea el producto, que es el responsable del éxito a largo plazo de la compañía. La automatización de los procesos solo sirve para realizar la tarea con mayor rapidez, no para realizarla mejor. En lugar de "reparar" las partes, hay que rediseñar todo el proceso. Según los "zares" de la reingeniería, algunas teorías organizacionales (Z, MBO, etc.) solo sirvieron para deteriorar los negocios en los Estados Unidos y para distraer a los gerentes de la verdadera tarea.⁴

La organización piramidal, por ejemplo, es buena para el crecimiento, el control, la planificación; sin embargo, exige poca capacitación porque las tareas están muy fraccionadas. Con el crecimiento de las empresas surgirá un gran número de gerentes intermediarios, pero esto contribuirá a separar a los gerentes principales de los usuarios, de los productos finales y de los servicios. La reingeniería lleva a una organización más horizontal. Hace énfasis en que los problemas no son de estructura, sino de estructura de los procesos.

En los Estados Unidos, con mucha más intensidad que en América Latina, el ambiente comercial es extremadamente dinámico, no es fácilmente predecible y hay tres fuerzas principales (o "Ces") que orientan a las compañías de este país:

- C = Cliente
- C = Competencia
- C = Cambio

En el campo de la salud también intervienen otros factores:

- C = Costo (elaboración de nuevos modelos)
- C = Capitación (precio por los servicios)
- C = Coaliciones (alianzas para formar redes locales)

Aproximadamente el 95% de las empresas comerciales medianas en los Estados Unidos están poniendo en práctica alguna forma de reingeniería. El "Wall Street Journal" presentó datos alarmantes sobre el sector de la salud: 5.500 hospitales norteamericanos (42% de los gastos de salud de este país) tenían un tercio del total de camas (925.000) desocupadas en una noche típica, lo que representa un número elevado de camas desocupadas. Por consiguiente, surgió la introducción de los métodos de la reingeniería para tratar de corregir los errores, a pesar de que solo el 30% de los hospitales sometidos a los procesos de la reingeniería demostraron una reducción de los costos y, según la revista "Modern Healthcare" (1993), solo poco más del 27% de los hospitales "reingenierados" redujeron el personal.

⁴ La ingeniería según el diccionario Aurelio, es el arte de aplicar conocimientos científicos y empíricos y ciertas capacidades específicas al establecimiento de estructuras, dispositivos y procesos que se utilizan para convertir los recursos naturales en formas adecuadas para satisfacer las necesidades humanas.

La reingeniería en realidad consiste en la reformulación fundamental de la pregunta: ¿por qué lo hacemos? Consiste en un rediseño radical, o de las raíces, de los procesos de los negocios —ya que es el proceso el que cambia y no los pasos individuales— para lograr mejoras notables en las medidas críticas contemporáneas de desempeño de los servicios, tales como costo, calidad y rapidez. Para que se justifique el uso de este método, las mejoras nunca deben ser de menos del 10%, pues cuando se pretende operar pequeños cambios no se necesita la reingeniería. Son los procesos, y no la organización, los que constituyen el objeto de la reingeniería.

El método se aplica de arriba a abajo, sustituyendo procesos, realizando cambios integrales, ya que la TQM solo mejora o aumenta los procesos que ya existen. Su puesta en práctica toma de 2 a 4 años y la automatización es fundamental.

Se combinan varias tareas, con lo cual se crean los nuevos “trabajadores de casos” o “equipos de casos”. En los hospitales prevalece el estímulo para la multidimensionalidad de las acciones, con multicapacidades y multifuncionalidades del personal. El personal con múltiples funciones puede hacer el trabajo de un especialista con una tarea única. Por ejemplo, varios funcionarios tienen acceso a los registros, responden a llamadas, transmiten información, saben cómo usar una computadora, realizan resucitaciones cardiopulmonares, sirven alimentos, se encargan de las medidas de seguridad relativas a la electricidad, los incendios, los desechos contaminados y el control de las infecciones nosocomiales. Se puede ampliar y utilizar la labor de los médicos internos/residentes después de recibir la capacitación apropiada para una serie variada de actividades.

En cuanto a los médicos en general, es indispensable que participen desde el principio; hay que explicarles con detalle la forma en que la reingeniería podrá mejorar sus prácticas respectivas. Se debe tratar de hacerlos participar en los equipos; se deben proporcionar datos lógicos que justifiquen las acciones futuras y que informen acerca de las necesidades de los nuevos modelos gerenciales. Los materiales didácticos, como los audiovisuales son útiles para instruir a estos profesionales caracterizados por la frase “time is money” (el tiempo es dinero).

Siempre es importante elegir a un médico para que sea el “encargado o capitán” del equipo, de manera que participe en las distintas actividades de grupo y directamente en la preparación de protocolos, mapas clínicos o de los “procesos” de atención médica estandarizados para enfermedades específicas, como instrumentos de racionalización de las actividades de estos profesionales. En las salas de hospital se ha recomendado la adición de camas para pacientes que tengan las mismas enfermedades o de camas de pacientes de un mismo médico.

Dentro de la nueva estructura, ciertos servicios auxiliares se pueden ofrecer en las mismas salas, tales como los servicios de laboratorio, farmacia, radiología, admisión de pacientes, sistemas de información, etc. O en la propia habitación, como por ejemplo con la ropa, los instrumentos

y los medicamentos. Las actividades de las enfermeras/los enfermeros se amplían, de modo que estos desempeñen labores clínicas y administrativas. Estos son los "nuevos" gerentes-enfermeros.

En cuanto a los archivos, los registros médicos, historiales o la evolución clínica del paciente, también se introducen novedades, como las de anotar solo las excepciones o usar códigos y protocolos o pautas clínicas estandarizadas.

Pueden crearse los "asociados" de la asistencia, los "asociados clínicos", como los técnicos, los farmacéuticos, los radiólogos o los "asociados del servicio" y los "asociados comerciales", que hacen un poco de todo, incluso se encargan de la admisión, de los registros de seguros de salud o de las compañías que se encargan de pagos anticipados.

Después de recibir capacitación, los trabajadores podrán tomar decisiones. El personal se ocupa de las actividades horizontal y verticalmente, eliminando la jerarquía y trabajando en equipos. Así se rompe con la tradición de la revolución industrial de jerarquizar las decisiones, porque reciben con anticipación los instrumentos para tomar esas mismas decisiones.

Los procesos pueden tener versiones múltiples en función de una "selección" inicial que sirve para determinar cuál de ellos debe adoptarse. Se pone fin a la estandarización única puesto que pueden realizarse adaptaciones locales y el trabajo se puede realizar donde tiene más sentido realizarlo. Los pasos de un proceso no se dan en un orden natural; por ejemplo, la tarea No. 2 comienza al mismo tiempo que la tarea No. 1. Es la configuración "lineal" del trabajo.

Las verificaciones y los controles se reducen. Por ejemplo, la compra por "caja chica" se realiza con tarjeta de crédito hasta un valor determinado. El costo de la verificación del abuso es mayor que el propio abuso. En la reingeniería, las medidas están más dirigidas hacia el resultado operacional que hacia el financiero. Un buen ejemplo es la búsqueda de una "conciliación" entre las empresas, ya que el control de las existencias puede realizarlo el propio proveedor, evitándose el esfuerzo para verificar el momento de los pedidos ya que estos los realiza esa empresa, que es responsable de la información cuando necesita hacer pedidos para ella misma, o estableciendo un sistema de provisionamiento continuo según la necesidad. El "gerente de caso" es el único punto de contacto.

Con la reingeniería prevalece un modelo híbrido de centralización y descentralización para evitar, por ejemplo, un caso como el de un banco que le dio una línea de crédito de 20 millones a un cliente, al tiempo que todas las otras agencias del banco también le dieron al mismo cliente 20 millones de crédito. Se trata de examinar los puntos positivos de la descentralización con flexibilidad, "se hace a la medida del cliente" y se ofrecen respuestas rápidas. Esto se puede lograr por un costo determinado y con un control menor. Por otra parte, determinadas compras pueden continuar dentro de un sistema controlado centralmente para beneficiarse de las ventajas de las economías de escala.

Las unidades de trabajo se transforman de departamentos funcionales en equipos de procesos, y esos equipos reemplazan a las antiguas divisiones. Algunos equipos son “virtuales” puesto que solo se reúnen para llevar a cabo una labor o trabajos multidimensionales, y luego se deshacen.

El papel del personal pasa de controlado a *empowered*. *Empowered* tiene la connotación de transferencia de poderes a los niveles operacionales, de manera que el personal pueda pensar, interactuar, juzgar y tomar decisiones. Necesita, por lo tanto, medios para ese mismo *empowerment*, y entre ellos están los procesos de preparación para el trabajo, que de capacitación pasa a las formas de educación permanente. La educación enseña el “por qué”.

También se hace énfasis en las medidas de desempeño y las compensaciones se revisan de modo que se orienten hacia las actividades relacionadas con los resultados, como los bonos, en vez de los aumentos automáticos de salarios. Los criterios de ascenso se basan más en el desempeño y las capacidades que en el tiempo de servicio.

Los valores dejan de enfocarse en el aspecto protector y se enfocan en el aspecto productivo. El papel de los gerentes pasa del de supervisor al de técnico de equipos deportivos (*coach*). Estos necesitan tener capacidades para el manejo de relaciones interpersonales y para el trabajo en equipo. Un supervisor clásico puede observar a 7 personas, mientras que un “técnico” o “entrenador” puede observar hasta 30 personas. En esta situación, las estructuras dejan de ser jerárquicas y se hacen estructuras planas, y los ejecutivos dejan de ser “marcadores de puntos” y se transforman en líderes del equipo.

La reingeniería trata de observar la manera en que se realiza todo el proceso de transición: elaboración del trabajo y su estructura, la gerencia de sus sistemas de evaluación y la cultura (como los valores y las creencias) del establecimiento. La implantación del nuevo modelo destruye las antiguas relaciones de trabajo y los vínculos de tradición cultural institucional. Ello puede dar lugar a situaciones de estrés, tensión y caos, por lo cual se necesita una fuerte participación y liderazgo de los gerentes principales (véase el Anexo 1).

El método obliga a pensar inductivamente, es decir, primero se identifica una solución y luego se piensa en el problema que esta puede resolver. Es como la Ley de Say (Jean Baptiste Say, economista francés del Siglo XIX) “la oferta crea su propia demanda”; como ejemplo, la introducción del “Walkman” de la Sony.

Puesto que actualmente la información puede aparecer simultáneamente en varios lugares, se pueden eliminar casi completamente las oficinas o las unidades externas. Es como en los juegos: el jugador se dirige al lugar donde la pelota va a llegar y no al lugar donde la pelota se encuentra en ese momento. Se podrán economizar varios millones con la introducción de nuevas tecnologías como el correo electrónico, las “superhighways” y el acceso a 500 canales de televisión.

¿QUIÉNES IMPLEMENTARÁN LA REINGENIERÍA?

Líderes. Son los ejecutivos principales, que autorizan y motivan al ofrecer un sentido cualitativo y cuantitativo de la misión, o una visión, puesto que confían en lo que quieren lograr. Es como si fuesen los “portadores de banderas” que mantienen alta la moral de la tropa y hacen que el grupo haga lo que ellos quieren.

Misión: ¿quiénes somos? ¿cuál es nuestro propósito?

Visión: ¿para dónde vamos?

Valores: ¿en qué creemos?

Comisión “steering” (Directiva o de Dirección). Es opcional y está compuesta por un cuerpo de gerentes principales que toman decisiones políticas, escuchan y resuelven conflictos.

Dirigente del proceso. Es el encargado de un proceso específico.

Equipo de reingeniería. Es un grupo, de 5 a 10 personas dedicadas a un proceso en particular. Es el que reinventa el negocio, con el apoyo de los “insiders” (los que están adentro) y de los “outsiders” (los que están afuera), en una relación de 2 ó 3:1. El “capitán” del grupo será un “primus inter paris.” El equipo trabaja dedicando, como mínimo, el 75 por ciento de su tiempo al proceso, ningún miembro trabaja a tiempo parcial y permanecen juntos hasta la aplicación experimental.

Zar de la reingeniería. Es el encargado de poner en práctica las técnicas y los instrumentos y de lograr sinergismo entre los proyectos. Tiene que contar con todo el apoyo del personal para realizar su actividad de coordinación.

Criterios por los que se puede comenzar la reingeniería

- ¿Cuál proceso tiene más problemas?
- ¿Cuál proceso tendrá mayores repercusiones?
- ¿Cuál proceso tendrá más éxito con el nuevo diseño?

Una estrategia consistirá en cambiar el sistema de inventario de materiales, a “just in time” o “just in case”, de modo que los proveedores y los clientes planifiquen un esquema de trabajo común. Otra sería observar la forma en que el cliente se comporta (¿qué? ¿por qué?) y no hacer lo que se acostumbra tradicionalmente. Los enfoques siempre giran más en torno al consumidor que a los deseos del gerente del establecimiento. Se debe tratar de aprender observando al que es mejor entre sus competidores, o sea lo que se llama “benchmarking”.

FASES DE LA REINGENIERÍA

- Movilización y enfoque: establecen realidades, compromisos y las prioridades institucionales.
- Rediseño y pruebas: es el mapa que posibilitará el cambio.

- Puesta en práctica: elabora y ejecuta nuevos proyectos y sistemas de información.

OBSTÁCULOS PARA LA REINGENIERÍA

- Falta de fe en el proyecto o en el liderazgo.
- Miedo a la pérdida o al cambio en el trabajo.
- Miedo a perder la “antigüedad” o la identidad en el trabajo.
- Miedo al costo de los cambios físicos, al costo de las consultas y al “costo” de los problemas emocionales.
- Resistencia (“backlash” o “boomerang”) de los médicos.
- “Blacklash” de las enfermeras.
- Aprendizaje muy difícil para un tiempo tan limitado.
- Un proyecto de TQM anterior puede sofocar la propuesta de la reingeniería.

RECOMENDACIONES SUGERIDAS

- Los compromisos van de arriba a abajo, y se reflejan en toda la organización;
- la planificación de los recursos humanos debe ir a la par con los nuevos diseños de los procesos;
- se debe establecer un plano inicial de compensaciones e incentivos;
- no se deben valorar solo a los consultores externos;
- es indispensable contar con la cooperación de los médicos;
- utilizar técnicas de “brainstorming” (lluvia de ideas), manteniendo constante la comunicación;
- flexibilidad en las acciones.

EL CASO DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Todas estas nuevas modalidades de evaluación de la calidad industrial, también se pueden aplicar en los hospitales latinoamericanos. Actualmente aproximadamente 70% de los hospitales de América Latina tienen menos de 70 camas. Según el Directorio de Hospitales Latinoamericano y del Caribe, 15.000 establecimientos con camas revelaron la inexistencia de medidas sencillas de control de infecciones nosocomiales, lo que constituye uno de los indicadores de calidad más sensibles, como también de medidas básicas de evaluación de la asistencia médica.

Aproximadamente el 80% de estas instituciones funciona con un número insuficiente de personal, no cuenta con procedimientos, normas o rutinas descritas en manuales y sus procesos tampoco han sido diseñados ni presentan las bases mínimas de procedimiento indispensables para im-

plantar técnicas de reingeniería u otras de las técnicas mencionadas anteriormente.

Si bien es cierto que existen grandes centros médicos públicos o privados comparables con los más avanzados de cualquier otro continente, un número considerable de estos hospitales no podría salir triunfante de una evaluación mínima para garantizar una calidad permanente. En general, lo que se observa con frecuencia es la falta de homogeneidad entre los distintos servicios hospitalarios.

El método de evaluación de la calidad basado en la teoría de sistemas, propuesto por Avedis Donabedian, consta de tres partes: la estructura, el proceso y el resultado. La información que sirve para juzgar la calidad, según Donabedian, puede clasificarse mediante esas tres categorías.

La propuesta de evaluación de la calidad de hospitales, presentada por la OPS y la Federación Latinoamericana de Hospitales, adoptó la misma clasificación de Donabedian, y trabaja con patrones para cada servicio hospitalario, los cuales se utilizan para evaluar casi todos los aspectos de las operaciones y los servicios clínicos de las instalaciones de salud con camas. Esos patrones se aceptaron como razonables, válidos y susceptibles de ser objeto de numerosos seminarios organizados por la OPS, y fueron reconocidos como patrones nacionales para la prestación de servicios al paciente y para la gestión de los establecimientos en varios países latinoamericanos.

Los patrones se formulan, revisan y perfeccionan continuamente, en respuesta a los cambios en el campo de la salud en cada país, de modo que el modelo de acreditación hospitalaria sea apropiado para las características de esa Región y lo suficientemente flexible para que se adapte a las marcadas diferencias entre un área y otra.

