

# **P**PRIMERA REUNION: ANALISIS DE POLITICAS PUBLICAS EN EL CONTEXTO DE SALUD Y DESARROLLO<sup>1</sup>

---

## **APERTURA**

La apertura de la reunión sobre análisis de políticas públicas en el contexto de salud y desarrollo se llevó a cabo en las instalaciones de la Escuela de Salud Pública de México el 21 de abril de 1987.

El Dr. Julio Frenk, Director General del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de México dio la bienvenida a los participantes y con una breve exposición describió las características de las políticas de salud en los años recientes, destacando las prioridades del Programa Nacional de Salud en México.

Asimismo, el Dr. Frenk señaló que el Instituto Nacional de Salud Pública, de reciente creación (27 de enero de 1987) agrupa a tres instituciones ya existentes: la Escuela de Salud Pública, el Centro de Investigaciones en Salud Pública y al Centro de Investigaciones en Enfermedades Infecciosas. Recalcó que el Instituto no es un nuevo aparato burocrático, sino que representa un esfuerzo para hacer un uso más racional y eficaz de los recursos administrativos, humanos y materiales para las tres instituciones.

En su exposición, el Dr. Frenk destacó la importancia de los cambios en el sector salud durante la actual administración federal y en particular el papel de la Secretaría de Salud, presidida por el Dr. Guillermo Soberón Acevedo. Algunos de los aspectos relevantes de la nueva estructura sanitaria otorga el papel de cabeza coordinadora a la Secretaría de Salud y es el instrumento central para la gestión financiera de todo el sector.

Las tareas actuales de la Secretaría han dado prioridad a la descentralización de los servicios de salud, estando en la actualidad descentralizados los servicios en 12 entidades federativas de la República que cubren a casi el 50% de la población abierta. El Dr. Frenk, indicó también

---

<sup>1</sup> Escuela de Salud Pública, México, DF, México, 21-24 de abril de 1987.

que la reforma iniciada en 1983 ha utilizado las estrategias de la modernización administrativa, coordinación intersectorial, participación comunitaria y desarrollo de recursos humanos e investigación, entre otras actividades.

El segundo orador, Dr. Enrique Ruelas, Director de la Escuela de Salud Pública de México, habló de los cambios que se están dando en la Escuela desde 1983. La ESPM, fundada en 1922, está experimentando cambios significativos en su organización académica y administrativa. Como parte del Instituto Nacional de Salud Pública, la ESPM se ubicará en la ciudad de Cuernavaca a partir de 1988.

Indicó el Dr. Ruelas que el diagnóstico elaborado con la cooperación de la OPS a fines de 1984, detectó problemas acumulados por inercias históricas en la ESPM. Como resultado de tal diagnóstico se decidió disminuir la carga de docencia e incrementar las actividades de investigación. Por este motivo, la ESPM no se hará cargo de la capacitación técnica y diversos cursillos que atendía, trasladándose esa tarea al Centro de Capacitación de la Secretaría, de muy reciente creación.

Por lo que respecta a la ESPM, esta se dedicará en especial a la educación superior, redefiniendo selectivamente su papel en los programas de educación continua. Se está dando énfasis a las tareas de posgrado, en especial a la formación epidemiológica y a la organización y dirección de servicios.

El Dr. Nagib Haddad, Presidente de ALAESP, habló en representación de las 30 escuelas asociadas, señalando algunos antecedentes de la reunión y el papel central del Comité Ejecutivo de la OPS, que aprobó los trabajos en el ámbito de su programa para el cuatrienio 1987-1990. El Dr. Haddad indicó que ALAESP se acerca a una etapa de madurez y más efectividad en el logro de sus objetivos.

En representación de la ASPH habló la Dra. Judith H. Magee, quien señaló que hace 20 años se formó la Asociación, agrupando actualmente a 24 escuelas de salud pública en los Estados Unidos. En su intervención, la Dra. Magee destacó la necesidad de que estas reuniones generen propuestas que se materialicen en planes específicos y concretos.

A nombre del Dr. Pablo Isaza, Representante de la OPS en México, habló el Dr. Ezequiel Paz, quien manifestó que a lo largo de su historia, la OPS ha mantenido un interés especial por el mejoramiento y fortalecimiento de las instituciones formadoras de recursos humanos en salud. El Dr. Paz señaló que el carácter de esta reunión y las siguientes, se inserta plenamente en el programa de la OPS para el cuatrienio 1987-1990, y coincide en la búsqueda de alternativas en el contexto de la Región para lograr el objetivo salud para todos en el año 2000, de acuerdo a los lineamientos de la Declaración de Alma-Ata.

Cerró el período de presentaciones de apertura, el Dr. Mario Boyer, Coordinador de la reunión y funcionario del Programa de Desa-

rollo de Recursos Humanos en Salud, OPS, Washington, quien resaltó el rico historial de cooperación de la OPS con instituciones docentes de salud en América Latina por más de 30 años. Puntualizó los aspectos relevantes de las metas programáticas de la Organización: equidad, eficacia, eficiencia y participación social, considerando las particularidades y distinciones de proyectos y estilos de desarrollo en América Latina.

Asimismo, se destacó el marco global donde se inscriben los programas de salud de los países, describiendo las dificultades económicas y financieras del contexto regional que inciden de manera directa en las políticas públicas y en particular en las políticas de carácter social.

En tal sentido, se está avanzando en la reconceptualización del conocimiento, modificando criterios e inercias, y se busca que el conocimiento se entienda como un proceso complejo de generación, interpretación, análisis, aplicación y disseminación del mismo.

Se enfatizó la necesidad de desarrollar nuevos esquemas en las relaciones de cooperación internacional. Al respecto se busca una movilización más eficiente de los recursos y que la cooperación para la salud constituya un sólido puente para la paz entre los pueblos.

Refiriéndose a las reuniones, se señaló que cada uno de los temas tiene como objetivo retroalimentar y fortalecer políticas hacia la infraestructura de las instituciones educativas, su capacidad docente, de investigación y de servicio, y se señalaron tres riesgos que deben evitarse:

- Que las actividades terminen con la reunión.
- Que no se extienda la discusión a todas las instituciones pertenecientes a ALAESP y ASPH.
- Que no se dé una relación activa y de paridad entre las instituciones participantes.

En este sentido, se hizo un llamado para que las reuniones sean el punto de partida de una discusión que se amplíe a todas las instituciones involucradas en políticas de salud, aun cuando no estén todas presentes en cada una de las reuniones. Asimismo, se debe partir de un esquema paritario, donde todas las instituciones participantes puedan dar y recibir. Finalmente, se señaló que cada reunión debe retroalimentar a la siguiente y así sucesivamente, para que la experiencia acumulada pueda generar propuestas concretas de esquemas de colaboración.

## **PRESENTACION Y DISCUSION DE DOCUMENTOS**

Con el propósito de conferir un marco de referencia global a la discusión, el Prof. Bernardo Méndez Lugo, Investigador de la Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México, y el Dr. Eduardo Palma, Experto del Instituto Latinoamericano de Planificación

Económica y Social de CEPAL, presentaron los documentos que sirvieron de base a la discusión general que se resume a continuación (Anexos I y II).

Las discusiones de ambos documentos presentados se iniciaron con una reflexión sobre la incidencia de la *crisis económica y la pobreza* generalizada en los procesos de formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas en América Latina. En la actualidad, estos procesos se dan en un contexto profundamente crítico, donde los esfuerzos estatales se llevan a cabo bajo serias restricciones financieras, y donde el gasto social es cada vez menor.

Se comentó que el panorama presentado por uno de los ponentes limita opciones reales de acción al sector salud en este contexto adverso. Presenta implícitamente una realidad dolorosa de nuestros países: los indicadores y las tendencias señalados. En la exposición apuntan a una crisis de las concepciones tradicionales del Estado y sus políticas de bienestar social en América Latina. Se señaló además la necesidad de replantearse concepciones tradicionales sobre distintos aspectos de la atención en salud, tales como, la cobertura, la conformación de los equipos de salud y el énfasis curativo de la atención.