No cabe duda de que una serie considerable de hospitales terciarios de América Latina podría ser objeto de un proceso de reingeniería para agilizar sus actividades en beneficio de los clientes. Sin embargo, la gran mayoría de los millares de hospitales de esta Región no cuentan con un mínimo de procesos establecidos y además, desgraciadamente, están en una fase de "pre-reingeniería". Lo que se ha recomendado para esta fase es establecer primero una verdadera "ingeniería funcional", indispensable en cualquier paso hacia futuras mejoras.

El modelo del Manual de Acreditación para América Latina y el Caribe consta de ejemplos de patrones de todos los servicios de un hospital general. El objetivo de su redacción no fue establecer paradigmas sino ofrecer una guía que sirviera de ilustración a las comisiones multi-institucionales nacionales cuando elaboraran sus propios instrumentos de evaluación.

Se establecieron "patrones" para cada servicio hospitalario, o sea, el nivel de atención, práctica o método óptimo esperado, definido por especialistas o asociaciones de profesionales. En cada situación, el patrón inicial es el límite mínimo de calidad exigido. Se espera que ningún hospital

del país se sitúe por debajo de dicho nivel al cabo de un período de dos años. A medida que se alcanzan esos patrones iniciales, se pasa al patrón (o estándar) siguiente, es decir, cuando el estándar o patrón mínimo (nivel 1) se logra, el paso siguiente es alcanzar los niveles 2, 3, y así sucesivamente.

Para que un hospital sea acreditado y gane la consiguiente reputación de tener buena calidad de atención médica, sus servicios, desde la lavandería hasta la unidad quirúrgica, desde el servicio de personal hasta la unidad de tratamiento intensivo, deben alcanzar, por lo menos, los patrones del nivel 1.

El problema principal de los grandes hospitales, como los de remisión nacional o los universitarios, no está en los servicios de alta tecnología, sino en los de baja tecnología, como los servicios de lavandería, las calderas, las cocinas, la limpieza o el saneamiento, la cortesía con los pacientes y sus familiares, etc. Por otra parte, la mayoría de los hospitales son pequeños establecimientos sin ninguna programación establecida para la mayoría de sus actividades, ya sean clínicas o administrativas. La ausencia de algún empleado es motivo de paralización total del servicio respectivo.

Con la propuesta del establecimiento de patrones en los hospitales, estos podrán ser acreditados cuando presenten indicadores satisfactorios. No se "acredita" un servicio aislado. Incluso si una unidad del hospital está plenamente establecida y es de calidad excepcional, por ejemplo con niveles de satisfacción 3 ó 4, la institución continuará acreditada en el primer nivel si los demás servicios no pasan del primer escalón.

El objetivo de este método es reforzar el hecho de que las estructuras y los procesos del hospital están tan interrelacionados que el mal funcionamiento de un componente interfiere en todo el conjunto y en el resultado final. Por consiguiente, el hospital "se acredita" o "no se acredita". No se establecen niveles de acreditación distintos para cada uno de los servicios.

La acreditación es un método de consenso, racionalización y ordenamiento de los hospitales. El primer instrumento de evaluación técnica, explícita y objetiva de la calidad son los patrones (o estándares) descritos en el Manual de Acreditación; y el segundo, de gran importancia, es la Comisión de Acreditación, que deberá ser apolítica y multirrepresentativa, y realizará su labor silenciosa y periódicamente.

Cuando esta Comisión se encuentra exclusivamente bajo la tutela del gobierno sufre frecuentes distorsiones, debido a las innumerables presiones políticas a las que se somete a los gobernantes y, como resultado de ello, los hospitales o no se someten al proceso de acreditación o no toman las medidas correctivas que aconseja la Comisión de Acreditación. Principalmente en nuestro medio, es casi imposible que una sola institución sirva de juez, jurado y promotor público.

CONCLUSIONES

En la primera parte del presente documento hemos tratado de resumir los enfoques actuales acerca de la calidad de los servicios, espe-

cialmente la reingeniería. Este último modelo, a pesar de su novedad, representa la aplicación del sentido común, la gerencia profesional y la educación permanente del personal. Cualquier propuesta de calidad que se base en estas tres premisas tenderá al éxito.

Por otra parte, para hacer frente a la crisis estructural y financiera actual de los hospitales latinoamericanos y del Caribe y los enormes desafíos del futuro, existen técnicas de mayor prioridad para mejorar esos hospitales que la propuesta de reingeniería.

Sería conveniente comenzar a aplicar, y en conjunto, estrategias como la descentralización efectiva de los hospitales públicos; la capacitación de los recursos humanos; la integración del hospital en el modelo local de atención de salud; la incorporación de los esquemas de garantía de la calidad y de la acreditación de hospitales; la incorporación racional de nuevas tecnologías de alto costo y rescate de las capacidades establecidas actuales, y la utilización de mecanismos de inversión junto con el sector privado ("joint ventures").

BIBLIOGRAFÍA

- Gilmore C, Novaes HM. *Manual de Gerencia da Qualidade em Serviços de Saúde*, Manuais Operacionais No. 9. Washington, DC: PALTEX, OPS; 1995. (Serie HSP/UNI).
- Hammer M, Champy J. *Reengineering the Corporation. A Manifesto for Business Revolution*. New York: Harper Collins; 1993.
- Organización Panamericana de la Salud. *Hospital público: perspectivas y tendencias*. Novaes HM, Paganini JM, eds. Washington, DC: PALTEX, OPS; 1994. (Serie HSP/SILOS).
- Organización Panamericana de la Salud. *Manual de acreditación de hospitales*. Novaes HM, Paganini JM, eds. (Serie SILOS/PALTEX No. 13). Washington, DC: OPS; 1992.
- Novaes HM. Garantia de qualidade em hospitais da América Latina e do Caribe. En: *Acreditação de hospitais para América Latina e o Caribe*. Organización Panamericana de la Salud, Federação Latinoamericana de Hospitais. Ed. Federacao Brasileira de Hospitais, Serie SILOS No. 13, Brasília; 1992.
- Novaes HM. Implantación de Programas de Garantía de la Calidad en los Hospitales de América Latina y el Caribe. *Educ Med y Salud* 1993;27(3).
- Novaes HM. Calidad total—Nuevo recurso para los hospitales de América Latina: el ingeniero gerencial. *Educ Med y Salud* 1993;27(3).
- Zimmerman D, Skalko JJ. *Re-engineering health care. A vision for the future*. Wisconsin: Eagle Press; 1994.

ANEXO 1. Caos controlado en la aplicación de la reingeniería⁵

FASE I—RESISTENCIA

Problemas principales:

- Pérdidas personales.*
- Seguridad en peligro.*
- Ira.*
- Choque.*

Conductas observables:

- Tristeza.*
- Aislamiento.*
- Cautela.*
- Ansiedad.*
- Sarcasmo.*
- Testarudez.*
- Quejas.*
- Apatía.*
- Resentimiento.*
- Rumores.*

Precio para la organización:

- Reducción de la productividad.*
- Falta de creatividad.*
- No se corren riesgos.*
- Aumenta el ausentismo.*
- Sabotaje.*
- Se pierde tiempo y energías en rumores y especulaciones.*

Expectativas:

- Ambiente que permite abordar la resistencia de forma directa.*
- Se entienden mejor las razones y el significado de los cambios.*
- Los empleados reciben un mensaje congruente.*

Acciones específicas de los líderes:

- Escuchar atentamente.*
- Aceptar las reacciones de los empleados.*
- Efectuar reuniones para informar y para responder a preguntas.*
- Establecer oportunidades de participación.*
- Hacerse visible.*

⁵ D. Zimmerman y J. Skjalko (Re-engineering Health Care. A Vision for the Future) (Reingeniería de la Atención de Salud — Una Visión para el Futuro). Wisconsin: Eagle Press; 1994.

Mantener la comunicación y el intercambio de información, tanto con el personal como con los jefes.
Ofrecer apoyo y consuelo.
Hacer que los empleados se responsabilicen de los resultados diarios.
Decir la verdad.

FASE II—CONFUSIÓN

Problemas principales:

Claridad.
Enfoques o centro de atención.
Relaciones.
Credibilidad.

Conductas observables:

Preguntas, preguntas y más preguntas.
Murmullos y quejas.
Falta de cooperación.
Aumento de actividad política.
Frustración.
Desempeño errático.
Escepticismo.
Renuencia a aceptar responsabilidades.
Hacer suposiciones.
Poca disposición para escuchar.

Precio para la organización:

Comienzos errados.
Los buenos empleados abandonan el empleo.
Duplicación del esfuerzo.
Los competidores ganan terreno.
Se pierden clientes.
Deterioro de la calidad.

Expectativas:

Aclaración de la nueva misión.
Redefinición de las funciones y las responsabilidades individuales.
Formación de nuevos equipos de trabajo.
Las prioridades y las expectativas se aclaran.
Se identifican las necesidades y se inicia la capacitación.

Acciones específicas de los líderes:

Dar respuestas, respuestas y más respuestas.
Volver a enunciar la misión, los objetivos y las prioridades.
Especificar las nuevas prioridades en detalle.
Establecer nuevas oportunidades de participación.
Repetir con frecuencia la información clave.
Determinar las necesidades en materia de conocimientos y capacidades.

Capacitar al personal.
Fijar metas a corto plazo.
Demostrar un compromiso serio con el esfuerzo de transformación.
Permanecer accesible.
Celebrar reuniones para planificación y solución de problemas.
Establecer una "masa crítica" en apoyo de los cambios.
Ocuparse de las necesidades profesionales inmediatas.
Asegurarse de que las necesidades de los clientes se satisfacen.
Mantener las normas.
Establecer incentivos para promover la transformación.

FASE III—INTEGRACIÓN

Problemas principales:

Efectuar pruebas.
Renovaciones.
Negociaciones.
Reconocimientos.
Estabilidades.

Conductas observables:

Energía renovada.
Entusiasmo.
Optimismo.
Independencia.
Menor ansiedad.
Disposición para correr pequeños riesgos.
Aceptación de los cambios.
Recuperación de la autoestima.

Precio para la organización:

Presupuestos exagerados.
Metas poco realistas.
Falta de orientación.
Las cosas se "escapan entre los dedos".
Exceso de personal.

Expectativas:

Reconocimiento del desempeño del personal.
Organización estabilizada.
Los equipos de trabajo funcionan con eficacia.

Acciones específicas de los líderes:

Dar ejemplo de integridad y exigir que los demás lo den también.
Llamar la atención de los empleados para identificar y recomendar ajustes en los cambios.
Fijar políticas, procedimientos y procesos.
Fomentar las ideas creativas.

Mantener viva la comunicación.
Pedir la participación e instar a la participación.
Asegurarse de que los equipos de trabajo tienen metas y prioridades definidas.
Hacer que el personal siga orientado hacia una meta.
Permitir las transformaciones.

FASE IV—COMPROMISO

Problemas principales:

Ofrecer condiciones al personal (empowerment).
Flexibilidad.
Productividad.
Visualizar el futuro.

Conductas observables:

Orientación hacia la acción.
Nivel elevado de energías.
Productividad elevada.
Expresión libre de los puntos de vista.
Aceptación de las diferencias.
Satisfacción personal.
Disposición a correr riesgos.
Independencia del equipo.
Iniciativas en nombre de la compañía.
Visión compartida del futuro de la empresa.

Precio para la organización:

Complacencia.
Falta de atención a las nuevas necesidades del entorno.
Autosatisfacción.
Todos están de acuerdo.
El personal no está preparado para la próxima transformación.

Expectativas:

Los empleados están listos para el próximo cambio.
Altos niveles de desempeño.
Mejoramiento del cargo.
Se observan detalladamente las necesidades de los clientes.

Acciones específicas de los líderes:

Generar nuevas ideas mediante sesiones de "lluvia de ideas" ("brainstorming").
Prestar atención a las necesidades del entorno y del cliente.
Estimular la interacción y la participación.
Premiar el desempeño destacado.
Seguir elogiando los logros.
Seguir participando con las personas.
Poner más énfasis en el trabajo en equipo.

RESEÑAS

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA DE CUBA. UNA EXPERIENCIA EN LA FORMACIÓN AVANZADA EN SALUD.

Nereida Rojo Pérez¹ y Luis Carlos Silva Ayçaguer²

INTRODUCCIÓN

El Sistema de Educación de Postgrado en Cuba está organizado nacionalmente y se define como el nivel más elevado del Sistema Nacional de Educación para la superación continua de los egresados de la enseñanza superior durante toda su vida profesional. Tiene el objetivo de contribuir a la elevación de la calidad, eficiencia y productividad del trabajo con carácter sistemático, continuado y permanente y dos grandes direcciones: el grado científico y la superación profesional (1). Para esta última, las formas organizativas fundamentales son la autopreparación, el adiestramiento laboral, el curso, la especialidad y la maestría.

La maestría hace referencia a aquel proceso docente que proporciona a los graduados universitarios conocimientos avanzados en un campo del saber de interés académico o profesional, el cual le permite una mayor profundización teórica para una mejor comprensión, interpretación, y transformación de las bases del conocimiento. Representa un salto cualitativo en la vida de un profesional y es el momento donde se sientan las bases para una práctica científica creadora en función del bienestar social.

Sus egresados alcanzan un grado curricular académico que los capacita para contribuir a la solución de problemas científico-técnicos de su radio de acción y esfera de trabajo, por su adecuada preparación para

¹ Profesor de la Facultad de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba.

² Investigador, Vicerrectoría de Investigaciones, Instituto Superior de Ciencias Médicas, La Habana, Cuba.

el trabajo científico independiente en correspondencia con las necesidades sociales. Además, ha de asegurar el desarrollo de habilidades intelectuales y contribuir al desarrollo de la autopreparación.

La maestría constituye, por tanto, un programa de formación avanzada que capacita al educando para la investigación, la actividad científica o la especialización en un área concreta del saber. Se desarrolla mediante un programa de estudios con requisitos bien definidos y conduce a la obtención de un título que solo pueden extender instituciones universitarias que cuenten con la aprobación legal para ello.

La maestría en salud pública se encuentra entre las primeras de su tipo en el país. Su concepción y ejecución datan de la segunda mitad de la década de los setenta, las condiciones ya creadas para mostrar mediante un proceso docente estandarizado la experiencia cubana en el desarrollo, consolidación e incremento de la salud de la población en las condiciones socioeconómicas de Cuba, a partir de un intercambio fructífero de los resultados alcanzados con la necesidad existente en otros países (2).

Este programa de maestría, al igual que otros de la región surgidos en la misma época, constituyeron experiencias innovadoras por situar el análisis de la salud de la población en el contexto económico, político y social en que se origina. Sin embargo, las exigencias científico-técnicas contemporáneas señalan la necesidad de actualización y perfeccionamiento a partir de los cambios ocurridos en los sistemas sociales y en los propios servicios de salud.

Diseñar y poner en marcha programas de formación del recurso humano acordes con las necesidades de la población y las exigencias prácticas de los servicios de salud, constituye un objetivo y un compromiso para la Escuela de Salud Pública de Cuba.

El análisis y perfeccionamiento del programa docente-educativo en la Maestría en Salud Pública se inscribe dentro de las líneas de trabajo que se ha planteado la Facultad de Salud Pública en su programa de desarrollo institucional. Con ello se coadyuva a materializar la estrategia trazada por la salud pública cubana hasta el año 2000 en el campo de la formación del recurso humano en salud.

El propósito del presente trabajo es caracterizar el contexto histórico-social que propició el surgimiento y desarrollo de la maestría en Cuba, así como comunicar las experiencias docentes fundamentales obtenidas tras varios años de formación de educandos procedentes de diferentes contextos sociales.

Para su realización se tomaron como fuentes de información las vivencias y criterios de funcionarios y especialistas que en el país o en los organismos internacionales estuvieron directamente relacionados con la aprobación y ejecución del curso; se consultaron asimismo estadísticas de la secretaría docente de la Facultad de Salud Pública (FSP), así como documentos y planes de estudio.

MARCO HISTÓRICO

Hacia el último quinquenio de los años 60, un grupo de profesores universitarios latinoamericanos, encabezado por el Dr. Juan César García, decidió examinar la situación de la educación médica superior en la región. Con la finalidad de conocer la situación de la medicina preventiva y social (MPS) en pre y postgrado se analizaron los planes de estudio en 123 facultades de medicina.

El resultado más importante se concretó en el libro titulado *La Educación Médica en América Latina (2)*, que vio la luz a principios de la década del setenta. En él quedó muy claro que estos programas tenían un enfoque esencialmente biologicista, orientado hacia la medicina clínica individualista, en tanto que el área de la medicina preventiva y social (MPS) representaba a lo sumo el 3% del contenido de la enseñanza. El estudio se amplió luego a las áreas de enfermería y odontología; se estudiaron alrededor de 100 facultades con los mismos resultados.