La definición de políticas lleva necesariamente a la discusión del *papel del Estado*, que va más allá de la delimitación del espacio para la intervención pública. Dentro de la nueva concepción que surge debido a las reformas del Estado de varios países latinoamericanos, su papel dentro de los procesos democratizantes se ve como un espacio de debate, de negociación, de disputa y de acuerdos. Es así que se puede hablar entonces de un redimensionamiento del Estado latinoamericano donde es fundamental definir su gobernabilidad y garantizar su legitimidad.

Se dijo también que los distintos *estilos de desarrollo* de los países determinan un papel del Estado también diferente, especialmente en lo que concierne a la priorización de los sectores sociales dentro de los proyectos nacionales.

Se hizo especial mención de la necesidad de analizar las situaciones de crisis por las que atraviesa el *Estado benefactor* en estos momentos, lo cual tiene profundas repercusiones en la valoración y *formulación de las políticas sociales*, y en particular de las políticas de salud, resultando muchas veces en políticas contradictorias y dicotómicas con efectos negativos sobre la población.

Se describieron además distintas acepciones de "Estado". La primera y más conocida corresponde al Estado como aparato gubernamental, burocracia o administración pública. La segunda como área o escenario para la decisión política y la tercera como espacio político correspondiendo a la característica de la pertenencia obligatoria a un territorio determinado. La denominación territorial puede ser federal o unitaria. Estas tres acepciones están estrechamente relacionadas. Si se

pretende una reformulación del Estado como espacio político, simultáneamente se plantea una desconcentración de la administración y una descentralización que significa una multiplicación de las áreas políticas de decisión. Se dará además una distribución de poder a sub-colectividades de población espacialmente menores.

Se mencionaron los actores sociales y los grupos de presión como elementos fundamentales en la formulación y ejecución de políticas públicas. Se habló del significado de la *participación colectiva social* en el sentido de la pretensión de los actores sociales de ser autores de los procesos sociales que le conciernen. En este sentido, se subrayó el hecho de que las formas y estrategias de participación social son diferentes según la configuración, valores y dinámica sociocultural del país, de la forma de gobierno existente y las ideologías.

En cuanto a los *efectos de la crisis sobre la salud*, se dijo que existen estudios de UNICEF en los últimos años, donde se demuestra un incremento de niños con problemas derivados del bajo peso al nacer y de la morbilidad más relacionada con deficiencias nutricionales en muchas regiones de América Latina, a pesar de que la tasa general de mortalidad infantil ha disminuido. De hecho, los niños sobreviven en situaciones de infra-subsistencia y en ambientes de vida de menor calidad.

Otro problema se refiere a que los efectos de la crisis sobre la salud no son inmediatos sino retardados. En el caso de México, ha resurgido la malaria en muchas regiones y existe mayor incidencia de la tuberculosis. Hay indicadores de la disminución del consumo per cápita de alimentos como maíz, trigo, leche y carne. Para fines de 1986 la caída fue de casi 50% para los cuatro alimentos señalados, en comparación con los niveles de consumo de 1981-1982. Sin embargo, no se han hecho estudios desagregando por regiones, clases sociales, mujeres, niños o ancianos. Seguramente el efecto es grande pero no hay estudios y quizás el impacto se presente con un retraso de algunos años. Los salarios reales en México han caído 40% en los últimos cuatro años pero también el llamado salario indirecto que se contabiliza por el gasto en educación, vivienda, salud y servicios públicos ha disminuido desde 1982. Todo esto incide sobre la calidad de vida con un incremento de las desigualdades en salud entre grupos poblacionales.

Se discutieron *aspectos conceptuales y metodológicos* de los procesos de formulación, ejecución y evaluación de políticas de salud. En cuanto al análisis de las políticas públicas en general, se dijo que el mismo engloba tres dimensiones por lo menos: una dimensión relacionada con la asesoría a los gobiernos, otra normativa y otra relacionada con los aspectos académicos. La primera se refiere al tipo de asesoría que entregan los organismos internacionales a los gobiernos, la que tiene que adaptarse al tipo de gobierno al que se asesora ya que este es la expresión de la conciencia de su sociedad. La segunda se refiere a un enfoque centrado en la redis-

tribución del gasto público, influenciado por investigaciones y estudios desarrollados en los Estados Unidos. La tercera dimensión predomina en las universidades, y enfatiza el conocimiento teórico con escaso desarrollo práctico. Estas tres dimensiones son cumulativas y complementarias, y la gran ventaja del análisis de políticas públicas es que permite la utilización de las tres.

Se analizaron diversos enfoques referentes al *análisis de políticas de salud*, los cuales incluyen estudios que tratan de explicar el por qué de la adopción de algunas políticas, o en alguna medida los factores inmediatos que originaron una decisión. Este enfoque visualiza el Estado independientemente del contexto en el que se actúa, es decir como un escenario pasivo en el cual se resuelven las demandas de distintos grupos sociales. A pesar de sus limitaciones ha originado información explícita mediante la aplicación de una serie de técnicas estadísticas sobre el análisis de los procesos de decisión. En otros enfoques, por lo contrario, se propone investigar los impactos de las políticas sociales, estableciendo una importante relación entre la política y sus consecuencias en la población a la que se aplican, y las transformaciones que este proceso puede generar.

Se señaló la necesidad de que el *análisis político* involucre teoría política y sociológica. Utilizamos a veces estos términos con poca rigurosidad, y también es cierto que existen diferentes desarrollos teóricos en cada disciplina. No se puede entonces forzar un consenso entre los investigadores, y si debemos concordar que hay diferencias importantes en los enfoques teóricos y por consiguiente las prácticas aconsejadas, debemos tener esto muy claro en nuestras relaciones con instituciones gubernamentales.

En ese sentido se comentó que las *decisiones políticas* referentes a inversiones en educación, transporte, atención médica, etc., influyen en el estado general de salud de la población. Son muchos los factores que inciden sobre el estado de salud, como por ejemplo las características culturales y políticas, y el tipo de riesgos de salud a los que la población está expuesta. No obstante, según los estudios mencionados, existen técnicas mediante las cuales se puede estimar la contribución de cada sector en términos monetarios y en cambios en patrones de mortalidad. En el mediano plazo entonces, podrán definirse formas para operacionalizar ecuaciones funcionales que indicarán qué factores van a optimizar la situación.

Se reconoció que existe una *lucha política* constante entre diversos grupos de interés, que hace que las decisiones de política pública se desarrollen en un contexto de incertidumbre y tensión. No solo son aspectos económicos los que determinan una política pública, sino también la base normativa de la sociedad, la ideología y valores que muchas veces se sobreponen a los determinantes de la economía. Dichos valores enfatizan de distinta manera aspectos tales como equidad, accesibilidad, redistribución y el papel del mercado en el sector salud.

Existe un gran número de estudios empíricos en los Estados Unidos y en Gran Bretaña donde se ha demostrado que una de las grandes determinantes de la mortalidad es la *situación económica*. De acuerdo con los estudios del Prof. Harvey Brenner, de la Universidad de Johns Hopkins, el nivel del PNB está relacionado positivamente con la esperanza de vida e inversamente con mortalidad infantil.

El análisis de costo-beneficio en la evaluación de proyectos, programas y políticas fue introducido por diversas instituciones nacionales e internacionales. Se señaló que los costos y los beneficios asignados dependen de la valoración que cada sociedad le otorgue, y se sugirió la posibilidad de realizar investigaciones comparadas en este campo.

Se destacó la importancia de las *dimensiones intersectoriales* de la salud y la necesidad de encarar desarrollos conceptuales y metodológicos para lograr una mayor comprensión de las relaciones entre salud y desarrollo, y poder disponer de instrumentos para programar en forma integral actividades intersectoriales.

Se señaló la necesidad de analizar los regímenes políticos y las ideologías imperantes dentro de un marco de trabajo inter y multidisciplinario para llevar a cabo un análisis adecuado de políticas públicas.

Finalmente, se subrayó la importancia de profundizar el análisis conceptual de las distintas dimensiones de la participación, tanto política como social, y por consiguiente el desarrollo de las naciones de poder o de influencia de distintos grupos o sectores en relación con distintos regímenes políticos.

## PRESENTACIONES

### Colegio de Mexico

La Dra. Vivianne Brachet, del Colegio de México, coordina un grupo de estudios sobre políticas sociales que incluye salud, educación y vivienda. Se ha interesado en investigar la toma de decisiones administrativas como determinante de los aspectos programáticos y sustantivos de una política. Entre los puntos de interés que se empiezan a investigar están: los intentos de integración del sector salud en Chile y México a través del análisis histórico, la descentralización como un proceso de consecuencias no siempre previsibles, y las formas de incorporación de la población marginal a los servicios de salud en ambos países.

En el caso de México se señalaron problemas generados no necesariamente por escasez o ausencia de recursos, sino por la deficiente distribución y utilización de recursos humanos y materiales, y por la diversidad de formas y tipos de atención.

Se está desarrollando una evaluación del programa IMSS-

COPLAMAR que cubre 14 millones de habitantes de zonas rurales marginadas, y que está a cargo básicamente de médicos en su etapa de servicio social. Se están realizando comparaciones entre entidades federativas con servicios descentralizados con aquellas que poseen servicios centralizados.

El Dr. Miguel A. González, Director del Programa de Políticas de Salud del Centro de Investigaciones en Salud Pública (CISP), señaló que la descentralización ha implicado la necesidad de aumentar los estudios regionales. El hecho de que se dependa de financiamiento externo para algunos programas ha implicado un control federal más centralizado del financiamiento. La descentralización es un proceso contradictorio: se ha dado mayor descentralización de zonas urbanas y se han mantenido centralizadas las zonas rurales de población indígena. Es de gran interés del CISP ampliar los contactos interinstitucionales.

Se hizo especial referencia al presente debate sobre el papel deseable y viable del Estado con respecto a la determinación del estado de salud de la población. La imagen convencional del Estado proveedor de distintos servicios sociales se contrapone a otras alternativas, tales como la organización de las fuerzas de la sociedad civil para brindar y proveer esos servicios. Se intenta además tratar de explicar cómo surgen las diferentes concepciones de salud pública y de los sistemas de servicios en los diferentes países de la Región. Esto lleva a mejorar la comprensión sobre la vinculación entre las formas organizativas de los sistemas de servicios con los estilos de desarrollo y los estilos de gobierno.

### **Escuela Nacional de Salud Pública de Rio de Janeiro**

Expuso el Lic. Nilson do Rosário Costa, Jefe del Departamento de Ciencias Sociales de la Escuela Nacional de Salud Pública de Rio de Janeiro.

Durante el período 1974-1984 hubo en el país un fuerte aumento de los estudios sobre el perfil de las políticas estatales de salud. Estos análisis se concentraron en aspectos estructurales y coyunturales del perfil del financiamiento, del gasto y también del alcance social de las políticas de salud.

La característica más relevante de esas investigaciones se refiere a las severas críticas que surgieron del proceso de privatización emanado del conjunto de las políticas sociales formuladas durante el régimen autoritario. Estas críticas fueron particularmente fuertes en lo que se refiere a las políticas de salud.

La emergencia de la Nueva República (1985-1987), señala algunos problemas extremadamente inquietantes, y sus actores son los principales críticos de las políticas en el campo de la salud.

El régimen autoritario (1964-1984) configuró un estilo per-

verso de gasto de los recursos públicos, viabilizando y dando apoyo financiero a un amplio sector privado, que tomó para sí las tarifas de prestación de los servicios sociales.

En Brasil se formó un vacío de personal crítico en salud a raíz de los cambios democráticos, ya que muchos que habían criticado el régimen anterior fueron incorporados al nuevo aparato político. Sin embargo, la crisis económica abrió el espacio para la reflexión académica y se ha estado realizando una crítica a la historia tradicional de los servicios de salud.

No hay duda que esta situación puede crear un vasto espacio para la experimentación a nivel sectorial, originando tal vez proposiciones reformadoras. Un ejemplo de esa posibilidad es la emergencia del movimiento de ideas denominado “reforma sanitaria”, que nació a partir de la convocación de la VIII Conferencia Nacional de Salud (abril 1986).

En la Octava Conferencia Nacional de Salud del Brasil, en el contexto de la crisis actual se cuestionó la distribución de los gastos en salud, así como algunas políticas estatales que se definen de acuerdo a las prioridades de sanidad como agua potable, drenaje, vivienda, etc., y que los movimientos urbanos populares exigen que sean universales. En este sentido, la expansión de los puestos de salud y la atención médica se da después de que los movimientos urbanos presionan por los servicios más indispensables. El investigador indicó que la participación privada es importante en los servicios de salud por medio de hospitales filantrópicos o lucrativos en grandes ciudades.

En Brasil, estos hechos definen, por otro lado, problemas altamente complejos para el campo de la investigación en políticas de salud. Se impone la necesidad de estructurar líneas de investigación que, al mismo tiempo, desarrollen un análisis crítico sobre el estilo de acción pública en el campo social y también estén atentos para apuntar caminos y soluciones para la redefinición de las políticas sociales.

En el ámbito de la Escuela Nacional de Salud Pública, estas cuestiones coyunturales repercuten fuertemente y estructuran algunos campos de investigación en políticas públicas y salud, en el Departamento de Ciencias Sociales, y en el Departamento de Administración y Planificación:

1. Análisis de las condiciones para la reforma sanitaria y estudios sobre las condiciones políticas que permiten en algunas sociedades la ampliación del derecho a la salud. Estas investigaciones someten a análisis los problemas relacionados a la “realización de la ciudadanía” que colocarían obstáculos a los movimientos de reforma sanitaria en el Brasil.

2. Investigación sobre el impacto de las políticas sectoriales en el campo social, y en la configuración del perfil patológico de las poblaciones urbanas. Este proyecto somete a discusión la dinámica y tendencia

de la mortalidad infantil en relación a las políticas públicas urbanas en Brasil. Esto significa un esfuerzo de integración del análisis de las políticas públicas con estudios epidemiológicos.

3. Investigación sobre el papel que los movimientos sociales urbanos desempeñan en la forma que los servicios públicos asumen a nivel local. Este estudio se está llevando a cabo en el área urbana de Rio de Janeiro y busca constituir análisis precisos con respecto a la red cotidiana de las presiones locales de los movimientos asociativos sobre las instancias de prestación de servicios a la población. Intenta además medir cuál es el perfil real y la calidad de los servicios que el sector público coloca a disposición de la población urbana del Brasil.

### **Escuela de Salud Pública de México**

Expresó el Dr. Enrique Ruelas, Director de la ESPM, que la Escuela de Salud Pública de México se fundó en 1922 impulsada por la Fundación Rockefeller, al igual que otras escuelas de salud pública, como la de Johns Hopkins. Es una de las más antiguas del continente, junto con la de Rio de Janeiro. En sus 65 años de funciones ha tenido aproximadamente 9500 egresados: 4000 en maestrías y especialidades y el resto en programas de formación continua y capacitación técnica.

Hasta 1970 existían en el país cuatro instituciones con profesores en salud pública. Se ha detectado una baja demanda para los programas de capacitación y formación en salud pública brindados, como también de los egresados por sus empleadores potenciales. Esta es una seria paradoja de un país en desarrollo, que necesita conocimientos de administración y que está llevando al cierre a uno de ellos por falta de demanda.