Esta situación hizo que los propios investigadores y algunos otros interesados crearan un primer grupo de trabajo para reflexionar y discutir sobre tal problemática. Entre 1971 y 1973 se celebraron debates en Ecuador, México y Washington, DC, con el objetivo de analizar alternativas de solución y estrategias a mediano y a largo plazo para asegurar la presencia adecuada de la MPS en los planes de estudio. Su expresión más alta fue la "Declaración de Cuenca" donde se refleja la necesidad de cambios cualitativos y se plasma la esencia del modelo que se gestaba (3):

- Ruptura conceptual con las escuelas tradicionales de salud en la región, incluidas las de Estados Unidos y Canadá.
- Aplicación del arsenal teórico-metodológico de las ciencias sociales en la investigación y análisis de los distintos procesos que afectan la salud del individuo, la familia y la comunidad.
- Modificación de los programas de estudio e introducción de disciplinas novedosas como la medicina social, la sociología médica y la salud ocupacional.

LA NUEVA ESCUELA DE LA SALUD PÚBLICA LATINOAMERICANA

Entre 1971 y 1973 se vislumbró claramente en algunos organismos internacionales la factibilidad de proyectar un movimiento de las ciencias sociales para la salud; se identificaron Brasil, México y Cuba como los enclaves latinoamericanos con más posibilidades concretas de aplicación (3,4). Se comenzaron a desarrollar, consecuentemente, tres cursos internacionales de salud pública. ¿Por qué se eligieron estos sitios específicos?:

En el caso de Cuba, un elemento clave era el impacto y el prestigio alcanzados por el Sistema Nacional de Salud, donde se habían puesto en

práctica principios no generalizados hasta el momento en otras latitudes, tales como la integralidad del sistema, la accesibilidad total a sus servicios y la participación de la sociedad en la solución de los problemas de salud. En ese contexto se produjo la decisión por las autoridades pertinentes de encauzar este programa, y de crear una institución adecuada para ello que fue el Instituto de Desarrollo de la Salud (IDS), donde se podía desarrollar el proyecto en su más amplio sentido: la formación de sanitaristas y la investigación de los problemas sociales de la salud.

En el Brasil se produjo un fenómeno muy particular: el ejercicio del poder por las dictaduras en el Cono Sur implicaba con frecuencia la salida de sus cuadros científico-técnicos al exterior. En la Universidad de Rio de Janeiro un grupo de docentes de alta calificación decidió quedarse y hacer su aporte social luchando por conservar y expandir una corriente de opinión y gestión alternativas. Comenzaron a trabajar en distintas esferas de interés, formando cuadros calificados en biología, matemática y medicina preventiva y social, abriendo así un espacio adecuado para la experiencia que nos ocupa.

En México, el desarrollo de la Universidad Metropolitana Autónoma de Xochimilco (UAM-Xochimilco) permitió nuclear a una serie de jóvenes progresistas que se acercaron a los problemas de salud desde una nueva perspectiva, donde se reflejó una amplia proyección social al calor de un cuestionamiento crítico a la forma tradicional de enfrentar los problemas de la salud.

Se fueron gestando entonces, por razones distintas y de manera independiente, los tres cursos de salud pública de nuevo tipo, todos con una misma aspiración: la formación de cuadros jóvenes con alto nivel científico-técnico y capacidad de liderazgo; se procuraba, en síntesis, conseguir un nivel de excelencia que permitiera generar una masa crítica de profesionales en los distintos países de Latinoamérica, para romper el estatismo en los enfoques y profundizar en la búsqueda de soluciones al problema de la salud. También se procuraba romper con el dogma de que solo se interesan por la salud pública los menos calificados para otras tareas "más importantes".

Este movimiento alrededor de la salud social fue concebido desde sus orígenes para incluir, a pesar de posiciones opuestas, a todos aquellos profesionales que, además de los médicos, se dedicaban a la salud: estomatólogos, enfermeras, sociólogos, psicólogos, economistas y veterinarios, entre otros.

Las tres maestrías contaron con el apoyo económico y la asesoría técnica de la Organización Panamericana de La Salud. El primer reto que se planteó en los organismos internacionales por las propias escuelas de salud se resumía en la siguiente pregunta: ¿se tendría un claustro de profesores acorde a los requerimientos implícitos en este propósito?

Para resolver favorablemente tal interrogante se partió del principio de que era menester cumplir con un reclamo único: plena identifi-

cación de la salud pública como problema socialmente abierto y proclividad a fomentar el cambio; el aporte complementario provendría de la selección de alumnos, que debería incluir profesionales de avanzada y con capacidad de liderazgo.

También se trataba en general de que la composición por países fuera equilibrada, tratando de que no predominara país alguno y de que hubiese representación del país sede, como elemento dinamizador, de retroalimentación y de validación del curso.

En el caso de Cuba se intentó:

- Asegurar la existencia en el país de todas las condiciones para asumir completamente la formación de un especialista calificado en administración de salud y disciplinas afines en las distintas modalidades de enseñanza, después de varios años en que esas expresiones docentes fueran recibidas por los cubanos en el extranjero.
- Agrupar en una sola sede diferentes especialidades médicas afines a la salud pública como son: administración de salud, bioestadística, higiene y epidemiología.
- Crear una escuela de salud pública con un enfoque integral docente-investigativo, retomando las ideas de los Institutos de Higiene Social y Organización de la Protección de la Salud de Berlín y del de Higiene Social y Organización de Salud Pública de la antigua URSS "N.A. She-masko". Esto exigía que el claustro estuviera bien formado teóricamente, y que no solo impartiera docencia, sino que también desarrollara investigaciones en ese campo.

LA EXPERIENCIA CUBANA

En ese contexto, como ya se dijo, se creó en Cuba una institución (IDS) responsabilizada con llevar esos propósitos a la práctica, donde se nucleó un grupo de valiosos profesores cuya gestión se vio favorecida por una corriente de intercambio y colaboración en el ámbito internacional. A partir de 1986, esta responsabilidad pasó a la Facultad de Salud Pública, la cual asumió las funciones de la institución precedente dentro del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

En cuanto al diseño instruccional para conformar el modelo de maestría cubano, se hizo una revisión de los modelos que se utilizaban en Latinoamérica, en particular los de México, Colombia, Venezuela, Argentina y Chile. Se trataba de que la maestría cubana diera respuesta a la mayor parte de los objetivos de estas escuelas pero de una manera diferente: permeando el examen de los problemas de la salud del análisis socioepidemiológico, así como dando a conocer la realidad de la salud pública cubana; también se procuró que diera respuesta a los problemas de la docencia en salud. Su aspecto más destacado fue el peso que se otorgaba a las investigaciones en los servicios de salud. Inicialmente, se pensó que

los alumnos debían proceder exclusivamente de América Latina, aunque posteriormente se dio participación a europeos y becarios africanos.

Obviamente, esos lineamientos generales debían quedar concretados en un plan de estudios. La maestría ha atravesado por cuatro diseños curriculares cuyo propósito más general ha sido proporcionar al alumno los conocimientos teórico-prácticos que lo capaciten para la dirección de servicios de salud en cualquiera de sus esferas (centros de asistencia, docencia o investigación (5-8).

En los dos primeros planes (1977 y 1983), los contenidos docentes se desarrollaron mediante unidades temáticas dentro de las cuales se agrupaban las asignaturas; en 1987 se asumió la forma de enseñanza modular que se mantiene en la actualidad aunque con una estructura diferente.

A partir del curso 1992-1993, los contenidos docentes se agruparon en un ciclo básico y otro específico. El básico incluye los aspectos esenciales relacionados con el estudio del estado de salud de la población y concluye con la realización de un análisis de la situación de salud en un área práctica. En el ciclo específico se imparten los elementos relacionados con la administración de servicios y programas de salud; concluye con una práctica integradora donde se evalúa la gestión de salud en un territorio determinado.

Un principio pedagógico básico del modelo de maestría cubano ha sido el desarrollo de la actividad independiente del alumno y su participación activa y creadora en el proceso de obtención de conocimientos como vía para su perfeccionamiento como cuadro de dirección. En este sentido, se le ha dado prioridad a las tareas de investigación, al desarrollo efectivo del trabajo de terminación de maestría y a la evaluación de cada unidad o módulo por conducto de un trabajo práctico grupal, donde cada alumno incorporaría los conocimientos en él adquiridos (8). Esta última se desarrolla a partir de una exposición y de la defensa de un trabajo, frente a un tribunal, que evalúa el nivel de asimilación de conocimientos de forma individual y grupal (equipo de trabajo).

Al igual que en otras maestrías que se desarrollan en Latinoamérica (9,10), en Cuba es obligatorio haber realizado y aprobado el trabajo de terminación de maestría (Tesis) para obtener el grado de Maestro en Salud Pública.

En cuanto a la adopción de la estructura modular, hay que señalar que si bien el diseño de este plan de estudios, tuvo la ventaja de una mayor integración de los contenidos a impartir, ocasionó una disminución de las actividades investigativas —de tres concebidas en el plan de estudios original a dos—, con lo cual se redujo la participación activa del estudiante en unidades del Sistema Nacional de Salud.

Para contrarrestar este efecto adverso se incluyeron otras modalidades de ejercicios y actividades prácticas directas en la comunidad y en los servicios de salud, con lo cual se alcanzó un mejor balance en la docencia entre teoría y práctica.

COMPOSICIÓN DEL ALUMNADO

A partir de los diseños curriculares reseñados, hasta el curso 1993–1994 se han producido 17 graduaciones, de las cuales han egresado 449 alumnos de 24 países (Cuadro 1). La composición por países en el transcurso de los años ha variado; en los tres primeros cursos los alumnos eran fundamentalmente de Latinoamérica; a partir de aquí comenzó una participación elevada de españoles, la cual se mantiene predominante hasta el curso 1992–1993, seguida por México, Cuba, Nicaragua y una presencia muy distribuida de diversos países de nuestra Región. El resto provino, por lo general, del África de habla portuguesa, la cual ha tenido una participación más discreta e irregular en el tiempo.

El 83% de los egresados son médicos o enfermeros; el resto, estomatólogos y graduados de áreas de ciencias sociales, estos últimos con una representación mínima en relación con la proyección inicial del curso (Cuadro 2). En un análisis en el tiempo, se pudo apreciar la disminución gradual pero significativa de estomatólogos y graduados de ciencias sociales.

CUADRO 1. Egresados según país de procedencia. Período 1977–1994.

País	Número	País	Número
Angola	3	Honduras	2
Argentina	2	Italia	1
Bolivia	9	México	93
Brasil	7	Mozambique	2
Chile	5	Nicaragua	14
Colombia	8	Panamá	2
Costa Rica	4	Perú	8
Cuba	44	Puerto Rico	1
Ecuador	11	República Dominicana	1
España	221	Santo Tomé y Príncipe	1
Francia	1	Uruguay	2
Guinea Bissau	1	Venezuela	6

Fuente: Registros, Secretaría General de la Facultad de Salud Pública.

CUADRO 2. Egresados según profesión. Período 1977–1994.

Profesión	Número	%
Médicos	266	59.2
Enfermeros	102	22.7
Estomatólogos	28	6.2
Cientistas Sociales	42	9.5
Veterinarios	5	1.1
Otros	6	1.3
Total	449	100.0

Fuente: Registros, Secretaría General de la Facultad de Salud Pública.

Con el decursar del tiempo se ha observado también un aumento del promedio de edad y de la experiencia profesional y laboral de los alumnos (Cuadro 3). En este resultado influye el aumento progresivo del número de cubanos, quienes por lo general arriban al curso con más edad y experiencia laboral.

CONSIDERACIONES FINALES

Si constatamos los elementos teóricos esenciales que dieron origen a este tipo de curso con los resultados obtenidos en las 17 graduaciones y el análisis del plan de estudios, podemos llegar a algunas consideraciones de carácter general (11):

- La maestría cuenta con un número considerable de graduados provenientes de 24 países, los que sin lugar a dudas han contribuido a divulgar los rasgos de la salud pública cubana.
- El curso ha tenido impacto en la región y fuera de ella, pues la inmensa mayoría de sus egresados ocupan puestos de la más alta calificación en sus países. Además, se ha producido un efecto multiplicador, ya que muchos graduados de los primeros cursos han asumido tareas de formación en sus respectivos países.
- Se mantiene el interés por el curso, expresado en el número de solicitudes que se siguen produciendo cada año.

CUADRO 3. Total de egresados, edad promedio y tiempo medio como profesional según curso. Período 1977-1994.

Año	Total de egresados	Edad promedio	Tiempo promedio como profesional
1977	13	29,8	5,5
1978	18	28,3	4,1
1979	13	33,4	5,1
1980	20	28,4	3,1
1981	22	29,4	3,8
1982	23	32,2	6,4
1983	24	29,1	4,2
1984	32	31,3	5,2
1985	26	30,5	5,9
1986	26	29,9	4,6
1987	52	30,9	5,4
1988	27	33,0	6,6
1989	27	30,4	5,0
1990	21	35,0	9,0
1991	27	34,0	7,0
1992	25	32,0	10,0
1993	19	36,0	12,0
1994	34	40,0	16,0

Fuente: Registros, Secretaría General de la Facultad de Salud Pública.

Se han visto comprometidos algunos de los propósitos iniciales como la proyección latinoamericana y la universalidad del perfil. Desde mediados del período se apreció el predominio de estudiantes españoles, quizás resultante de la reforma sanitaria y el prestigio de la salud pública cubana en ese país, así como por las condiciones ventajosas que el curso tiene (aprendizaje sobre la base de un modelo nacional bien estructurado, bajo costo e idioma común).

Hasta el momento no se ha logrado garantizar en la Facultad continuidad en la formación de los alumnos que concluyen la maestría, aunque se han realizado esfuerzos para mitigar este problema, de lo cual los encuentros de egresados con periodicidad trienal son una expresión concreta.

Una valoración integral sugiere que esta falta de continuidad no se previó en los países ni por los organismos de colaboración internacional, pues no se garantizó la estrategia que debía seguirse para el ulterior desarrollo de estos cursos (3). En la región las maestrías en general han pasado por un proceso de análisis y adecuación a las nuevas realidades socioepidemiológicas (10).

Lo analizado hasta aquí demuestra la necesidad de elaborar una proyección de trabajo que permita elevar la eficiencia del curso de salud pública cubano teniendo en cuenta los propósitos iniciales que aún tienen vigencia y las nuevas realidades, principalmente el mercado al cual se oferta y las condiciones y tendencias mundiales, en especial la ofensiva neoliberal con eje en la privatización (11). Este análisis ha conducido a identificar la necesidad de:

- I) Perfeccionar el plan de estudios.
 - a) Eliminar la separación ficticia entre contenidos afines y la armonización de los mismos en función de un problema de salud, para evitar omisiones o reiteraciones.
 - b) Redefinir o adecuar las prácticas según corresponda, de forma tal que el alumno pueda ejercitar todos los contenidos docentes recibidos.
 - c) Continuar la introducción paulatina de la computación en las materias que corresponda.
 - d) Enfatizar en los contenidos socioepidemiológicos.
 - e) Priorizar la investigación socioeconómica e higiénico-epidemiológica en la comunidad y de los servicios de salud.
 - f) Perfeccionar el proceso de definición y tutoría de tesis.
- II) Complementar los conocimientos de los egresados.
 - a) Continuar la línea de encuentros, que se inició en el año 1988, se reiteró en el 1991 y se continuó en 1993.
 - b) Ofertar cursos complementarios, ya sean de actualización o perfeccionamiento.
 - c) Explorar otras vías de intercambio egresado-institución, a través de la docencia y la investigación.

- III) Perfeccionar la formación de los profesores en función de la nueva situación de los servicios y sistemas de salud.
- IV) Evaluar la factibilidad de tratar de cumplir con el objetivo de proyección hacia América Latina y otras latitudes más cercanas a nuestro contexto económico-social.
- V) Perfeccionar el proceso de selección de alumnos.
- VI) Desarrollar un proceso permanente de investigación que permita:
 - a) Contrastar nuestros resultados docentes y planes de estudio, con los de otras escuelas de salud de la región.
 - b) Evaluar su impacto social.

REFERENCIAS

- 1 Cuba, Ministerio de Educación Superior. Reglamento de Educación de Postgrado. La Habana; 1992.
- 2 García JC. *La educación médica en América Latina*. Washington, DC: OPS; 1972. (Publicación Científica 255).
- 3 Organización Panamericana de la Salud. *Enseñanza de la salud pública. Veinte años de experiencia en América Latina*. Washington, DC: OPS; 1981. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos 38).
- 4 Rodríguez MI. Reunión de expertos de Facultades y Escuelas de Salud Pública en la Región de las Américas. La Habana; 1982. (Relato General).
- 5 Curso Internacional de Salud Pública. Plan de estudio. Instituto de Desarrollo de la Salud. La Habana; 1977.
- 6 Curso Internacional de Salud Pública. Plan de estudio. Instituto de Desarrollo de la Salud. La Habana; 1983.
- 7 Curso Internacional de Salud Pública. (Maestría). Plan de estudio. Facultad de Salud Pública. La Habana; 1987.
- 8 Maestría en Salud Pública. Programa de estudio. Facultad de Salud Pública. La Habana; 1992.
- 9 De Llerena M, Velázquez R. Bolivia. Análisis de la utilización de los egresados de la maestría en salud pública. *Educ Med y Salud* 1991;25(2):280-314.
- 10 Grupo de Trabajo sobre Evaluación de los Postgrados en Medicina Social. (Relatoria General). *Educ Med y Salud* 1992;26(1):151-171.
- 11 Informe al II Encuentro de Egresados de la Maestría Internacional en Salud Pública. Unión de Universidades de América Latina. La Habana; 1991. (Memorias).

ESTUDIO DE LOS PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN Y MAESTRÍA EN ENFERMERÍA EN AMÉRICA LATINA¹

María da Gloria Miotto Wright² y Nelly Garzón Alarcón³

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas han ocurrido muchos cambios en el área de la tecnología y la biotecnología, en las comunicaciones, en el intercambio de bienes y servicios y en la educación y salud de la población, que exigen la formación de recursos humanos capacitados para manejar los procesos e instrumentos científicos y tecnológicos, y para entender la complejidad de los factores que afectan la promoción y el mantenimiento de la salud de la población.

En el área de la enfermería no puede sustraerse esa exigencia. Con la incorporación de las escuelas de enfermería al sistema de educación universitaria, en los años sesenta se abrieron los espacios necesarios para que la enfermería diera los primeros pasos hacia su desarrollo científico. La iniciación de los programas de postgrado dio impulso a la construcción de saberes específicos sobre enfermería, y a su reconocimiento en la comunidad científica dentro y fuera de América Latina.

Este documento representa un esfuerzo pionero de la Organización Panamericana de la Salud a través del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, para ofrecer una visión actualizada de la situación de los programas de postgrado en enfermería en América Latina y el Caribe y analizar los 48 programas de postgrado de enfermería (32 de especialización y 16 de maestría) que se ofrecen en los países mencionados. Se concentra en los programas de especialización y maestría, que ofrecen solamente siete países de habla española: Chile, Colombia, Ecuador, México, Panamá, Perú y Venezuela. Se excluyeron el Brasil, por ya haber hecho estudios (en 1982 y 1989) de su extensa experiencia con programas de postgrado, y el resto de los países de América Latina y el Caribe, por no tener programas de postgrado.

¹ Estudio realizado a solicitud de la OPS.

² Profesor Adjunto, Universidad de Brasilia, Brasil. Profesor Visitante, Universidad de Georgetown, Estados Unidos de América. Consultora, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos de América.

³ Profesor Emérito, Universidad Nacional de Colombia. Consultora, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos de América.

Para realizar este estudio se aplicaron dos grupos de cuestionarios para conocer como surgió el postgrado, sus características básicas de organización, infraestructura, currículo, profesores, alumnos y producción científica.

Mediante un modelo crítico-holístico de análisis, se identificaron la ideología, el nivel macro-político del sistema de educación del país (ministerio, universidad o facultad), el nivel micro-político (condición, situación) y los productos de los programas de postgrado. Se resaltaron las áreas críticas, de las cuales se derivan las recomendaciones para las dos modalidades de postgrado.

Este estudio abre perspectivas para crear un sistema de evaluación nacional y regional de los programas de postgrado en enfermería; desarrollar un sistema de información sistematizada sobre los programas de postgrado en cada país y a nivel regional; hacer el diseño de un plan global de desarrollo científico y tecnológico sobre la enfermería en la Región para la próxima década y expandir y consolidar los programas de cooperación nacional e internacional entre los países de las Américas.

En el trabajo se presentan también elementos fundamentales para desarrollar un plan de crecimiento y consolidación del postgrado en enfermería, en particular en los programas de maestría y, en un futuro próximo, los de doctorado.

Es necesario unir los esfuerzos de los países de la Región y de los organismos internacionales para transformar en realidad las recomendaciones del estudio. Se espera que se den los primeros pasos en la Reunión Panamericana de Estudio de Postgrado en Enfermería que se realizará en Colombia del 10 al 12 de octubre de 1995, a fin de mejorar la educación avanzada de enfermería y la atención de salud, de acuerdo con las reformas que ocurren en el sistema de salud en la Región.

EVALUACIÓN CRÍTICO-HOLÍSTICA DE LOS PROGRAMAS DE POSTGRADO EN ENFERMERÍA EN AMÉRICA LATINA

Con base en los elementos ideológicos, la política científica y las leyes y reglamentos de los programas de postgrado, estos deben orientarse hacia los siguientes objetivos:

- ofrecer formación profesional avanzada;
- formar profesores para la enseñanza superior;
- capacitar funcionarios para cargos de nivel medio y alto;
- promover la formación y desarrollo científico;
- formar investigadores de alto nivel en ciencias básicas y aplicadas;
- crear ambientes propicios para la investigación;
- articular la investigación con el desarrollo de los sectores productivos y de servicios.

Los datos del estudio muestran que tanto los programas de especialización como de maestría en enfermería nacieron como resultado de

la ideología de la reforma universitaria. Los objetivos principales han sido formar profesores para la enseñanza superior y profesionales para la práctica, capacitar funcionarios y promover la iniciación científica. No se ha dado la misma importancia a la ideología del desarrollo de la ciencia y la tecnología.

La comprensión y aplicación de dicha ideología en el desarrollo de los programas de educación avanzada en enfermería en América Latina exige examinar los niveles macro y micro-político de los sistemas de educación postgrado en América Latina. El nivel macro se relaciona con el sistema de educación de cada país, universidad y facultad. El nivel micro-político es caracterizado por la condición, situación y productos de los programas de postgrado en cada escuela de enfermería.

El nivel macro-político de los sistemas de educación avanzada en América Latina

El análisis del nivel macro-político de los sistemas de educación avanzada en América Latina se caracteriza por las fuerzas que promueven la educación de postgrado en cada país, universidad y facultad (o escuela) de enfermería. Esta descripción y el análisis crítico-holístico permiten ubicar los programas de postgrado en enfermería dentro del contexto de la educación superior de cada país. El análisis de los siete países mencionados revela que hay poco conocimiento de la complejidad del sistema de postgrado (*sensu stricto* y *sensu lato*). Solamente el Brasil, que no se incluye en los siete países analizados aquí, ha hecho estudios nacionales sistematizados.

El avance en ciencia y tecnología depende en grande parte de los programas de postgrado. Comparando los datos de Brasil, Canadá y Estados Unidos con los de Chile, Colombia, Ecuador, México, Panamá, Perú y Venezuela, se percibe que en estos la educación avanzada está incipiente como sistema organizado a nivel nacional. Ello se refleja en el proceso y el producto final de esta modalidad de formación de recursos humanos.

El análisis crítico-holístico al nivel macro-político de la educación de postgrado en enfermería identificó las siguientes áreas críticas para el desarrollo y consolidación de la educación avanzada en la Región.

Áreas críticas del nivel macro-político de los programas de postgrado en enfermería

- La falta de una política global para la creación, expansión y consolidación de los programas de postgrado en el área de salud y, en especial, de enfermería.
- La carencia de un sistema de información organizado y sistematizado en cada universidad, escuela de enfermería y país sobre sus programas de postgrado. Dicho sistema permitiría crear una base de datos y

analizar las tendencias y características de los currículos. Asimismo, permitiría examinar la situación de los docentes, alumnos y de la producción científica de cada programa. En consecuencia, sería posible apoyar la toma de decisiones sobre áreas críticas del desarrollo de recursos humanos de enfermería.

- La falta de criterios similares y procesos coherentes para la evaluación y acreditación de los programas de postgrado entre las universidades dentro de cada país. Dichos criterios y procesos son necesarios para facilitar las transferencias de alumnos y el intercambio cooperativo entre las universidades y entre los países.

- La dificultad de diferenciar los niveles y funciones de las diferentes modalidades de postgrado (especialización, maestría, doctorado) en términos del enfoque, carga horaria, número de créditos, perfil y competencia de los egresados de esos programas.

- Los programas de postgrado de especialización y de maestría presentan una cobertura inadecuada para la formación de recursos humanos a nivel avanzado para las subregiones de las Américas.

- Pocas universidades y escuelas de enfermería tienen planes sistemáticos de capacitación para los docentes de los programas de pregrado y postgrado del área de salud y, especialmente para los de enfermería.

- La utilización inadecuada de los recursos humanos del área de enfermería a nivel nacional por los programas de postgrado en enfermería.

- La influencia extra-regional en el diseño curricular de los programas de postgrado no tiene contrapartida en el intercambio dentro de los países latinoamericanos.

- La apertura de programas interdisciplinarios de postgrado en áreas específicas, como el caso de la enfermería, sin una política y el respectivo plan de implementación que indique los objetivos y los resultados esperados de programas con estas características.

- Falta de políticas globales y criterios para la formulación de las propuestas, definición de las características de los programas interdisciplinarios de enfermería y su apertura en cada país estudiado.

- Falta de una política nacional y de los organismos internacionales para el financiamiento de los programas de postgrado en enfermería y sus investigaciones.

El nivel micro-político de los programas de postgrado en enfermería en América Latina

El análisis del nivel micro-político de los programas de postgrado en enfermería de América Latina se caracteriza en términos de la condición, la situación y el resultado de los programas de postgrado de los países estudiados. Esta descripción y el análisis crítico-holístico permiten ubicar los programas de postgrado en enfermería dentro del contexto de sus pares en la comunidad académica nacional e internacional.

Dicho análisis identificó las siguientes áreas críticas para el desarrollo y consolidación de la educación avanzada en la Región.

Áreas críticas del nivel micro-político de los programas de postgrado en enfermería

- Sistemas de información deficientes con relación a cupos, matrículas y graduados de los programas de postgrado. Los datos suministrados son incompletos e inconsistentes.
- Sistemas de información deficientes sobre los trabajos científicos elaborados y publicados por los docentes de los programas de postgrado, especialización y maestría.
 - El costo de los programas de postgrado para el alumno es alto, entre US\$ 2,000 y US\$ 4,000. Es bajo el número de becas disponibles y bajo el sueldo de los enfermeros, quienes en la mayoría de los países de América Latina ganan entre US\$ 300 y US\$ 500 mensuales.
 - No existe una diferencia clara en cuanto a las exigencias de nivel de trabajo de investigación entre los alumnos de los programas de especialización y los de maestría.
 - Los docentes de los programas de postgrado en enfermería en América Latina generalmente tienen título académico igual al título que otorga el programa (especialización o maestría). En algunas universidades se informó que hay docentes del programa de maestría con título de especialista y en algunos casos existen docentes de postgrado con el título básico de licenciatura.
 - Las investigaciones identificadas en el estudio de los programas de postgrado son en su mayoría monografías y disertaciones hechas por los alumnos. No se identifica una cantidad significativa de investigación, líneas o programas desarrollados por los docentes.
 - Incapacidad de los 16 programas de postgrado de atender la demanda interna de cada país y la demanda externa de los países vecinos. Existe una concentración de los programas de postgrado en la región Andina, Panamá y México.
 - Deficiencia cuantitativa de docentes enfermeros con título de maestría y de doctorado vinculados a los actuales programas de maestría.
 - Existencia de un promedio de 4,6 docentes enfermeros por cada programa de maestría, hecho que obliga al uso de otros profesionales para completar el cuadro de docentes exigido para abrir un programa de postgrado. Dicha situación contrasta con los programas de especialización que tienen un promedio de 6,8 docentes cada uno.
 - Dificultad en diferenciar el nivel de modalidad de cada uno de los programas de postgrado para enfermería (especialización y maestría) en términos de las exigencias a los candidatos, bases del currículo, experiencias de aprendizaje, nivel de investigación e impacto de esos programas en los servicios, educación de pregrado, y en las políticas de salud del país.

- Existe una influencia marcada de los modelos de postgrado extranjeros en el desarrollo de los currículos de los postgrado de los países estudiados, pero falta intercambio entre los países de América Latina con condiciones socio-culturales similares, tanto entre los países de habla española como entre estos y el Brasil.
- Existe un tiempo excesivo entre la matrícula y la graduación de los estudiantes de maestría. No se sabe si esta situación ocurre durante la fase de obtención de los cursos, en la preparación de la tesis o en ambas fases.
- La relación alumno/docente/enfermero/investigador en los 16 programas de maestría es de 6,3, número muy elevado para una orientación efectiva de tesis. Este hecho contrasta con la relación alumno/profesor de los programas de especialización que es de 1,2 alumno/docente enfermero.
- Las disciplinas clave en la enseñanza del proceso de investigación en los programas de maestría no difieren mucho en profundidad y métodos de las de los programas de especialización y post-básico.
- La exigencia de investigar las dos modalidades de los programas de postgrado en enfermería, especialización y maestría, crea una dificultad para diferenciar la profundidad de los programas de maestría.
- Excluyendo el Brasil, hay solamente 74 enfermeros docentes vinculados a los programas de maestría en toda Latinoamérica, y solamente 33 de ellos son investigadores. Estos datos contrastan con la cantidad de los docentes enfermeros (219) que hay en los 32 programas de especialización.
- Las escuelas de enfermería tienen 82 docentes que llevan a cabo investigaciones, pero no participan en los programas de maestría.
- La producción científica de los programas de postgrado entre 1982-1992 fue de 124 documentos, muy inferior a la producción de las escuelas de enfermería (472). Aunque no se sabe si hay una diferencia cualitativa importante, los programas de maestría no están destacándose por la cantidad de su producción científica.
- En general las investigaciones, tanto de los docentes como de los alumnos, se caracterizan por ser trabajos aislados, enfocados hacia la atención de la enfermería. Son investigaciones descriptivas más que investigaciones con diseños cuantitativos o cualitativos (pruebas de métodos, procesos).
- No se conoce el impacto ni la utilización de los conocimientos científicos que son los productos de los programas de postgrado en la enseñanza y los servicios de enfermería.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones presentadas en este documento están divididas en cinco áreas importantes para el desarrollo y consolidación del postgrado en enfermería en América Latina. Estas áreas engloban los as-

pectos críticos encontrados en los 48 programas de postgrado (32 de especialización y 16 de maestría) estudiados en los siete países de América Latina. Las áreas identificadas para las recomendaciones son: la organización del sistema de educación de postgrado a nivel de país y de la Región; la formación y el desarrollo de los recursos humanos a nivel de educación avanzada; la investigación y producción científica en el campo de la enfermería; el proceso de comunicación e información entre la comunidad científica en el área de la enfermería y la cooperación nacional e internacional de la profesión.

La organización del sistema de educación de postgrado a nivel de país y de la Región

Recomendaciones a la OPS y a otros organismos internacionales

- Apoyar a los países a definir una política global de educación de postgrado, en especial para el área de enfermería, tomando en cuenta las transformaciones del sector salud, los cambios sociales y económicos y los avances de la ciencia y la tecnología.
- Apoyar la movilización de recursos financieros, técnicos y políticos para implementar las metas y estrategias de desarrollo y consolidación de la educación de postgrado en enfermería durante los próximos 10 años en América Latina y el Caribe.
- Apoyar a los países a definir sistemas de evaluación sistemáticos de los programas de postgrado en enfermería vigentes.
- Apoyar el análisis continuo del progreso de los estudios de postgrado en enfermería, así como su impacto en la transformación de los servicios y de la educación de los enfermeros.
- Apoyar la creación de un grupo de expertos de enfermería en la Región, para estudiar periódicamente la situación y el desarrollo de la educación de los enfermeros y apoyar las definiciones de las políticas y planes de educación de pregrado y postgrado a nivel regional.
- Estimular y apoyar el desarrollo de la cooperación técnica y financiera entre los países de América Latina y el Caribe (incluida América del Norte) para lograr el avance y la consolidación de los programas de postgrado en enfermería, la investigación y la producción científica.
- Desarrollar un modelo teórico que oriente la reorganización del postgrado en los países de la Región y que sea compatible con la realidad latinoamericana.
- Promover, bajo la coordinación de la OPS, un taller con representantes del Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo y Fundación Kellogg, para sistematizar los esfuerzos y recursos aplicados en relación con el mejoramiento de la educación de pregrado y postgrado en América Latina.