La ESPM brinda en la actualidad: Maestría en Salud Pública de 10 meses de duración, Especialidad en Administración de Hospitales de 10 meses de duración, Especialidad en Enfermería en Salud Pública de 10 meses de duración, Maestría en Ciencias en Epidemiología de 2 años de duración (el primer año común con la Maestría en Salud Pública), y Maestría en Ciencias en Organización y Dirección de Sistemas de Salud, de 2 años de duración. Esta última refleja parte de las nuevas concepciones de la ESPM para el futuro y se inició bajo la responsabilidad del Centro de Investigaciones en Salud Pública (CISP) y la ESPM con financiamiento de la Fundación Kellogg.

Se cuenta actualmente con unos 150 estudiantes en los cinco programas de la ESPM (50 de ellos en la Maestría en Salud Pública y de 15 a 20 en los restantes), y con 29 profesores, casi todos a tiempo completo, así como gran número de docentes que colaboran contratados para clases específicas.

En 1985, se realizó una evaluación de la ESPM con la cooperación de la OPS, detectándose varios problemas. Entre ellos resaltaban la

dispersión de programas por áreas y niveles y la gran dependencia de profesores externos para desarrollarlos. Esta participación externa se considera buena en la medida que se pueda mantener sobre ella el control de la calidad.

Administrativamente, la ESPM funcionó hasta enero del presente año como organismo desconcentrado dependiente de la Subsecretaría de Regulación Sanitaria y Desarrollo de la Secretaría de Salud. A partir de esa fecha y de los problemas antes detectados, se integra junto con el CISP y el Centro de Investigaciones en Enfermedades Infecciosas en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y se modifican algunas de sus políticas sustantivas. A título de ejemplo:

- a) Se redefine la misión de la ESPM en el papel y la práctica, de manera que se dedique exclusivamente a la educación superior de posgrado abandonando el área de capacitación técnica.
- b) Se comienza un proceso de revisión de todos los programas anteriores en búsqueda de su congruencia con la misión anterior.
- c) Se revisan las políticas relativas al profesorado y a los estudiantes para asegurar el alto nivel requerido. Se consigue el reconocimiento de la plaza de investigador que antes no existía dentro de la Secretaría de Salud, garantizándose la homologación de sueldos con sus similares de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Antes coexistían en la ESPM docentes con cargos técnicos o de médicos especialistas con niveles de ingreso bajos y heterogéneos para una misma tarea. También se redefinen los criterios de selección del alumnado. Antes cada estado tenía una cuota de estudiantes a proponer y entre ellos se seleccionaba sin criterios claros y explícitos.
- d) Se cambian las políticas relativas a infraestructuras en dos sentidos:
  - En recursos materiales y financieros: se reformó el Centro de Cómputo, se adquirió equipo audiovisual, y otras actividades.
  - En investigación: se plantea acercar la docencia a la investigación en el Programa Avanzado de Administración de Salud (PROASA) y proyectos.

En relación a la revisión de programas se plantea la concentración en dos grandes áreas: administración y epidemiología. En el programa de Maestría en Salud Pública y frente a la falta de especificidad y consecuente inadecuación del egresado a las expectativas de los empleadores por falta de capacidad para resolver problemas concretos, se plantea la redefinición de su perfil y contenidos del programa que lo forma. De la misma manera, en educación continua, frente a la recomen-

dación de disminuir la dispersión de los cursos y la pesada carga que les imponía a los maestros, se ha preferido que estos últimos dediquen mayor tiempo a la revisión de sus programas, disminuyendo el número de cursos que dictarán, de manera de garantizar también una verdadera oportunidad de formación continua y secuencial para quienes demandan este tipo de cursos.

Todo lo anterior apunta a desarrollar las siguientes acciones:

- a) Un ejercicio de prospectiva sobre educación involucrando a académicos, autoridades del sector salud y personal de los servicios a nivel estratégico y táctico para contribuir a la redefinición de la misión de la ESPM.
- b) Establecimiento de los siguientes comités:
  - Un comité compuesto por el personal de servicios de salud con el objetivo de definir los escenarios posibles a mediano y largo plazo y las expectativas en ellos.
  - El Comité de Ensamble, compuesto por algunos miembros del Comité anterior, complementado con personal académico de la ESPM y de otras instituciones que integran las expectativas de formación de recursos humanos a nivel nacional, para definir los objetivos concretos de cada programa académico.
  - El Comité de Diseño Curricular, que permitirá tomar las propuestas de los otros dos grupos para definir los contenidos y estructura de los programas específicos.

Por otro lado, la ESPM entiende la Educación Avanzada en los siguientes sentidos:

- a) En el contenido: brindando conocimiento de frontera en el país, lo que se logra a través de la vinculación docencia-investigación.
- b) En la metodología de enseñanza.
- c) En el liderazgo.

Se plantea también la necesidad de desconcentrar la enseñanza hacia todo el país formando y capacitando profesionales en los estados.

La ESPM tiene y espera estimular programas de intercambio académico con instituciones similares de otros países.

Se piensa también en la creación de una Unidad Internacional de Estudios de Salud Pública aprovechando las experiencias que México tiene en materia de administración y atención primaria.

## Universidad de Johns Hopkins

El Prof. M. Harvey Brenner, de la Universidad de Johns Hopkins de los Estados Unidos de América, expuso con gran detalle un modelo de *Cambio Económico y Patologías*, señalando diversos indicadores para cambio económico como tasa de desempleo, crecimiento del PNB, relación de exportaciones-importaciones, y mortalidad y/o morbilidad en países desarrollados como Estados Unidos y Finlandia y países en desarrollo como la República Dominicana.

El esquema del modelo es el siguiente:

- Crecimiento económico (la larga tendencia de inversiones en el mejoramiento de las condiciones de vida y conocimiento humano).
- Inequidad económica.
- Inestabilidad económica (cíclica, estructural e internacional).
- Error relacionado al crecimiento económico (consumo, producción, aislamiento social).
- Cambios incontrollables (desastres naturales, crisis políticas, epidemias).

Se aclaró que es fundamental conformar la aplicación de estos modelos a países individuales, ya que los sistemas de valores, cultura y política varían de uno a otro.

Cuando el modelo (usando técnicas multivariadas y varios factores de riesgo) fue aplicado a los Estados Unidos, mostró claramente que cuando hay un incremento en las tasas de desempleo, la mortalidad infantil aumenta.

El caso de la República Dominicana muestra cambios en las tasas de mortalidad infantil entre 1950 y 1980. El modelo contiene indicadores que miden importaciones/exportaciones, tasa de mortalidad, ingreso global nacional, inversiones y precios de los alimentos.

La aplicación de este modelo permite, por ejemplo, saber qué pasa con la mortalidad infantil, o las tasas de accidentes, o cuando hay cambios en las tasas de desempleo.

El modelo fue también aplicado a Finlandia, mostrando cambios de mortalidad por enfermedades cardiovasculares entre 1950 y 1985. Hubo un aumento de la mortalidad y luego un brusco descenso en los años 1960, hecho que sorprendió a los epidemiólogos. Ellos fundamentaron el descenso en varias causas: disminución del consumo de alcohol o cigarrillos; mejora en los servicios ambulatorios; disponibilidad de drogas para controlar la hipertensión, y mejoras en la economía. Las causas son muchas y todas son válidas si tienen evidencia epidemiológica. Existen

múltiples interpretaciones para estos fenómenos y debemos ser capaces de integrarlos en un enfoque multisectorial.

Mirando estos procesos desde el punto de vista de la planificación de salud, se puede hacer un tipo de "predicción condicionada". La construcción de escenarios ofrece una aseveración condicional que puede ser optimista, pesimista o intermedia. Estos escenarios varían dependiendo de los factores de riesgo que se introducen en el modelo.