- Establecer junto con el gobierno de cada país un plan de expansión de los programas de postgrado para las áreas emergentes del conocimiento científico, en específico la de enfermería.

Recomendaciones a los gobiernos de los países, universidades y escuelas de enfermería

- Crear a nivel de cada país un grupo interministerial de consultores de educación de pregrado y postgrado en enfermería para definir las políticas de educación básica y avanzada. Dicho grupo debe elaborar un plan de desarrollo con metas a corto, mediano y largo plazo para el progreso y consolidación de la educación de los enfermeros en su país.

- Diseñar planes coherentes entre el desarrollo de los servicios de salud y las políticas de educación para establecer estrategias de mejor inserción laboral de los profesionales de la enfermería con formación básica y avanzada.

- Abrir espacios oficiales para la enfermería, participar de las políticas, planes y cuerpo asesor de los programas de ciencia y tecnología del país.

- Estimular y apoyar el desarrollo y coordinación de convenios, consorcios, interinstitucionales e internacionales que ayuden a fortalecer la educación de postgrado en enfermería, la investigación y la producción científica.

- Establecer a nivel de los países, de las universidades, y escuelas de enfermería un sistema de información acerca de la educación de postgrado en enfermería, que incluya todos los elementos que constituyen el proceso de apertura, manutención y evaluación de un programa de postgrado a nivel *latu sensu* y *stricto sensu*.

- Promover seminarios y talleres sobre la interdisciplinariedad en el área de la salud y; específicamente, de la enfermería, buscando caminos para lograr el avance del postgrado en América Latina y el Caribe.

La formación y desarrollo de recursos humanos en enfermería a nivel de educación avanzada

Recomendaciones a la OPS y a otros organismos internacionales

- Apoyar el plan de formación y capacitación de recursos humanos en enfermería para la América Latina a nivel de educación avanzada (maestría y doctorado), de acuerdo con las necesidades y metas establecidas por cada país.

- Estimular y apoyar técnica y financieramente la promoción de intercambio de docentes de los programas de postgrado a través de convenios y consorcios, para fortalecer y diversificar las experiencias de los profesores de los programas de postgrado en enfermería.

- Promover la creación de fondos para becas de perfeccionamiento de docentes de pregrado y postgrado en enfermería, mediante esfuerzos de organismos internacionales y no gubernamentales que actúan en América Latina.
- Estimular y facilitar en las reuniones nacionales e internacionales del área de la enfermería (apoyadas por la OPS), el encuentro del grupo de expertos de educación de pregrado y postgrado para evaluar y dar continuidad a sus trabajos a nivel de los países.
- Promover, bajo la coordinación de la OPS, la integración de esfuerzos de entidades como el Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo y Fundación Kellogg para formar y capacitar recursos humanos en enfermería.
- Estudiar los medios para otorgar becas de estudios a nivel de postgrado para enfermeros de países que no tienen programas de postgrado y que desean estudiar en otros países, formando los recursos humanos necesarios para crear nuevos programas.

Recomendaciones a los gobiernos de los países, universidades y escuelas de enfermería

- Elaborar un plan nacional (con el apoyo del plan de las universidades) para el desarrollo de recursos humanos en enfermería con formación avanzada que atienda las necesidades de las universidades y las proyecciones de los servicios de salud del país.
- Establecer a nivel de los Ministerios de Educación y de Ciencia y Tecnología un fondo de becas y apoyo financiero institucional para las universidades que desarrollan programas de postgrado considerados de excelente calidad. Dicho fondo promovería el desarrollo de recursos humanos a nivel de educación avanzada para todas las áreas del conocimiento científico y, en especial, para la de la enfermería. Definir criterios de excelencia para las instituciones con el fin de asignar becas y dar ayuda financiera que estimulen a los programas a mejorar el desempeño y la producción científica.
- Establecer áreas prioritarias de estudios de postgrado en enfermería en cada país para asegurar la integración de estos con la búsqueda de respuestas a los problemas de salud de la población, las reformas del sector de salud, la demanda de enfermeros y la asignación de recursos financieros a las áreas prioritarias.
- Crear un sistema nacional para realizar una evaluación sistematizada cada cuatro años de los programas de pregrado y postgrado, direccionando la política de capacitación de recursos humanos del área de la enfermería en cada país.
- Aumentar los programas de postgrado en enfermería de acuerdo con la necesidad de los países que tienen una política nacional de apoyo técnico y financiero y un plan efectivo para su implementación y consolidación.

- Proveer estadísticas fieles sobre los recursos humanos en el área de la salud, correspondientes a cada categoría profesional, en especial los de enfermería: enfermeros, técnicos, auxiliares.

La investigación y producción científica del área de enfermería

Recomendaciones a la OPS y a otros organismos internacionales

- Estimular y apoyar la asesoría técnica y científica entre los países de las Américas para desarrollar y fortalecer la investigación de los programas de maestría en enfermería, con la perspectiva de crear centros de excelencia de investigación en enfermería e interdisciplinario.
 - Apoyar el establecimiento de prioridades, áreas y líneas de investigación en enfermería que respondan a los planes regionales de desarrollo de cada país, de las políticas de salud y de la ciencia y la tecnología.
 - Apoyar la creación, mantenimiento y publicación periódica (cada dos años) de una base de datos sobre investigaciones e investigadores de los programas de postgrado en enfermería en América Latina y el Caribe.
 - Estimular y apoyar, a través del Programa de Investigación y Desarrollo de Ciencia y Tecnología de la OPS las investigaciones del área de la enfermería en la Región.
 - Estimular y apoyar la organización de encuentros nacionales y regionales sobre la contribución de la enfermería en la investigación, ciencia y tecnología de la salud en la Región.

Recomendaciones a los gobiernos de los países, universidades y escuelas de enfermería

- Definir la agenda de prioridades de investigación sobre enfermería en el país, universidades y escuelas de enfermería de acuerdo con las políticas de ciencia y tecnología y de salud del país.
 - Apoyar la creación de Centros de Excelencia de Investigación en Enfermería que permitan integrar la enseñanza, práctica e investigación, fundamentando las soluciones de los problemas de los servicios de salud y de los profesionales de la enfermería.
 - Ofrecer cursos de entrenamiento a los enfermeros en diferentes metodologías de investigación aplicadas al área de salud mediante convenios, consorcios nacionales e internacionales.
 - Definir en cada modalidad de los programas de postgrado, el papel de la investigación, la profundidad y calidad del producto final de cada programa y su contribución para la solución de los problemas de salud de la población, de los servicios de salud y de la enfermería.
 - Incentivar y apoyar la investigación desarrollada por medio de convenios, consorcios, cooperación técnica y científica a nivel nacional e internacional entre los países de las Américas.

- Diseñar formas de apoyo técnico y financiero para el fortalecimiento de la investigación en enfermería en todos los programas de postgrado de América Latina.

El proceso de comunicación e información entre la comunidad científica en el área de la enfermería

Recomendaciones a la OPS y a otros organismos internacionales

- Incluir en el Programa de Libros de Textos de la OPS sobre enfermería, la serie *Cuadernos Científicos de Enfermería* dedicada a apoyar los programas de postgrado y la investigación sobre enfermería en América Latina y el Caribe; incluir también otros medios de educación e información científica por medio del uso de CD-ROM en los programas de postgrado.
- Captar la producción científica de los programas de postgrado en enfermería para elaborar diferentes tipos de publicaciones: libros de textos, antologías, serie de documentos técnicos para subsidiar los programas, y fortalecer las bibliotecas de las universidades que desarrollan programas de postgrado en enfermería.
- Incentivar y apoyar eventos técnico-científicos en el área de la enfermería sobre la integración de la investigación en la docencia y los servicios a nivel nacional e internacional.
- Incentivar y apoyar la creación y el fortalecimiento de redes nacionales e internacionales de postgrado de investigación y de educación continua sobre enfermería en las Américas.
- Apoyar técnica y financieramente el uso de consultores latinoamericanos y extranjeros en los programas de postgrado para desarrollar un programa de publicación conjunto en áreas específicas del campo de la enfermería.
- Estimular los programas de postgrado en enfermería en América Latina para hacer publicaciones conjuntas.

Recomendaciones a los gobiernos de los países, universidades y escuelas de enfermería

- Incentivar y apoyar la creación de una revista o publicación periódica nacional con carácter científico para diseminar cursos y trabajos de investigación de los programas de postgrado en enfermería.
- Incentivar y apoyar la creación de redes de centros y unidades académicas de estudios de postgrado en enfermería e investigación en América Latina.
- Diseñar modelos alternativos de sistemas de comunicaciones entre las bibliotecas, hemerotecas generales y especializadas a nivel nacional e internacional con el fin de fortalecer los programas de postgrado en enfermería.

- Estimular y apoyar la creación de consorcios entre las universidades para crear revistas científicas latinoamericanas, con la producción científica de los programas de postgrado en enfermería.
- Estimular a los enfermeros con doctorado de los programas de postgrado en enfermería a desarrollar teorías sobre enfermería compatibles con la realidad latinoamericana.

La cooperación nacional e internacional en el área de la enfermería

Recomendaciones a la OPS y a otros organismos internacionales

- Incentivar el uso de los acuerdos regionales como NAFTA, MERCOSUR, LAFTA y el Pacto Andino que permitan desarrollar convenios y consorcios entre las universidades de diferentes países para lograr el crecimiento y fortalecimiento del postgrado y de la investigación sobre enfermería en América Latina.
- Incentivar y apoyar el uso de los organismos oficiales de los países como el Ministerio de Ciencia y Tecnología para desarrollar convenios con los Estados Unidos y Canadá.
- Desarrollar estudios de evaluaciones de acuerdos de cooperación técnica y científica en el área de la enfermería para estudiar su impacto en el desarrollo científico y tecnológico de la enfermería en la América Latina.
- Divulgar más ampliamente los documentos de la OPS sobre los organismos europeos, estadounidenses y canadienses que ofrecen apoyo financiero para proyectos de investigación, trabajos de extensión y desarrollo de modelos alternativos de servicios de salud.
- Promover reuniones y conferencias internacionales que traten sobre el desarrollo de programas y proyectos de cooperación interpaíses y multipaíses.
- Estimular y apoyar la publicación de las experiencias de los programas y proyectos de cooperación nacional, interpaíses y multipaíses realizados en América Latina.

Recomendaciones a los gobiernos de los países, universidades, y escuelas de enfermería

- Identificar en las escuelas de enfermería, universidades y gobiernos de cada país el potencial para desarrollar programas y proyectos de cooperación nacional e internacional.
- Facilitar en cada país el desarrollo de dichos programas y proyectos.
- Identificar junto con las embajadas y organismos internacionales en cada país aquellos que ofrecen recursos técnicos y financieros para dicha cooperación.

- Promover seminarios y talleres sobre los diferentes aspectos de dichos programas y proyectos.
- Identificar en las escuelas de enfermería de cada país el interés de desarrollar programas de salud internacional interpaíses y multipaíses.

Fe de errata

En el artículo de Helena E. Restrepo "Promoción de la salud y equidad: un nuevo concepto para la acción en salud pública", que se publicó en el Vol. 29 No. 1, no se incluyó los agradecimientos a Manuel Rozental y Alfonso Contreras por sus valiosos aportes a ese documento. Lamentamos la omisión.

D OCUMENTO

G RUPO DE TRABAJO SOBRE EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD

Este documento es una reseña de las deliberaciones de un Grupo de Trabajo reunido en Washington, DC, del 15 al 19 de mayo de 1995, con la finalidad de proponer instrumentos teóricos, metodológicos y operacionales que contribuyan a mejorar las prácticas de capacitación en los servicios de salud de la Región. Estas prácticas de capacitación deben partir de una reflexión profunda que comience con una educación permanente —propuesta de cambio— que se base en el conjunto de problemas existentes en dicha práctica. El marco referencial del debate ha sido el análisis de las implicaciones de las reformas de salud sobre los servicios públicos en la Región y los problemas y oportunidades del proceso de desarrollo de su personal.

EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD EN AMÉRICA LATINA, RAÍCES Y TRAYECTORIA

La experiencia latinoamericana basada en la educación en los servicios de salud es tan abundante como heterogénea. Si alguna actividad ha sido constante en casi todos los servicios de salud en la Región ha sido la llamada capacitación en servicio, que en tiempos recientes ha cobrado una nueva importancia. La educación en los servicios de salud se ha caracterizado en la mayoría de los casos por la predominancia de cursos orientados a actualizar o mejorar el desempeño técnico de alguna categoría específica del personal dentro del marco de algún programa de atención o control. Se basa en la transmisión de conocimientos, habilidades o destrezas con la idea de que la práctica inadecuada del trabajo se debe a deficiencias de conocimiento del trabajador.

Esa larga y rica trayectoria ha motivado también la aparición de otros modos de pensar e introducir la experiencia educativa en los servicios de salud. La dialéctica entre la práctica educacional referida a la atención de salud y el desarrollo de la educación en el mundo y en la Región ha generado corrientes innovadoras para la educación en servicio. Una de ellas, apoyada muy activamente por la Organización Panamericana de la Salud, es la denominada genéricamente educación permanente (EPS).

Una mirada retrospectiva a las actividades realizadas en el sector salud muestra que la producción teórico-metodológica en el área de la educación ha sido uno de los núcleos que ha tenido un desarrollo más activo. Y dentro de esa dinámica, una tendencia importante para la configuración de la propuesta de EPS ha sido el desplazamiento de una educación en salud circunscrita al espacio institucional (intramuros y predominantemente universitario) con un tiempo finito de aprehensión de conocimiento, hacia una educación más orientada por procesos de construcción permanente de conocimiento que se desarrolla y se aplica dentro del escenario del trabajo en salud.

Otro núcleo activo en la generación de esta propuesta ha sido la difusión de una mirada integral y social a los procesos de atención a la salud. Esa mirada, influida por un modo muy propio de la Región de asumir el pensamiento estratégico situacional, ha permitido, por una parte, articular la educación en los servicios de salud en sus dimensiones sociales, ideológicas y técnicas, y por otra, definirse no solamente a partir de las necesidades del personal sino también de la realidad del servicio y de los problemas que afectan el logro de su finalidad.

A continuación se enumeran algunos acontecimientos que fueron configurando una forma diferente de entender las relaciones entre la educación, el desarrollo de conocimiento y las necesidades del trabajo en el campo de la salud. Estos aspectos, en los que se basa la EPS, nos ayudarán a entender la preocupación de la OPS y del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos.

La Asamblea Mundial de la Salud de 1973 trató el problema de la educación del personal que trabaja en los servicios de salud, problema que trascendía de los tradicionales marcos de trabajo de la universidad en la mayor parte de los Países Miembros (1). Simultáneamente, en el campo de la educación en general, se proponían fórmulas para resolver el problema educativo de los adultos en los países en desarrollo, y estudiosos del problema en Europa y América Latina publicaban las primeras comunicaciones acerca del potencial del trabajo como fuente de insumos para desarrollar experiencias de aprendizaje (2).

La educación continua vista como una forma de mantener y extender en el tiempo la competencia profesional en cualquier área de la práctica médica, y como medio para asegurar la eficiencia profesional mediante la actualización de conocimientos sin considerar funciones o estructura institucional (saber = hacer) confrontó críticas ya que "la mayoría de los programas de educación continua respondían a las necesidades de grupos profesionales o a preocupaciones de orden académico que no contribuían a mejorar los servicios de salud". Por lo tanto, no satisfacían las necesidades de la población, ni constituyeron tampoco un elemento de redistribución educativa que permitiera un cambio en las relaciones técnicas o sociales del trabajo del sector salud (3).

La Conferencia Sanitaria Panamericana de 1974 puntualizó la "necesidad de apoyar a los Gobiernos en sus esfuerzos para planificar,

implantar y mejorar los mecanismos que permitan la actualización permanente del personal de salud". Un año después, la OPS convocó a un grupo de expertos con el fin de proveer lineamientos y orientaciones tendientes a facilitar la formulación y ejecución de "planes de educación continua para los equipos de salud". El proyecto se desarrolló en ocho países de la Región con apoyo del gobierno canadiense.

A partir de 1984 se generó un esfuerzo continental para acompañar técnicamente y recopilar información sobre experiencias educativas en salud que venían desarrollándose en los países de las Américas. El análisis de estas experiencias se realizó a la luz de una activa problematización de los principios de la educación de acuerdo con la perspectiva andragógica, que entiende que la educación es un proceso que debe continuar en la vida adulta y que tiene su finalidad en la autogestión del hombre (4).

Con estos antecedentes se inició un proceso de fundamentación conceptual y metodológica de la propuesta de EPS, que fue validada por un Grupo Regional de Consulta (México 1988) como . . . "mecanismo para hacer de la educación de los trabajadores de salud un proceso permanente, que se remite al trabajo como eje del proceso educativo, fuente de conocimiento y objeto de transformación que privilegia la participación colectiva y multidisciplinaria, y que favorece la construcción dinámica de nuevo conocimiento a través de la investigación, el manejo analítico de la información y el intercambio de saberes y experiencias" (5).