Este tipo de modelo permite incluir todos los diferentes sectores que influyen en la salud. Permite entonces informar a los otros sectores y realizar actividades conjuntas para asegurar un resultado óptimo dentro del marco definido por las políticas.

### **Escuela de Salud Pública de la Universidad de Illinois**

Como quinto ponente participó el Prof. Lyndon Babcock, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Illinois en Chicago y profesor visitante en la UAM-Azcapotzalco de México. Destacó en su intervención la importancia de los factores ambientales en la salud y la interrelación de variables como educación, vivienda, transporte, medio ambiente, energía, etc., que inciden en la situación de salud.

La Escuela de Salud Pública de la Universidad de Illinois, fue fundada en 1972 y ofrece programas a nivel de graduados (Maestría en Salud Pública, Doctor en Salud Pública, Maestría en Ciencia y Doctor en Filosofía) en cuatro áreas programáticas: epidemiología/biometría, atención de servicios de salud, administración de recursos de salud, y ciencias ocupacionales y del medio ambiente. La Escuela fue acreditada en 1985 por el Consejo de Educación en Salud Pública (hasta 1991). La educación e investigación en ciencias ambientales y administrativas deberían cubrir un amplio espectro de áreas, incluyendo definición de problemas, interpretación de datos, y desarrollo e implementación de políticas.

Dentro de los análisis de políticas, las metas de salud pública no se deberían restringir a "posponer la muerte". Los aspectos ambientales, así como otros aspectos de la salud pública se interrelacionan con otros sectores sociales, tales como: agricultura, energía, salud, industria, policía, educación, medio ambiente, vivienda, defensa nacional y transporte. Cada uno de estos sectores interactúa con otros, y en conjunto utilizan los recursos de la sociedad, influenciando la calidad de vida.

Los costos del componente de salud en los Estados Unidos exceden el 10 % del PNB, y no está claro que la sociedad obtenga de esta inversión los máximos beneficios en términos de calidad de vida. Instrumentos metodológicos tales como los análisis de costo-beneficio y la econometría pueden utilizarse para ayudar a definir y optimizar las complejas interacciones entre los sectores.

La recolección de información y la interpretación deberían

claramente distinguirse de los procesos de toma de decisiones. Existe poca certeza y controversia relacionada con el nivel deseado de participación pública en este proceso, y las encuestas de opinión pública pueden ser empleadas para lograr respuestas de la población.

En el caso de México, por ejemplo, hay una necesidad inmediata de definir costos, beneficios, y niveles óptimos de implementación de las "Cien Acciones Necesarias de la Ecología" (preparado por la Comisión Nacional de Ecología, 1987).

## **Escuela de Salud Pública de Puerto Rico**

Expresó el Dr. Juan Silva Parra, Decano de la Escuela de Salud Pública de Puerto Rico, que durante los cuatro siglos de régimen español en Puerto Rico, la responsabilidad sobre la prestación de servicios de salud recayó en los municipios. El gobierno central era responsable básicamente de proveer servicios preventivos, vigilancia epidemiológica y licencias profesionales.

En 1898 Puerto Rico pasó a ser posesión de los Estados Unidos mediante el Tratado de París, y en 1899 se estableció una Junta de Salud con la responsabilidad de legislar sobre asuntos de salud, ambiente, licencias, servicios preventivos y servicios de cuarentena. En 1912 fue creado el Departamento de Salud, dirigido por un Comisionado que era miembro del gabinete del gobernador. Durante los siguientes diez años se realizaron grandes esfuerzos para establecer una infraestructura para la prestación de servicios preventivos y curativos y en 1924, siguiendo el modelo de los Estados Unidos, se comenzaron a establecer unidades de salud pública. Estas unidades operaban bajo la dirección del Departamento de Salud, independiente de otras unidades municipales.

En 1934 el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos llevó a cabo un estudio de los problemas de salud de la Isla. Este estudio concluyó que era necesaria la reducción de enfermedades mediante la aplicación de medidas preventivas y el desarrollo de varios elementos del sistema de prestación a base de distritos o áreas geográficas. Siguiendo estas recomendaciones, cuatro hospitales generales se construyeron para constituir el marco de facilidades agudas, de la cual evolucionaría un sistema regional de hospitales.

En 1960, la Isla de Puerto Rico se dividió en cinco regiones, las cuales estaban compuestas, cada una, de una población entre 350 000 y 900 000 habitantes. Cada región se definió como un área alrededor de un hospital regional. Los tres niveles de cuidado incluidos en este esquema fueron: los centros de salud a nivel municipal, los hospitales regionales a nivel secundario y el cuidado especializado en el Centro Médico de Río Piedras, ubicado en el Área Metropolitana de San Juan.

En 1970 el sistema existente fue reestructurado. El nuevo plan

dividió la Isla en tres regiones: la Noreste, la Oeste y la Región Sur, con un hospital como base central en cada una de ellas. Este sistema no funcionó como se esperaba y se modificó una vez más en 1977. Esta modificación correspondió básicamente a los cambios en la distribución poblacional de la Isla y a los recursos disponibles en el sistema. El plan de 1977 estableció seis regiones, dos subregiones y 16 áreas distribuidas entre las regiones. Esta estructura, con muy pocas modificaciones, es la que rige hoy el sistema de salud pública de Puerto Rico.

La prestación de los servicios de salud en Puerto Rico es básicamente de carácter dual, dado que hay dos sectores de prestación muy desarrollados, el sector público y el sector privado. Por un lado están las agencias e instrumentalidades del gobierno que proveen servicios directamente y por otro hay instituciones privadas que ofrecen servicios que están financiados por la tarifa pagada por sus pacientes y a través de seguros de servicios de salud.

El Departamento de Salud es el principal proveedor de los servicios del sector público. Además de su carácter regionalizado, estos comprenden los servicios que se brindan a nivel municipal, a nivel de hospitales de área y los especializados de mayor complejidad.

El alto costo de la prestación de servicios de salud ha obligado al sector público a buscar métodos alternos de prestación. Uno de estos ha sido la contratación a entes o compañías privadas de la administración de hospitales públicos. Básicamente se ha creado un mecanismo contractual a través del cual el Departamento de Salud contrata a una compañía privada para la administración y operación del hospital.

El sector privado en Puerto Rico opera 42 de los 73 hospitales en la Isla. Los datos de utilización en Puerto Rico indican que las facilidades privadas son las más utilizadas. Las tasas de ocupación en el sector privado son de 77%, comparado con un 60% en el público. Por otro lado, el 65% de todas las visitas ambulatorias se llevan a cabo en el sector privado (13 millones de visitas en 1984).

Aproximadamente el 50% de la población de Puerto Rico posee un seguro de salud, lo que de por sí implica accesibilidad a las facilidades privadas.

Dado que la tendencia de la utilización de servicios de salud en Puerto Rico es hacia el sector privado, el Departamento de Salud ha desarrollado una política pública que gobierne la prestación de los servicios de salud en ambos sectores. La política de salud está afectada por condiciones de costos ascendentes y escasos recursos. Estas restricciones han influenciado la alternativa disponible para la confección de una política de salud integral.

La política de salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico está orientada hacia las siguientes áreas:

- Calidad de los servicios públicos y privados.
- Énfasis en la prevención.
- Centralización de los servicios de salud mental.
- Evolución del hospital público a la administración privada.
- Desarrollo de un nivel supraterciario.
- Desarrollo de servicios para enfermedades catastróficas.

Estas son básicamente las áreas principales de política pública de salud del Estado Libre Asociado. Dentro de la misión de la Escuela de Salud Pública está la obligación de evaluar la efectividad de estas políticas. Se establecerá un programa de investigación que permita orientar el desarrollo futuro de nuestra política pública de salud.