Una extensa y detallada fundamentación conceptual, así como la reseña de experiencias en los diferentes países de la Región se pueden encontrar en la Serie Desarrollo de Recursos Humanos bajo el título de Educación Permanente del Personal de Salud en la Región de las Américas, publicada por la Organización Panamericana de la Salud en 10 números (78 a 87) entre 1989 y 1991. La publicación No. 100 de la misma serie constituye una síntesis integradora del desarrollo teórico y la práctica regional en educación permanente.

Este esfuerzo de producción bibliográfica recoge el proceso que han vivido los grupos nacionales de trabajo aplicando los planteamientos de la propuesta original en experiencias concretas referidas a sus problemas, y los encuentros de esos grupos para reflexionar y avanzar en la construcción y perfeccionamiento de la propia respuesta.

La revisión de los resultados de esas experiencias, de las reflexiones y debates ocurridos y del conocimiento acumulado permitirán evaluar la potencialidad de la propuesta en el contexto actual y proyectarla como propuesta de reorientación de los procesos educacionales en salud, fundamentada en los balances de las experiencias y en las investigaciones sobre la fuerza de trabajo, y el trabajo y el aprendizaje en las instituciones de salud.

¿QUÉ ES LA EDUCACIÓN PERMANENTE?

De una manera genérica se puede decir que la educación permanente (EPS) es "una propuesta para reorientar la educación de los tra-

bajadores de la salud como un proceso permanente, de naturaleza participativa, en el cual el aprendizaje se produce alrededor de un eje central constituido por el trabajo habitual de los servicios” (6-9). Este enfoque, distinto e innovador debido a sus bases teóricas, sus métodos y sus objetivos, se orienta a cambiar las prácticas técnicas y sociales del personal que trabaja en las instituciones de salud.

En el enfoque pedagógico tradicional, los problemas de no saber, no saber hacer o de no saber por qué se hace, se enfrentan y solucionan en forma separada y a través de la transmisión de información. Para superar las limitaciones de esta concepción la EPS se basa en la pedagogía de la problematización, aplicada al proceso de trabajo en salud y orientada al por qué del saber y no únicamente al saber o saber hacer. Esta opción implica resaltar el potencial educativo de la situación laboral, el análisis de los problemas del trabajo cotidiano y la orientación del proceso educativo hacia la transformación de las prácticas técnicas y sociales del trabajador.

El aprendizaje se produce cuando se integran nuevos conocimientos al individuo y al grupo. El ciclo se completa cuando el conocimiento producido es una posibilidad efectiva de transformar la realidad específica de ese individuo y de ese grupo.

Las características pedagógicas de la propuesta de EPS le otorgan importantes ventajas comparativas que se pueden resumir en los siguientes puntos de encuentro entre educación y trabajo en salud (10).

- Desde el diagnóstico inicial orienta el trabajo educativo hacia el compromiso con la modificación de las prácticas y del servicio.
- Integra lo individual, lo grupal, lo institucional y lo social en la definición de los problemas.
- Trabaja con lo intelectual y lo afectivo indisolublemente, fortaleciendo el compromiso social y profesional.
- Desarrolla la conciencia del grupo, contribuyendo a afianzar la identidad del equipo de trabajo.
- Permite generar nuevos conocimientos, puesto que el grupo al reflexionar, indagar y buscar información apropiada para el problema y el contexto en que se actúa, evita la transferencia indiscriminada de “soluciones” generadas en otros contextos y en otros centros de poder, y se mantiene activo.

El análisis de los procesos de trabajo en salud permite identificar tanto aquellos problemas del ámbito educativo que son objeto de intervención educativa, como aquellos que no lo son, y ayuda a entender la forma en que se organiza el grupo para resolver un problema dentro del servicio o unidad donde se está trabajando. Este punto de partida para el análisis permite rescatar la especificidad del recurso humano y sus posibilidades de intervención en los problemas identificados, lo que no se logra si se parte directa y exclusivamente de los llamados genéricamente “problemas de salud” referidos de un perfil de situación de salud, ya que su análisis nos lleva a otras dimensiones de mayor generalidad dentro del contexto socio-político, económico, y otros.

Si se desea avanzar en esta línea pedagógica de reconstrucción cognoscitiva con eje en los problemas de la práctica, se hace necesario saber más de esa práctica. Eso nos lleva a estudiar, sistematizar, adaptar y/o "apropiar" a las especificidades y al contexto de las instituciones de salud y de sus profesiones, algunos desarrollos conceptuales y operativos del "mundo del trabajo", inclusive algunos generados en la actividad industrial (11). Este movimiento intelectual por ser más importante en el actual contexto de reformas sectoriales exige en gran medida incorporar a la atención de salud y su gestión, criterios y modelos de calidad y eficiencia, muchos de los cuales se originan o se inspiran en la industria.

Dada la especificidad de los problemas del trabajo en salud y sus diferentes grados de complejidad no se puede hablar de un modelo único de "hacer EPS" sino de principios pedagógicos que respaldan un diseño metodológico que ofrezca respuestas a las particularidades que cada experiencia tiene en distintos contextos, instituciones, procesos de trabajo, niveles de complejidad, plazos, emergencias, grupos e individuos. Por eso la propuesta de la EPS no excluye otras alternativas, sino que incluye iniciativas ya existentes como una gama de posibilidades complementarias cuyos límites y potencialidades deben ser explorados a la luz de los principios de la propuesta.

LOS USOS DE LA EPS

Como corresponde a todo proceso educacional el desarrollo de la propuesta de EPS es complejo y conflictivo. Existen todavía muchas dificultades derivadas de insuficiencias de desarrollo de la propuesta propiamente dicha y en especial de algunos instrumentos operacionales efectivos. Otra dimensión de su complejidad ha sido la polémica acerca de qué es, qué no es y para qué sirve la EPS. Ese debate, como los que se dan sobre muchos aspectos sociales, se planteó desde diversas posturas teóricas e ideológicas (muchas veces antagónicas) y ha sido muy intenso. Ahora se puede decir que ayudó a definir algunas cuestiones básicas pero sobre todo ayudó a discernir lo esencial y lo accesorio de la propuesta y de su finalidad.

La propuesta de EPS se encuentra hoy en el momento de superar algunas de esas polaridades (la realidad, como suele suceder, fue la que superó las situaciones polémicas) y de trabajar con definiciones más amplias, evitando dicotomías simplificadoras como equipo - individuo, permanente - continuada, autonomía - masividad, curso - taller, etc., que poco o nada contribuyen a mejorar o a consolidar las propuestas.

Al contextualizar y definir los procesos institucionales y los problemas laborales y/o educacionales a enfrentar, se identifican una serie de necesidades no solo educativas sino concernientes a la organización, el financiamiento, la gestión. Frente a esto, tener claro quién o quiénes deciden para qué usar la EPS aparece claramente como una definición eminentemente política (aunque no siempre democráticamente política) de

usar o no la EPS para impactar en las dimensiones organizacionales y sistémicas del cambio.

Si la opción política es un cambio de la organización en la que los sujetos desarrollan sus actividades técnicas y establecen una red de relaciones sociales, es necesario partir de una reflexión sobre la naturaleza especial de las organizaciones de servicios de salud y una exploración sobre la posibilidad de acceder, por medio de complejos intermediarios políticos, a un nivel sistémico de cambio, pensando que la educación (es decir la EPS) es una estrategia con contenidos para el cambio (8), entre otras estrategias que pueden coincidir a impulsar ese cambio.

En este momento de cambios sectoriales caracterizados por descentralización, millonarios proyectos de inversión o desarrollo institucional con fondos externos, apertura de mercados de atención, cambios en el régimen financiero con tendencias a la privatización, cambios en la gestión de los servicios, y otros; tienen profundas implicaciones para la situación de los recursos humanos la racionalización del personal, la terciarización, la flexibilidad laboral, la precarización de empleo, los nuevos sistemas de control, la decisión de implementar procesos de EPS (bajo modalidades de reconversión, actualización, capacitación de emergencia, programas de liderazgo y mejoría de la gestión), lo que implica gran número de participantes. Es decir que el desafío que la EPS debe enfrentar tiene un carácter masivo.

Sin embargo, este carácter masivo a la luz de la EPS no significa homogeneidad. Se trata, en realidad, de voluminosas demandas de educación (mayormente en el servicio) pero de una variedad muy amplia de profesionales, técnicos y auxiliares de las más variadas funciones y diferentes perfiles, inscritos en proyectos de cambio o procesos institucionales o sectoriales muy diferentes, con orientaciones políticas y finalidades diversas que hacen necesario pensar y diseñar proyectos y modos educacionales específicos para responder con la EPS a estas necesidades.

La extensión del enfoque de la EPS requiere pensar en el recurso humano necesario para responder a la magnitud de la tarea; en este momento, promover la formación de facilitadores que aún no existen en número significativo, es fundamental. Los facilitadores son líderes y promotores técnicos de la EPS y es esta cualidad lo que los distingue de los llamados multiplicadores o reproductores de programas específicos.

Como sucede con todo proceso innovador, cuando la EPS irrumpe en el apacible paisaje de la capacitación en salud, genera reacciones contrarias que, en la mayoría de los casos, obedecen a las previsibles resistencias al cambio. En estas situaciones, las razones son variadas, no necesariamente transparentes. La cultura institucional y la estructura de poder institucional o sectorial, además de los tradicionales estilos educativos, son las principales determinantes de las resistencias.

Es tarea de la gestión estratégica de la EPS, y de los recursos humanos, anticipar y enfrentar estas previsibles barreras que se enfrentarán aun en el caso de tener la decisión política de parte del proyecto innovador.

El análisis institucional debe, por tanto, ser un momento privilegiado para definir estrategias que permitan disminuir, bloquear o enfrentar las resistencias. Es importante conocer dónde nace la decisión de responder masivamente y reconocer la negociación política como parte de la gestión de los procesos de la EPS.

La gestión de recursos humanos tiene una relación directa con todo proyecto de EPS: puede favorecerlo o puede obstaculizarlo. Lo ideal es que la EPS sea una de las estrategias principales de la gestión. En todo caso, una gestión que sustenta el mejoramiento de la calidad y la eficiencia en la atención a la población, otorga sentido, perspectiva y continente a un proyecto de EPS. Actualmente se percibe una mayor preocupación en los sistemas y servicios de salud por redefinir el estilo y los contenidos de la gestión de recursos humanos.

En este tiempo de reformas y descentralización, la OPS está promoviendo activamente la adopción y fortalecimiento de una nueva gestión de recursos humanos que asuma al trabajador como eje —subordinando la concepción de objeto que prima en la administración tradicional a una concepción de sujeto histórico—, el proceso de trabajo y las relaciones laborales con perspectiva institucional. De esta manera se plantean como sustantivas, además de la administración de personal, otras funciones como la educación permanente, la organización del trabajo y las relaciones laborales.

Es imprescindible considerar el desarrollo de una capacidad de gestión estratégica de los procesos educacionales como condición importante para el éxito y la sostenibilidad, sobre todo en marcos de descentralización, amplia participación de actores, demanda masiva y utilización de diversos medios y técnicas para el aprendizaje. De alguna forma, la condición de permanencia, esencial para alcanzar objetivos de largo aliento como son los educativos, puede asegurarse por una ágil y efectiva gestión de la EPS.

LAS EXPERIENCIAS DE LA EPS

La mayoría de los países de la Región han tenido experiencias educacionales con diferentes grados de éxito, cuyas evaluaciones y análisis han permitido avances importantes. Al mismo tiempo se han producido importantes materiales y publicaciones que han acompañado el desarrollo de la propuesta a lo largo de su historia.

Es necesario analizar y sistematizar experiencias de EPS en la Región que permitan encontrar estrategias que, orientadas por los principios de la propuesta, permitan difundir e impulsar la aplicación de la EPS a través de instrumentos educativos válidos, así como facilitar la cooperación en los países disminuyendo progresivamente la necesidad de la consultoría directa.

Brasil: la experiencia de "Larga escala"

Este proceso se inició en 1975 con el fin de atender las demandas de 300.000 trabajadores auxiliares (actualmente 500.000) de los servicios de salud del Brasil sin calificación para las funciones que se encontraban desempeñando. Esta experiencia se dirigió a una clientela de adultos, trabajadores con una práctica establecida en los servicios y un conocimiento previo basado en el hacer.

Dada la heterogeneidad de esa población, la respuesta fue una escuela de carácter multiprofesional con un currículo integrado por esa clientela y que utiliza el servicio como ambiente pedagógico. Esto se denominó "escuela función", ya que no es el alumno el que va a la escuela sino es la escuela la que va al alumno.

A continuación se mencionan los principios que orientaron este proceso:

- El trabajo es una práctica y un conocimiento a partir del cual se reconstruye.
- El concepto pedagógico de la problematización (acción, reflexión y acción).
- La categoría pedagógica en este proceso es el trabajo.

A la luz de estos principios la supervisión se constituyó en un recurso pedagógico fundamental.

En el año 1995 se completó la formación de 100.000 trabajadores. En el proceso de construcción del Sistema Único de Salud se fue identificando la necesidad de responder a las necesidades de otros grupos, especialmente de aquellos recursos humanos que formulan y diseñan políticas de desarrollo de personal en salud, lo que se concretó en el programa de gerentes que actualmente está en fase experimental.

Este proyecto de EPS fue llamado "Larga escala" pues pretendía responder a una necesidad masiva. Su diseño y realización requirió del trabajo conjunto con universidades, e implicó un largo proceso para la creación de la infraestructura de base: recursos financieros, humanos, físicos, y otros. Es importante señalar que este proyecto tuvo éxito al viabilizar el interés del grupo de trabajadores de alcanzar, a través de un proceso de educación permanente, una categoría social-profesional legitimada y legalizada.

Argentina: reconversión de personal empírico de enfermería

Esta propuesta muy similar a la anterior e inspirada en el proyecto "Larga escala" intenta contribuir a resolver un complejo problema con el personal de enfermería en Argentina, que se caracteriza por lo siguiente:

- Alta presencia de personal empírico en los servicios de salud, que llegaba hasta un 60% en algunas provincias.

- Formación heterogénea y sin coordinación.
- Bajo nivel de formación de profesionales calificados, encontrándose hasta 80% de deserción en programas universitarios.
- Trabajadores insertos en procesos de trabajo difusos sin definiciones básicas de organización del proceso de enfermería.
- Casi ausencia de conducción de los servicios de enfermería.

En este contexto se genera un proyecto que se propone mejorar la situación de la enfermería y a la vez legitimar esa categoría profesional. La implementación de la propuesta se inició con un 45% de personal no calificado (respecto a todo el personal de salud) en 1990 y logró llegar a un 10% en 1994.

Los avances más significativos fueron haber podido trabajar con tres dimensiones: política, institucional (integración de servicios y escuelas) y pedagógica (estrategia estudio-trabajo).

La dimensión política dio legitimidad a la propuesta y abarcó los niveles institucionales tanto en servicios como en universidades, y permitió la consolidación de equipos intersectoriales locales. La dimensión pedagógica partió de la categoría trabajo, desarrollando un currículo abierto relacionado con esa categoría. Se mencionó también como un logro la formulación de un bachillerato en servicio orientado a la salud pública, como parte de una tendencia que se prevee en Argentina: los bachilleratos orientados a distintas salidas laborales.

La experiencia del NUTES de la Universidad Federal de Rio de Janeiro

Las experiencias de "Larga escala" y de reconversión de personal empírico de enfermería en la Argentina responden a problemas de una categoría profesional específica que han avanzado hacia otras. La experiencia de NUTES se orienta hacia los equipos de salud. Esto marca una diferencia importante pues el equipo incluye diferentes categorías profesionales a la vez que trabaja sobre un determinado problema o en un programa basado en la realidad de los servicios de salud.

Con esta premisa hay tres consideraciones previas que deben tenerse en cuenta:

- 1) Los procesos educativos carecen de legitimidad en el espacio de atención a la salud y aparecen como algo marginal.
- 2) No se establece una relación orgánica entre la educación y la planificación.
- 3) Los servicios de salud nunca fueron considerados como espacios de aprendizaje sino como espacio de aplicación de lo aprendido en las escuelas.

Por ello las dimensiones de legitimidad, organicidad y de una nueva identidad educativa de los servicios se deben considerar en todo trabajo educativo.