Con este objetivo se está organizando en la Escuela de Salud Pública, con la cooperación del Departamento de Salud, la Gran Conferencia Iberoamericana de Salud Pública, que en el mes de agosto de 1988 reunirá en San Juan a los académicos iberoamericanos interesados en aunar esfuerzos para establecer una nueva agenda sobre los problemas concernientes a la salud pública. En 1990 el tema de la conferencia será la investigación básica y administración de servicios de salud y, en 1992, cooperación de este sector con Centro América y el Caribe.

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

El tercer día de la reunión se organizaron dos equipos de trabajo, con el fin de formular las bases de una red tripartita integrada por ALAESP/ASPH/OPS y la propuesta de un capítulo de análisis de políticas públicas como primer área temática a desarrollar.

### **Fundación de la red de instituciones ALAESP/ASPH/OPS**

1. Créase una red integrada destinada a lograr una coordinación sustantiva de las instituciones pertenecientes a ALAESP y a ASPH con la cooperación de la OPS, con el propósito de fortalecer el desarrollo de la infraestructura de las instituciones, su capacidad docente, su capacidad de investigación y de servicio.

2. ALAESP, ASPH y OPS conformarán el núcleo responsable de la coordinación, constituyéndose además en el Secretariado de la red.

3. El Secretariado de la red, constituido por ALAESP, ASPH y OPS, será el punto de contacto con otras instituciones de docencia, investigación y servicios, con agencias del sistema de Naciones Unidas, con agencias multilaterales y bilaterales de crédito y fundaciones de la Región.

4. La red deberá formalizarse a través de un protocolo, carta

de intención o el instrumento jurídico que se considere apropiado, al cual se adherirán ALAESP, ASPH y OPS.

5. La red propuesta se compondrá de capítulos, los cuales incluirán todos los aspectos y factores que atañen la salud. En una primera etapa, los capítulos corresponderán a las siguientes áreas de conocimiento: análisis de políticas de salud en el contexto de salud y desarrollo, información en salud y epidemiología; economía y financiamiento de salud; recursos humanos en salud; el proceso tecnológico en salud y el sistema de servicios de salud.

6. A partir de la aceptación de esta propuesta, se deberá asignar la responsabilidad a ALAESP, ASPH y OPS de elaborar la estructura directiva y organizacional de la red propuesta, así como la de sus capítulos, generando mecanismos que aseguren la continuidad de las actividades. Posteriormente, cada capítulo desarrollará su programa de actividades específico.

7. La estructura directiva y organizacional elaborada por el Secretariado deberá asegurar la participación en cada capítulo de todas las instituciones asociadas a ALAESP y ASPH que tengan interés en el área de conocimiento correspondiente a ese capítulo.

8. Se deberán desarrollar mecanismos para lograr la movilización de recursos financieros con el fin de apoyar las actividades de la red y la de cada uno de sus capítulos. La movilización de recursos será un esfuerzo conjunto de los respectivos capítulos, ALAESP, ASPH y OPS.

9. La propuesta de organización de la red deberá estar elaborada para ser discutida y aprobada por los miembros de la ASPH en su reunión de octubre de 1987 y por los miembros de ALAESP en su reunión de noviembre del mismo año.

### **Creación de un capítulo de análisis de políticas públicas en el contexto de salud y desarrollo**

Se propone la creación de un capítulo de análisis de políticas públicas en el contexto de salud y desarrollo, con el propósito de fortalecer la capacidad institucional, la capacidad docente y la capacidad de investigación dentro de un marco global de cooperación interinstitucional conformando una red entre ALAESP, ASPH y OPS.

#### **1. Fortalecimiento y desarrollo institucional:**

- a) Desarrollo y fortalecimiento de sistemas de información que incluyan el diseño de mecanismos y estrategias para la producción y diseminación de información, así como la formación de un banco de datos científico-técnicos en el área de conocimiento específico.
- b) Desarrollo y fortalecimiento de unidades de producción y

- publicación de material científico-técnico para la docencia e investigación que incluya equipos y tecnología.
- c) Creación y fortalecimiento de mecanismos de divulgación de información para su utilización por autoridades, grupos de interés y población en general.
2. Fortalecimiento de la capacidad docente:
    - a) Revisión y evaluación de contenidos curriculares para que incluyan temas de análisis de políticas en el contexto de salud y desarrollo.
    - b) Creación y fortalecimiento de programas para el desarrollo del personal docente, que incluyan educación permanente.
    - c) Creación y fortalecimiento de programas de intercambio interinstitucional de docentes y alumnos.
  3. Fortalecimiento de la capacidad de investigación.
    - a) Desarrollo de investigaciones conjuntas interinstitucionales.
    - b) Desarrollo de mecanismos y estrategias para la publicación y diseminación de resultados de las investigaciones.
    - c) Desarrollo de un programa de intercambio de investigadores.

El grupo propuso además una serie de áreas temáticas muy generales para ser desarrolladas dentro del capítulo de análisis de políticas de salud. Se aclaró que esta lista no es exhaustiva, esperando que se amplíe a medida que se desarrolle este proceso.

- Aspectos conceptuales y metodológicos en los procesos de análisis, formulación, ejecución y evaluación de políticas y planificación de salud.
- Desarrollo socioeconómico, crisis y salud.
- Influencia de las relaciones políticas y económicas internacionales sobre la salud.
- Estructura organizacional y papel del Estado. Redimensionamiento, gobernabilidad y legitimidad del Estado.
- Movimientos sociales y participación.
- Impactos intersectoriales sobre la salud.
- Influencia de la ideología política sobre la salud.
- Influencia de la dinámica cultural sobre la salud.
- Desarrollo de una base de datos sobre políticas y planificación de salud.

El grupo aceptó la oferta de Puerto Rico para que en la sede de

esa Escuela se realice en mayo de 1988 la reunión de constitución del capítulo de análisis de políticas públicas en el contexto de salud y desarrollo.

Se espera que durante esa reunión se elabore el programa de actividades del capítulo.

## **CLAUSURA**

Se contó con cinco breves intervenciones que a continuación se reseñan.

El Dr. Robert Knouss, Director Adjunto de la OPS, expresó su satisfacción por los trabajos del Seminario, felicitó a sus integrantes y encomendó el esfuerzo continuo entre ALAESP y ASPH, expresando el apoyo de la OPS en el proceso de hacer realidad las propuestas que surgieran del seminario. El Dr. Knouss manifestó que el fortalecimiento de los lazos de colaboración es muy importante y eventos como este facilitan estos objetivos. ALAESP/ASPH/OPS han realizado un esfuerzo especial y el espíritu de esta reunión ha sido discutir para concretar actividades específicas, lo que al parecer se ha logrado.

En términos parecidos se expresó el Dr. Julio Frenk, Director General del INSP, quien consideró que haber realizado la primera reunión en México fue muy apropiado debido al contexto nacional de crisis y cambios estructurales en la política de salud del país. Por otra parte, expresó el entusiasmo y apoyo del INSP a las actividades que se inician.

Finalmente, hicieron uso de la palabra el Presidente de ALAESP, Dr. Nagib Haddad, la Dra. Judith Magee, por ASPH, y el Dr. Juan Silva Parra, Decano de la Escuela de Salud Pública de Puerto Rico.

# **A**NEXO I: DOCUMENTO DE REFERENCIA PARA LA PRIMERA REUNION. POLITICAS PUBLICAS, SALUD Y DESARROLLO EN AMERICA LATINA<sup>2</sup>

## **MARCO CONCEPTUAL**

Sin entrar en una aproximación teórica, es pertinente delimitar algunos conceptos que normalmente se utilizan en el análisis de las políticas estatales y el desarrollo.