Para enfrentar un problema específico como el control de la malaria, la constatación inicial debe ser la diferencia que existe entre los conocimientos acumulados y que explican las acciones implementadas en el pasado, y los nuevos conocimientos y condiciones en que se da el mismo problema: la malaria. Así, la comprensión tradicional vigente del control y erradicación de la malaria —el rociamiento sistemático de todas las viviendas— fue la medida tomada para todos los lugares (no para las personas). Esto permitió el control en los espacios periurbanos y una concentración de los casos de malaria en las áreas rurales, sobre todo en la zona amazónica.

Actualmente las condiciones son diferentes: donde no existen viviendas para rociar las condiciones de vida de las personas no son iguales y las condiciones para el mosquito cambian; esto crea nuevas bases materiales para el diseño de estrategias, lo que pone en evidencia que las medidas a ser implementadas deberán estar de acuerdo con las características y singularidades de cada localidad.

En este diseño local es importante abrir un espacio para una nueva categoría de información acerca de cómo la población y el personal comprenden la salud y sus prácticas. Estos elementos deben ser considerados en la planificación participativa de acciones efectivas de salud, resaltando el sentido bidireccional de los procesos de información, aprendizaje y comunicación.

La EPS en la República Dominicana

El propósito de esta experiencia fue desarrollar una efectiva integración docencia-servicio-comunidad con base en la utilización de la EPS como estrategia de cambio de las prácticas educacionales del personal docente de las escuelas de ciencias de la salud. La idea central se basó en que la EPS es una estrategia que facilita el análisis y transformación de procesos de trabajo tanto en los servicios como en el espacio docente de la universidad y de la escuela de salud pública, con eje en los procesos de trabajo y utilizando la metodología problematizadora en un marco de interdisciplinariedad.

Los principales elementos para dar viabilidad al proyecto educativo fueron la concertación con la comunidad, el conseso grupal, el manejo del conflicto y la búsqueda o construcción de una visión sanitaria que permita la implementación de la estrategia de APS-SILOS en el marco de la reforma sectorial. Las experiencias presentadas se refieren a los Hospitales de Referencia Nacional en el área materno-infantil y a la transformación curricular de las escuelas de salud.

En general se considera que el impacto de la aplicación de la propuesta de EPS fue contribuir a la promoción de un mayor compromiso con la salud de la población, mayor capacidad de reflexión y acción frente a la problemática de salud, creación de base social activa, cambio de conducta en el personal de salud, promoción de espacios interinstitucionales

e interprofesionales y la incorporación de metodologías educativas no tradicionales en servicios y universidades.

Se consideran como limitaciones la confusión teórica respecto a la propuesta de EPS aún presente y la débil sostenibilidad de los procesos educativos.

La experiencia de análisis del desempeño en Centroamérica

El contexto sociopolítico y económico juega un papel muy importante para determinar la viabilidad y aceptación de una propuesta de cambio educativo o institucional. Esta experiencia impulsada por PASCAP ilustra esta situación. Actualmente se viene desarrollando en los distintos niveles locales de los países centroamericanos y en la República Dominicana procesos de análisis de desempeño del personal, apoyados por los niveles directivos institucionales y por las Representaciones de la OPS en los Países.

El proceso se inició hace aproximadamente tres años y se ha operacionalizado con mayor fuerza a partir de 1994, fecha en que apareció la publicación de cinco módulos sobre la metodología de análisis de desempeño del equipo local de salud.

Esta propuesta se diseñó sobre la base de criterios pedagógicos que facilitarían la construcción de procesos de transformación en el trabajo, constituyéndose así en una modalidad para el desarrollo de los recursos humanos en los servicios de salud mediante la visión de que el trabajador elabora en conjunto con el grupo de trabajo, la situación de salud y la misión y la cultura institucional.

Algunas experiencias educativas de otros programas de la OPS

División de Salud y Ambiente. Las actividades realizadas han incluido producción de material técnico, diseño de instrumentos educativos, apoyo técnico directo y relación con universidades, organizaciones nacionales e internacionales de profesionales del área de la ingeniería y saneamiento ambiental. El desarrollo de un proyecto de reconversión de personal de saneamiento ambiental tuvo mención especial.

Uno de los logros del trabajo de esta división ha sido el apoyo a la formación y al mantenimiento activo de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS), que mantiene reuniones cada dos años, y que en el área específica de docencia impulsa el trabajo de la Asociación Interamericana de Profesores de Ingeniería Sanitaria y Ambiental, formada hace cuatro años.

Otra labor ha sido la investigación regional de las funciones del técnico medio en salud ambiental así como sus niveles de formación legítima, con el propósito de reorientar la formación de este personal, habiéndose encontrado una gran heterogeneidad y variedad de funciones y perfiles que se refleja en la identificación de un listado de 25 páginas de

funciones diferentes, consideradas la base para desarrollar un nuevo perfil del técnico de saneamiento de la Región. Esto permitiría elaborar materiales educativos y cuadernos de campo que podrían ser de utilidad. Con este antecedente se definieron 166 temas específicos que podrían considerarse como contenidos. Estos listados han sido puestos a consideración de los países para su priorización.

Programa de Salud de la Familia y Población

Proyecto de Atención de Emergencia para Personal de Enfermería en Emergencias Obstétricas. Este proyecto responde al propósito de contribuir al mejoramiento de la salud materno-infantil mediante acciones que favorezcan la pertinencia y calidad de la atención de enfermería en las emergencias obstétricas.

Se espera que a través del proceso se desarrolle la capacidad crítica y creativa del personal en capacitación, produciendo una transformación en su práctica y en el ejercicio del trabajo en equipo. En cuanto a las instituciones se espera que mejore la calidad de la atención y que estas generen cambios en la organización del trabajo, inclusive una mejor utilización del personal y del sistema de información para la satisfacción del usuario. A nivel de la población se busca mejoras en sus prácticas, el autocuidado de la salud y el traslado oportuno de la mujer en casos de emergencias obstétricas.

Este proyecto utiliza un lenguaje sencillo que persigue generar una propuesta de educación permanente sustentante. Actualmente se está trabajando en Honduras y se preve trabajar en El Salvador.

Uno de los problemas que se enfrentan es la multiplicidad de propuestas operativas, incluyendo las de otras divisiones de la OPS que compiten en el nivel local. A partir de esto se plantea que se integre una línea con principios de educación permanente, aplicada a las diferentes áreas a cargo del propio personal a nivel local, que permita apropiarse de las ventajas de este enfoque para su fortalecimiento como institución, como equipos de trabajo y como individuos.

En lo referente a la actividad con las universidades (120 escuelas) está en marcha un proyecto de investigación-acción (análisis transdisciplinario-transformación interdisciplinaria) sobre el proceso de enseñanza de emergencias obstétricas, que llevaría a descubrir los cambios necesarios que deben realizarse.

Programa de Enfermedades Tropicales

El cambio del contexto de las acciones para el control de la malaria, que técnicamente aun se basan en los conceptos de erradicación, plantean un serio problema que requiere "repensar" las medidas que se adopten (entre ellas las educativas). Sin embargo pareciera que tanto los

servicios como la comunidad no perciben la necesidad de este trabajo, pues hay otras prioridades de mayor emergencia.

En general, trabajar únicamente con una categoría profesional o auxiliar limita la potencialidad de una propuesta como la EPS. El interés del Programa de Enfermedades Tropicales se basó en el reconocimiento de la necesidad de un cambio profundo en el manejo y control de la malaria, y en la dificultad de convencer a los trabajadores de esa área para transformar la actividad que realizan: el control de la malaria.

Programa de Medicamentos Esenciales y Tecnología

El Programa realiza múltiples actividades educativas tanto regionales como nacionales a corto y a largo plazo. A corto plazo, el objetivo es mejorar la capacidad de los niveles locales en relación con los medicamentos desde una perspectiva multisectorial incluyendo la población. Las actividades son cursos, seminarios, propuestas modulares a distancia y elaboración de materiales educativos, intentando la integración de las universidades, lo que no siempre tiene éxito.

Los problemas enfrentados han sido la alta rotación y desertión del personal capacitado, la selección de las personas que no siempre es la más idónea, y el escaso efecto multiplicador de las actividades educativas. El Programa manifestó también un alto interés por trabajar conjuntamente con el Programa de Recursos Humanos para enfrentar problemas en equipo.

En los diversos proyectos y modalidades en que se viene aplicando la práctica de la EPS y en las demandas de cooperación técnica por la EPS, surgen diversas situaciones o condiciones de tensión o desajuste entre las necesidades de la práctica de salud (atención, formación profesional, capacitación, actualización, desarrollos o reformas institucionales, etc.) y las posibilidades de responder que la propuesta tiene en el actual nivel de desarrollo. De cierta forma estas situaciones pueden estar reflejando algunos vacíos o insuficiencias de nivel teórico o metodológico de la propuesta o dificultades en su aplicación.

Calidad de la respuesta de cooperación técnica

Cuando se analizan los proyectos de inversión y los propios procesos de reforma sectorial en la Región, aparecen en casi todos ellos componentes de desarrollo institucional que consideran el tema de desarrollo de recursos humanos. La percepción expresada autocriticamente es que la OPS no ejerce un papel protagónico, sino más bien un papel de legitimador de propuestas o de facilitador de flujos financieros. Esto haría prever que la presencia de la OPS va a ser muy marginal y con un limitado impacto.

Sin embargo, la multiplicidad de propuestas educativas con marcos teóricos rígidos y con poblaciones objetivo muy bien identificadas y fijadas (que caracterizan a muchos de esos componentes), puede ser en-

tendida como una ventaja comparativa de la OPS, en el sentido de que posee gran flexibilidad para acompañar procesos muy variados y desde diferentes sectores, y una propuesta educativa innovadora de la capacitación en servicio.

En un trabajo conjunto y fructífero de varios años con los grupos nacionales y subregionales se ha logrado generar, difundir y legitimar una propuesta teórico-metodológica de capacidad transformadora de las prácticas educativas en salud. Se tiene la impresión de que esta propuesta ha tenido aceptación en sectores sanitarios y académicos en muchos países, pero que sin embargo sigue siendo percibida como una opción marginal, incluso dentro de la propia OPS.

La cooperación técnica en capacitación que se realiza en los países se caracteriza por la competitividad de distintas propuestas originadas en los distintos programas de la Oficina Central, en las Representaciones de la OPS en los Países y en otras agencias de cooperación, lo que dificulta el desarrollo y aún más la implementación de acciones efectivas.

En este contexto el rol y las características de la cooperación técnica en EPS requieren ser revisados, pues deben responder a las nuevas condiciones de un mundo desordenado y cambiante donde las propuestas pierden la especificidad de sus objetos con gran velocidad y donde hechos sociales como los procesos de reforma, la descentralización, entre otros, condicionan el aumento de las demandas de cooperación, disminuyen los plazos y la oportunidad política se coloca como una variable fundamental.

Es importante relacionar la necesidad de apoyo político, el grado de legitimación que a todo nivel requiere la implementación de una propuesta como esta y los grados de tolerancia institucional frente a un proceso que moviliza y altera relaciones de poder, como uno de los elementos que juegan en la sostenibilidad de los proyectos de la EPS. También debe considerarse la búsqueda de recursos, tales como universidades, que sirvan de aliados capaces de responder a las demandas masivas del nivel nacional.

Siendo la cooperación técnica un proceso de carácter bilateral transaccional que se establece entre cooperantes, la promoción de la propuesta de la EPS en la Región como un posible cambio con potencial de éxito para todos solo será posible si se interioriza en todos los programas de la OPS, lo que hace indispensable trabajar con los consultores de otros programas para incorporar este enfoque en sus actividades educacionales.

La cooperación interprogramática asentada en proyectos concretos de EPS en la Oficina Central, entre esta y los países y entre las Representaciones y sus contrapartes nacionales, requiere superar una serie de dificultades propias de los estilos de gestión que están vigentes en organizaciones burocráticas.

A partir de una reflexión respecto a cuáles son los factores que favorecen el trabajo de la cooperación, es indispensable que la OPS y los países generen una mayor y mejor capacidad de respuesta.

En un nivel institucional más específico dentro de cada país, uno de los mecanismos es el trabajo cooperativo en equipos multidisciplinarios

que conozcan y compartan la propuesta de EPS. La integración de pedagogos en esos equipos sería un factor importante para el éxito de la propuesta para lo cual se debería contar con universidades, centros colaborativos de la OPS y con instituciones como NUTES.

Es necesario disponer de estrategias que permitan el desarrollo de la propuesta como tal, con respuestas metodológicas a nivel operacional y otras que sirvan para agilizar la cooperación técnica en el área.

CONCLUSIÓN

A partir de un análisis crítico de las bases teóricas y metodológicas que sustentan la propuesta de la EPS y de las propuestas educativas desarrolladas en la Región se plantean las siguientes ideas clave.

- Es fundamental reconocer la potencialidad de la educación permanente en el actual contexto, como mecanismo integrador del trabajo tanto dentro de la Organización como fuera de ella.
- Se debe impulsar la EPS con un enfoque educativo y metodológico aplicado al proceso trabajo en salud para lograr cambios en la calidad, eficiencia y eficacia en dichos procesos.
- Es fundamental desarrollar un liderazgo técnico de la EPS, mediante la sistematización y difusión de las experiencias de la Región.
- Es importante además la formación de una masa crítica en los países que permita aumentar la capacidad nacional para desarrollar propuestas de educación permanente.
- La implementación de esta propuesta requiere un trabajo concertado en el nivel central —interprogramático, interagencial y entre las Representaciones de la OPS en los Países— que partiendo de las necesidades de cada una de estas instancias permita generar iniciativas conjuntas de trabajo concreto que apliquen este enfoque educativo en proyectos concretos; el nivel educacional con la formación de grupos funcionales interprogramáticos, construcción de alianzas interagenciales e intersectoriales, aplicadas igualmente en el diseño y ejecución de proyectos concretos, y entre países para fomentar el intercambio y fortalecer la estructuración de redes de comunicación horizontal y sistemática.

REFERENCIAS

- 1 Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Presentación. *Educ Med y Salud* 1993;27(4):463-465.
- 2 Vidal C et al. La educación permanente en salud en América Latina. *Educ Med y Salud* 1986;20(4):495-512.
- 3 Organización Panamericana de la Salud. Informe de un grupo de consulta sobre el Programa de Educación Continua para el personal de salud de América Latina y el Caribe. Washington, DC:OPS; 1975.
- 4 Roschke MA. Contribución a la formulación de un marco conceptual de edu-

- cación continua en salud. *Educ Med y Salud* 1987;21(1):1-10.
- 5 Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Informe final de un grupo de consulta, fascículo VIII. Washington, DC; 1989.
 - 6 Ferreira JR. Presentación. En: Haddad J, Clasen Roschke MA, Davini MC, eds. *EPS. Educación permanente de personal de salud*. Washington, DC: OPS; 1994.
 - 7 Organización Panamericana de la Salud. En: Haddad J, Clasen Roschke MA, Davini MC, eds. *EPS. Educación permanente de personal de salud*. Washington, DC: OPS; 1994.
 - 8 Walt G, Gilson L. Reform in the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning* 1994;9(4):353-370.
 - 9 Rovere M. Gestión estratégica de la educación permanente en salud. En: Haddad J, Clasen Roschke MA, Davini MC, eds. *EPS. Educación permanente de personal de salud*. Washington, DC: OPS; 1994.
 - 10 Davini MC, Clasen Roschke, MA. Conocimiento significativo; el diseño de un proyecto de educación permanente en salud. En: Haddad J, Clasen Roschke MA, Davini MC, eds. *EPS. Educación permanente de personal de salud*. Washington, DC: OPS; 1994.
 - 11 Brito P, Clasen Roschke MA, Ribeiro E. Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio en salud. En: Haddad J, Clasen Roschke MA, Davini MC, eds. *EPS. Educación permanente de personal de salud*. Washington, DC: OPS; 1994.

NOTICIAS

SEMINARIO-TALLER SOBRE REFORMA DEL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Organizado por el Programa de Formación en Salud Internacional de la Organización Panamericana de la Salud, se llevó a cabo el Seminario-Taller sobre Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe los días 4, 9, 10 y 11 de agosto, en la Sede de la OPS.

El Programa de Formación en Salud Internacional fue establecido en 1985 como una iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud en apoyo al logro de la meta de salud para todos en las Américas. Su propósito es promover el liderazgo en salud pública sobre la base del desarrollo de una visión amplia de las tendencias internacionales y regionales en salud y una comprensión profunda de la cooperación técnica en ese campo.

Los objetivos del seminario fueron conocer los orígenes, contenidos actuales, desafíos y tendencias de los procesos denominados de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe.

Los temas, discutidos en siete sesiones, trataron del rol de la cooperación internacional en los procesos de reforma del sector salud; el contexto de la reforma; el financiamiento de los servicios de salud; la organización de los servicios de salud; el análisis de caso y la viabilidad del proceso.

El seminario incluyó exposiciones, mesas redondas y discusiones de grupo. Además se preparó una selección de documentos de referencia.

El evento contó con la participación de representantes de organismos internacionales y universidades, del Programa de Formación en Salud Internacional, y de la OPS.

REUNIÓN DEL CONSEJO TÉCNICO ASESOR DE PASCAP

El 27 y 28 de julio se celebró en la sede de PASCAP en San José, Costa Rica, la novena reunión anual de su Consejo Técnico Asesor (CTA).

El Foro Centroamericano: Desarrollo de los Recursos Humanos en la Reforma del Sector Salud, celebrado el año anterior, sirvió de pauta para la reunión de este año, donde se constituyó el espacio de análisis de los proyectos concretos que es necesario desarrollar en atención a la problemática planteada. En este sentido, el Consejo estableció prioridades de

trabajo, tomando en cuenta aquellos aspectos que a su juicio son indispensables atender de manera urgente.

El Consejo avaló la posición de PASCAP de orientar en lo sucesivo su trabajo a partir de situaciones o áreas problemas en el desarrollo de recursos humanos. El enfoque de problemas que viene planteando PASCAP permite la potencialización de las acciones alrededor de una situación problema, logrando superar la rigidez y la fragmentación que suele implicar el abordaje tradicional del proceso de desarrollo de recursos humanos.

El Consejo conoció y apoyó la propuesta de PASCAP para trabajar a partir de cuatro áreas problemas: calidad y cobertura de los servicios; recursos humanos y reforma del sector salud; procesos de formación de personal de salud; desarrollo integral de los recursos humanos.

Después de conocer los proyectos de trabajo que PASCAP ha venido preparando en relación con cada uno de los problemas expuestos, el Consejo decidió dar prioridad a los siguientes:

- Desarrollar un proyecto sobre el tema de liderazgo y regulación de los Ministerios de Salud en el contexto de los procesos de reforma del sector salud.
- Llevar a cabo un proceso de análisis de la situación sobre administración de personal en las instituciones públicas de salud y desarrollar una línea de trabajo sobre gestión de personal.
- Contribuir con la formulación del proyecto denominado "Orientación de la Educación de Salud Pública para la Reforma del Sector Salud", así como en la búsqueda de su posterior financiamiento.
- Promover la realización de foros nacionales sobre recursos humanos, a fin de facilitar la concertación y construcción del pensamiento colectivo.
- Continuar con el proceso de aplicación extensiva de la metodología de "análisis del desempeño del equipo local de salud".
- Respaldar a PASCAP en las acciones que realiza para propiciar el acercamiento entre las instituciones formadoras y prestadoras de servicios de salud.

Los compromisos adquiridos y las orientaciones emanadas de esta sesión del Consejo, constituyen la plataforma para continuar trabajando sobre algunos aspectos en los que se ha venido profundizando en los últimos años y el reto de iniciar el trabajo alrededor de temas que es urgente abordar y que cobran fuerza a la luz de los procesos de reforma del sector salud.

NOVENO CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE POLÍTICAS DE SALUD

Auspiciado por la Universidad de Montreal, Canadá, se llevará a cabo en ese país del 13 al 16 de junio de 1986, el Noveno Congreso de la Asociación Internacional de Políticas de Salud.

El tema de la reunión: Más allá de la atención sanitaria: las políticas de salud, incluirá tópicos que animan el panorama de las políticas contemporáneas en materia de salud.

Uno de los temas a tratar será la organización del sistema médico-hospitalario y su financiación. ¿Cuáles deben ser las proporciones relativas de la financiación privada y de la financiación pública, del mercado y del Estado? ¿Qué formas de regulación habría que considerar? Por ejemplo descentralizar la actividad en materia de salud y los mecanismos de toma de decisiones. ¿Cómo desarrollar una práctica médica que repose al máximo en evidencias científicas? ¿Cómo equilibrar de la manera más racional posible las inversiones en atención primaria, atención especializada y salud pública?

Otro tema que se tratará concierne a las políticas a implantar para mejorar la salud de la población, ya que cada vez se comprende mejor que los servicios médicos no son más que uno de los numerosos determinantes de la salud. Las expresiones como "las políticas sanas", "las ciudades y pueblos en salud", "la promoción de la salud" o "la prevención de las enfermedades" reflejan estas nuevas preocupaciones. ¿Cómo pueden contribuir las políticas públicas a mejorar la salud? ¿Cómo se puede movilizar la sociedad civil para la salud? ¿Cómo intervienen las relaciones internacionales? ¿Cuál es este nuevo "paradigma", esta nueva perspectiva de la que se habla cada vez más?

Para más información pueden dirigirse a: Bureau de consultation et d'organisation de congres, C.P. 6128, Succursale Centre-ville, Montréal (Québec), Canada H3C 3J7; teléfono (514)343-6492; fax (514) 343-6544; correo electrónico: congres@ ere.umontreal.ca.

PROGRAMA DE FORMACIÓN AVANZADA PARA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA, 1996-1997

Con el objetivo de apoyar la toma de decisiones en materia de políticas de salud en el contexto de los procesos de reforma del sector en los países de América Latina y el Caribe a través del desarrollo de la capacidad de investigación aplicada en salud pública, la Organización Panamericana de la Salud desarrolló en 1994 el Programa de Formación Avanzada para Investigación en Salud Pública.

Debido al interés manifestado en la Región hacia el Programa, en 1995 se logró un acuerdo con el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID) de Canadá, en donde las dos instituciones comparten esfuerzos técnicos y financieros para asegurar el desarrollo óptimo de los investigadores.

Descripción del programa

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) que les permitirá dedicarse durante un período máximo de un año al desarrollo de un protocolo de investigación en una institución de excelencia fuera de su país de residencia. Se trata de un programa de estudio tipo postdoctorado, en el cual el becario se beneficia de la supervisión de un profesor o investigador reconocido en el campo de estudio y cuenta con la asistencia técnica de la OPS y el CIID.

La segunda fase consistirá en la implementación del proyecto de investigación en el país de residencia. Los fondos para la segunda fase, sujetos a aprobación por el Comité Revisor, incluyen una visita al proyecto por el profesor/investigador de la institución de estudio.

Para efectos de esta iniciativa, la investigación en salud pública comprenderá 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. Las áreas de prioridad incluyen la economía de la salud, los sistemas de salud y los servicios de salud. Se excluye la investigación clínica y biomédica.

Requisitos

Los candidatos deben ser residentes de uno de los países participantes de América Latina o el Caribe y haber completado los estudios a nivel de Maestría en cualquiera de las áreas relacionadas con la investigación en salud pública, incluidas las ciencias sociales aplicadas a la salud, poseer experiencia relevante en investigación y haber demostrado capacidad de liderazgo. Además, tienen que estar vinculados funcionalmente a una reconocida institución de investigación en su país de residencia y tener un anteproyecto endosado por la misma. La selección de los candidatos se basará en criterios relativos al candidato, a la institución de origen y a la institución de estudio.

La fecha límite para recibir las solicitudes en la Oficina Central de la OPS será el 15 de mayo de 1996.

Para mayor información, los interesados deberán dirigirse a la Oficina de la Representación de la OPS/OMS en su país o a la siguiente dirección: Annella Auer, Programa de Formación Avanzada para Investigación en Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud, 525 23rd Street, N.W., HSP/HSR-F, Washington, DC 20037, Estados Unidos de América, teléfono: (202) 861-3283; facsímil: (202) 223-5971.

ÍNDICE DEL VOLUMEN 29 (1995)

Educación Médica y Salud

A

- Administración de servicios de salud, sistema de información, 164-173
Allen, P., 189
Argentina
 convocatoria de investigación sobre desarrollo de recursos humanos, 228-235
 modelo observado y de evaluación sobre dotaciones de personal de salud, 205-214
Arredondo, A., 174
Artunduaga, L. A., 1
Asciutto, A., 205

B

- Bógus, C. M., 20
Bonazzola, P. F., 205
Brasil
 administración de servicios de salud, sistema de información sobre recursos humanos, 164-173
 convocatoria de investigación sobre desarrollo de recursos humanos, 228-235
 instituciones estatales, 139-152
 reforma sanitaria de los recursos humanos en los servicios locales de salud, 20-31

C

- Calazans, Maria Lúcia. D., 112
Candreva, A., 257

Capacitación

- de gerentes de salud en países en desarrollo, 189-204
multidisciplinaria en la atención integral del adolescente, 112-118
profesoral, talleres, 92-99
Cardaci, D., 51
Carneiro, M., 100
Castillo, H., 1
Chile, convocatoria de investigación sobre desarrollo de recursos humanos, 228-235
Colombia, talleres de capacitación profesoral, 92-99
Cortés Segura, M. E., 218
Coyle, E., 189
Crosland Guimaraes, M. D., 100
Cuba
 curso de análisis y reflexión para el desarrollo de los recursos humanos en salud, 238
 cursos de control de vectores en las provincias de, 215-218
 maestría en salud pública, 321-330
Cursos
 de análisis y reflexión para el desarrollo de los recursos humanos en Cuba, 238
 de control de vectores en las provincias de Cuba, 215-218

D

- Dal Paz, M. R., 164
Declaración de Uruguay sobre educación médica, 119-120
Días Gontijo, E., 100
Díez de Bonilla, J., 153

Documentos, 119-120, 228-235,
344-359

E

Educación
médica

declaración de Uruguay, 119-
120

elementos para el análisis de
las innovaciones en México,
51-61

grupo de trabajo sobre, 344-
359

innovaciones en la formación
de personal de salud en Mé-
xico, 32-50

permanente en salud, taller na-
cional en el Perú, 236-238

resolución de problemas como
estrategia de enseñanza-apren-
dizaje, 257-269

talleres de capacitación profe-
soral, 92-99

Enfermería

estudio de los programas de es-
pecialización y maestría en
América Latina, 331-343

investigación en, 131-138

Estados Unidos de América

programas extramuros para la
enseñanza de la odontología,
218-227

taller de investigación sobre sa-
lud familiar en la atención pri-
maria de salud, 236-237

Estrada M., J. H., 92

F

Fernandes, E. M., 20

Ferreira, J. R., 131

Finlay, C. M., 215

França Mendonça, E., 100

G

Garzón Alarcón, N., 331

Goldbaum, M., 100

Cozzer, E., 286

Granda, E., 1

Grossman, E., 112

Guerra, H. L., 100

H

Herdoiza, A., 1

Hospitales, la reingeniería en
América Latina y el Caribe, 304-
320

I

Infante, A., 286

Instituciones estatales en el Brasil,
139-152

Investigación en enfermería, 131-
138

Isaza Nieto, P., 270

J

Jorge, W. A., 218

K

Kuschnir, Maria Cristina C., 112

L

Lage, A., 243

Libros, 239-241

M

- Macedo Alfradique, M. E., 100
 Machado de Assis, F., 139
 Maupomé, G., 153
 Meirelles, Z. V., 112
 Mendoza Padilla, J. S., de, 205
 Merino, M.C., 1
 México
 educación médica, elementos para el análisis de las innovaciones, 51-61
 factores asociados con la productividad médica, 174-188
 formación de recursos humanos en odontología, 153-163
 innovaciones educativas en la formación de personal de salud, 32-50
 Miotto Wright, María da Gloria, 331
 Montada, D., 215
 Montoya Vargas, A., 92
 Moraes Novaes, Humberto de, 304

N

- Noticias, 121-129, 236-238

O

- Odontología
 disyuntiva en la formación de recursos humanos en, 153-163
 programas extramuros en las instituciones de enseñanza en América Latina y los Estados Unidos de América, 218-227

P

- Paraguay, convocatoria de investigación sobre desarrollo de recursos humanos, 228-235

Peres, E. M., 112

Personal de salud

- innovaciones educativas en la formación de, 32-50
 la actividad científica como eje de la formación del, 243-256
 modelo observado y de evaluación sobre dotaciones de, 205-214
 taller nacional de educación permanente en el Perú, 236-238
 Possa, S., 20
 Poz, M. R. D., 164
 Promoción de la salud y equidad, un nuevo concepto para la acción en salud pública, 76-91

R

Rancich, A. M., 257

Recursos humanos

- capacitación
 de gerentes de salud en países en desarrollo, 189-204
 multidisciplinaria en la atención integral al adolescente, 112-118
 convocatoria de investigación sobre desarrollo de, 228-235
 curso de análisis y reflexión para el desarrollo de los, 238
 en odontología, la disyuntiva en la formación de, 153-163
 innovaciones educativas en México dentro del contexto de las transformaciones ocurridas en América Latina, 32-50
 sistema de información en la administración de servicios de salud, 164-173
 y la reforma sanitaria de los servicios de salud, 20-31
 Reingeniería en los hospitales latinoamericanos y del Caribe, 304-320

Reseñas, 92-118, 189-227, 321-343
 Restrepo, H., E., 76
 Rodríguez, M. I., 32
 Rojas, Z., 189
 Rojo Pérez, N., 321
 Ruzany, M. H., 112

S

Sánchez, H., 205
 Sandiford, P., 189
 Sarmiento, Solange P. M., 112
 Salud pública
 el sujeto y la acción en la, 1-19
 la maestría en Cuba, 321-330
 promoción de la salud y equidad, un nuevo concepto para la acción en, 76-91
 Salud
 especialización en epidemiología como estrategia para el desarrollo de los servicios de, 100-111
 reforma
 del sector, 270-285
 de los sistemas de, 286-303
 Sevalho, G., 100
 Silva Ayçaguer, L.C., 321
 Soares, M. S., 218

T

Talleres
 de capacitación profesoral, 92-99

de educación permanente en salud pública en el Perú, 236
 de investigación sobre salud familiar en la atención primaria de salud, 236-237
 Tamayo, C., 1
 Trabajo médico
 aprendizaje en la acción, 189-205
 concepto, actores y variables del mercado de, 62-75
 factores asociados con la productividad, 174-188

U

Uruguay
 convocatoria de investigación sobre desarrollo de recursos humanos, 228-235
 declaración sobre educación médica, 119-120

V

Vázquez Martínez F., D., 62

W

Westphal, M. F., 20

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

La Oficina Sanitaria Panamericana —denominada hasta 1923 Oficina Sanitaria Internacional— se originó a raíz de una resolución adoptada por la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (México, enero de 1902) en la que se recomendaba celebrar “una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas”. Dicha convención (Washington, DC, 2-4 de diciembre de 1902) estableció la Oficina con carácter permanente. El Código Sanitario Panamericano (La Habana, 1924), ratificado por los gobiernos de las 21 repúblicas americanas, asignó funciones y deberes más amplios a la Oficina como órgano central coordinador de las actividades sanitarias internacionales en las Américas. La XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947) aprobó un plan de reorganización en virtud del cual la Oficina se convirtió en el órgano ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana, cuya Constitución fue aprobada por el Consejo Directivo en su primera reunión (Buenos Aires, 1947). Durante la XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 1958) se decidió cambiar el nombre de Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud. La Oficina, en cambio, permaneció con el mismo nombre.

En virtud de lo acordado en 1949 entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina Sanitaria Panamericana desempeña las funciones de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. La Organización Panamericana de la Salud funge también como organismo especializado interamericano en la esfera de la salud pública y goza de la más amplia autonomía para cumplir con sus objetivos.

Los propósitos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud son promover las acciones y coordinar los esfuerzos de los países del continente tendientes a combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes. Con el fin de lograr estos propósitos, la OPS colabora con los Gobiernos Miembros en el desarrollo y perfeccionamiento de los servicios nacionales y locales de salud pública, fomenta la investigación y el desarrollo de tecnologías, facilita los servicios de consultores, concede becas, organiza seminarios y cursos de capacitación, coordina las actividades que llevan a cabo los países en relación con problemas comunes de salud pública, recopila y distribuye información epidemiológica y datos de estadísticas de salud y desempeña diversas funciones afines. A través de sus publicaciones, la OPS disemina información científica y técnica de carácter internacional.

Gobiernos Miembros: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Grenada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela. **Gobiernos Participantes:** Francia, Reino de los Países Bajos, Reino Unido.

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

Oficina Sanitaria Panamericana: Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director; Dr. Robert F. Knouss, Director Adjunto; Dr. George A. O. Alleyne, Subdirector.

LA ACTIVIDAD CIENTÍFICA COMO EJE
DE LA FORMACIÓN DEL PERSONAL DE
SALUD • LA REFORMA DEL SECTOR
SALUD • ¿QUÉ PUEDE APORTAR EUROPA
OCCIDENTAL A LATINOAMÉRICA? •
¿ESTARÁN PREPARADOS LOS HOSPITALES
LATINOAMERICANOS Y DEL CARIBE
PARA LA REINGENIERÍA? • RESEÑAS •
DOCUMENTO • NOTICIAS •