Partiendo del enfoque de Jorge Neff<sup>3</sup>, que combina la tradición sistemática, la sociología histórica y la economía política, se destaca que las políticas públicas son una expresión singularizada de un proyecto político aún cuando no aparezca como tal en los discursos explícitos. Asimismo, es necesario vincular lo social y lo económico, con lo político. La mediación entre factores sociales y económicos se lleva a cabo a través de agentes políticos, como un aspecto fundamental que ayuda a explicar las alianzas en torno a políticas públicas.

En el caso de América Latina, las políticas públicas se definen como una línea de acción seleccionada que normalmente se acompaña de una declaración de propósitos e intenciones, pero que históricamente ha subestimado factores económicos, políticos, culturales y educativos que limitan o neutralizan la implementación de dichas intenciones. En este sentido, resulta interesante definir y ubicar los actores visibles y los no visibles en la instrumentación de las políticas públicas en América Latina. Específicamente, es fundamental tratar el contexto de las políticas de salud, ya que muchas veces se han estudiado en detalle los obstáculos, las inercias y dificultades en el ámbito sectorial sin insertar de manera adecuada los factores externos o intersectoriales que inciden en la implementación de la política sanitaria.

Se debe considerar, por otra parte, que las políticas de salud se inscriben como componente de las políticas sociales. Sin embargo, la conceptualización de la política social no es uniforme. La evolución histórica de la acción estatal y privada ha hecho necesario redefinir el concepto, ya que de una visión asistencialista y de complementariedad se ha pasado a aceptar de manera general la idea de política social como un esfuerzo planteado para reducir las desigualdades sociales. Sin embargo, existen diversos enfoques donde la política social es un resultado de los objetivos de

---

<sup>2</sup> Bernardo Méndez Lugo, UAM, Xochimilco, México.

<sup>3</sup> *Regímenes políticos y políticas públicas: un enfoque contextual*, OPS, 1986.

desarrollo económico e inclusive se ha visto e instrumentado la política social como un "injerto" de los planes de desarrollo. Este concepto parte de la necesidad de unir el punto de vista descriptivo y el empírico donde la política social es un objetivo explícito del desarrollo. Esta afirmación coincide con la idea de que la política de desarrollo debe promover el bienestar de la sociedad en su conjunto, y la eficiencia económica debe estar al servicio de la eficiencia social formulada por Raúl Prebisch<sup>4</sup>.

## CONTEXTO SOCIOECONOMICO Y POLITICO ACTUAL DE LAS POLITICAS PUBLICAS

En el ámbito mundial, se observan tendencias poco optimistas sobre el crecimiento económico. El panorama es poco alentador, en particular para los países en desarrollo, ya que existen diversos hechos negativos en el comportamiento económico mundial: deterioro creciente de los precios de materias primas; medidas proteccionistas de casi todos los países industrializados, y cambios tecnológicos acelerados que afectan el uso de materias primas y mano de obra y hacen disminuir la exportación y la creación de empleos de los países en desarrollo.

Asimismo, es importante señalar el problema de la deuda externa de muchos países en desarrollo, que les ha obligado a pagar intereses muy altos que impiden la asignación de recursos financieros suficientes destinados al desarrollo económico y social.

Existen estudios de Naciones Unidas, organismos internacionales y de la misma banca privada internacional que demuestran el fuerte impacto social y económico de los ajustes estructurales que negocian los países deudores con el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, como intermediarios de garantía de la banca privada internacional.

En el caso de América Latina, la recesión y los ajustes económicos que tienden a deprimir los mercados internos y los gastos sociales, han provocado declinaciones de la economía regional a niveles de 1970 o inclusive inferiores. El incremento de los pagos correspondientes de las altas tasas de interés variables por la deuda externa acumulada y la disminución de muchos precios de exportación han agravado el problema.

En general, América Latina muestra en los últimos seis años una disminución del nivel y calidad de vida, creciente desigualdad del ingreso y mayor pobreza. Reconoce el informe sobre *Las Condiciones de Salud*

<sup>4</sup> Citado en Mario Fernández Baeza, *Sobre el concepto de lo social en el desarrollo: visión sobre conceptos y políticas*. ONU/CEPAL/ILPES, 1985.

en las Américas, 1981-1984<sup>5</sup> que el deterioro del nivel de vida de los pobres rebasa los límites que implicarían las estimaciones de ingresos por sí solas.

Con menos resonancia, pero igualmente preocupante es la situación de la política económica y su impacto en el bienestar social en los Estados Unidos de América. En el estudio *Regionalización y Política de Salud* compilado por Eli Ginzberg para la Administración de Recursos Sanitarios (EUA) en 1977, los grandes desequilibrios regionales de la atención médica y servicios asistenciales quedan al descubierto. Tal como sucede en América Latina, en los Estados Unidos se presentan datos demasiado agregados de tasas de morbi-mortalidad que no reflejan las grandes desigualdades sociales, sectoriales y regionales. No existe un balance completo de los últimos años, pero algunos indicadores como desempleo alto en jóvenes de minorías raciales, crecimiento de empleo en el grupo terciario sin seguridad social, y disminución relativa de servicios que inciden en los niveles de salud, etc. muestran tendencias poco favorables al desarrollo social armónico en los Estados Unidos. Estudios recientes de una Comisión del Congreso muestran un incremento de las ganancias de los hospitales privados a costa de los pacientes del sistema "Medicare". Disminuye por otra parte el tiempo de convalecencia hospitalaria de manera dramática, quizá en muchos casos con salidas muy prematuras de los pacientes en tratamiento, aun cuando ha habido una disminución significativa de pacientes admitidos en los hospitales.

El impacto real de la recesión y el sacrificio social en América Latina no se presenta de manera inmediata y visible, muchas veces los indicadores revelan poco o parcialmente la gravedad de los problemas sociales. Por ejemplo, existe una tendencia general descendente de la mortalidad infantil pero ahora resultan más frecuentes los problemas de bajo peso al nacer, morbilidad relacionada con nutrición y pobreza que afectan la calidad de la salud pero no se refleja inmediatamente en algunos indicadores. UNICEF reconoce que "la concentración de esfuerzos en programas como los de inmunización, salud infantil, suplementación de alimentos puede tener efectos sustanciales para la salud aun cuando se reduzca el volumen de recursos, Chile quizá sea el ejemplo más notable de esto" (citado en *Las Condiciones de Salud en las Américas, 1981-1984*, op. cit.).

Los modelos de desarrollo en América Latina tienen límites estructurales para resolver adecuadamente las necesidades sociales. Estos modelos ya habían mostrado su agotamiento desde los años 1960 y la crisis de la deuda externa solo ha agudizado situaciones de desigualdad y polarización social existentes.

---

<sup>5</sup> Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, 1986. Publicación Científica No. 500.

El contexto socioeconómico gobernado por estructuras políticas de tipo tradicional en su liderazgo, en la mayoría de países ha estado vinculado y sujeto a ajustes financieros que deciden políticas macroeconómicas de mayor inserción en la economía internacional. Y no es que se pretenda un liderazgo autárquico, pero sí un nuevo tipo de liderazgo, más innovativo y creativo, que formule nuevos consensos sociales y reorganice la participación social y política.

El liderazgo hegemónico, que reúne a un número pequeño de fracciones de poder, en la mayoría de los países tiende a aceptar y asimilar pasivamente los ajustes y las "recetas" que se generan en las metrópolis. Es claro que esos mismos lineamientos, como reducción de déficit público, disminución de deuda pública y déficit fiscal, reducción de proteccionismo, etc., son políticas que no siguen los países desarrollados. Estas políticas impiden la instrumentación de políticas sociales, ya que delimitan la intervención estatal a promover inversiones de acuerdo a criterios de rentabilidad y eficiencia de mercado. Y en el contexto latinoamericano, la estructura de sus mercados hace que se perpetúen desigualdades regionales y sectoriales del aparato productivo. En otras palabras, se ha ampliado la brecha entre regiones productivas y regiones marginadas.

Evidentemente, que las élites internas definen las políticas públicas de acuerdo a lineamientos que les permiten conservar su liderazgo. Sin embargo, la sobrevivencia en el mediano y largo plazo de regímenes políticos que minimizan la discusión plural y horizontal de las políticas públicas no es factible, ya que los niveles de tolerancia social están llegando a sus límites en muchos países de la Región.

En realidad, los esfuerzos de una alternativa de desarrollo endógeno deberá partir de un nuevo tipo de liderazgo que reelabore los criterios de racionalidad, descentralización, desconcentración y modernización acorde con las necesidades sociales. En este sentido, es justo meditar los verdaderos escenarios que confronta y confrontará la política sanitaria en América Latina y los lineamientos de salud para todos, ya que los planes, programas y estrategias son lógicos en un documento pero subestiman inercias políticas y sociales en el contexto económico global.

## **CRISIS, POLITICAS Y SALUD**

El carácter del desarrollo económico reciente es más bien una "involución" relativa del desarrollo hacia la economía informal. La situación es paradójica: disminuye el empleo formal y el producto nacional bruto en América Latina, pero la respuesta social a la recesión y al ajuste forma un "colchón socioeconómico" en el crecimiento del mercado informal.

No es posible seguir hablando de economía negra o subterránea

ya que el sector denominado informal es un verdadero mercado paralelo de producción, construcción y servicios. En Colombia, México, Nicaragua y Perú, el mercado informal equivale a un 40%, aproximadamente, del producto nacional bruto, sin contar los ingresos por contrabando o narcotráfico. Ante la incapacidad del Estado y la estructuración de mercados oligopólicos, la gente constituye su propia economía donde fabrica, construye e intercambia servicios aunque no existan necesariamente sistemas monetarios y circulación de dinero. No es una economía “marginal” o “polo marginal”; es un verdadero sistema de producción paralelo que interactúa y se complementa con el sector formal.

El fenómeno no es privativo de América Latina: los países desarrollados han experimentado saltos cualitativos en el crecimiento de mercados paralelos de producción y servicios que llegan a un 15% del PNB en Estados Unidos y más de 30% en Italia. El fenómeno de mercados paralelos también se ha desarrollado en países de planificación central y llega a definir e incidir en políticas de precios en el sector formal de países como Polonia, la URSS y Vietnam, entre otros muchos.

Es importante resaltar la envergadura de esta tendencia a la “informalidad”, ya que ha constituido estructuras paralelas que responden a necesidades sociales de empleo, vivienda, alimentación, vestido y servicios sociales que no proporciona o proporciona parcialmente el Estado. Asimismo, cabe señalar que en el contexto de la crisis, parte del sector formal hace declaraciones de producción, empleo y ganancias de mucha menor cuantía para evadir al fisco o supervisiones burocráticas que impedirían su evolución y sobrevivencia. No es solamente eso, ya que se ha generado un tipo de trueque o intercambio compensado en áreas urbanas y nuevas relaciones entre campo y ciudad. Estas tendencias abarcan directamente a la mitad de la población de América Latina en sus diversos estratos y la complementariedad e interacción con el sector formal involucra a casi la totalidad de la población. En términos de políticas públicas, y en particular la política sanitaria, nos obliga a repensar en profundidad criterios como cobertura, tipo de atención médica e inclusive la formación de recursos humanos. Existen en el ámbito de la salud, sistemas nacionales de salud —exceptuando Cuba y Nicaragua— que tienden a cierta uniformización e integración formal pero que operan con fragmentación real. La restricción del gasto público ha obligado a racionalizar la utilización de recursos, a “hacer más con menos”. Pero la realidad es que se ha descargado parte de la nueva racionalidad en un trabajo más intenso de los trabajadores del sector salud. Se ha incrementado formalmente la cobertura de primer nivel, pero en términos reales muchas regiones de América Latina han visto resurgir patologías ya erradicadas como, el caso del dengue y la malaria en Brasil, Centroamérica y México. El debilitamiento de unidades neumológicas continúa en México, mientras aumentan los casos de tuberculosis y enfermedades respiratorias.

En el caso de México es justo reconocer esfuerzos que se han realizado a pesar del panorama adverso del contexto socioeconómico. Se han realizado especiales tareas en la estructuración orgánica de la Secretaría de Salud, reglamentaciones que le dan coherencia a la normatividad y responsabilidad de esta Secretaría en su papel rector del sector salud. También se han realizado esfuerzos por estudiar regionalmente y sectorialmente las necesidades de atención médica a través de estudios y diagnósticos epidemiológicos. Sin embargo, existen cuestionamientos sobre las características de la descentralización de los servicios de salud y la racionalización a costa de trabajadores y médicos pasantes. Los críticos no son muy optimistas respecto al horizonte de la salud, pero no han generado propuestas concretas y viables como alternativa a los planes y programas criticados. En el ámbito latinoamericano, incluyendo a México, se presentan por fortuna nuevas tendencias de liderazgo en la elaboración de las políticas sanitarias y en las instituciones formadoras de recursos humanos. Este nuevo liderazgo no es necesariamente el que tiene su fuente de poder por influencia en sectores hegemónicos del gremio médico o la burocracia política.

En muchos países se ha generado una crítica sólida a las políticas asistencialistas y salubristas, enmarcando la política de salud en un contexto más amplio de un proyecto nacional que rescate como objetivo fundamental el bienestar social. En este sentido, el nuevo liderazgo no es hegemónico, sino que lucha en el interior de ministerios y centros de enseñanza por modificar criterios medicalistas e insertar la política de salud y formación técnica y profesional en un contexto complejo y contradictorio. Este contexto contempla la participación comunitaria, redefiniendo el papel del médico ya no como el antiguo centro magnético que definía las actividades del mal llamado "personal para-médico".

A pesar de la crisis y el impacto en las políticas sociales, existen espacios políticos y sociales en la mayoría de los países latinoamericanos para desarrollar un nuevo tipo de liderazgo sanitario, que si bien no resolverá los problemas de salud en contextos totalmente adversos de deterioro productivo, sí genere acciones y políticas que en el mediano y largo plazo ayuden a transformar las inercias y los graves rezagos del sector salud en América Latina.

## **ALTERNATIVAS DE LA DOCENCIA E INVESTIGACION**

Es en verdad un gran reto repensar o reinventar creativamente contenidos, programas, métodos de enseñanza de la formación en el área de la salud, no solo para médicos, enfermeras y auxiliares, sino para una gama variada de investigadores, administradores y planificadores en el sector.

Un aspecto sobresaliente, que no se ha incorporado debidamente en el currículo, es la necesidad de la investigación regional y microregional en salud pero con equipos interdisciplinarios. En muchos países de la Región, el currículo de medicina y enfermería se basa en un currículo curativo de la gran ciudad y el gran centro hospitalario. Decenas de universidades de América Latina han reproducido planes de estudio basados en centros educativos de Buenos Aires, la Ciudad de México, Caracas, Bogotá, São Paulo, etc., que a su vez reproducen planes de escuelas y facultades de países desarrollados.

Es claro que los problemas sanitarios de ciudades de la costa como Guayaquil, Maracaibo, Veracruz, Lima, Barranquilla, etc., difieren sustancialmente del tipo de transición epidemiológica de los grandes centros fabriles como São Paulo, Monterrey, Valencia, Buenos Aires o la Ciudad de México. Lo mismo se puede decir en relación a problemas sanitarios en regiones agro-exportadoras donde se usan múltiples insecticidas, herbicidas y fertilizantes y las tendencias de morbi-mortalidad de pobladores en agricultura de autoconsumo. Se han considerado muy poco los factores ecológicos, el tipo de actividad productiva y dolencias ocupacionales para formular planes de estudio.

La transformación del currículo y su adecuación a patologías predominantes no asegura que los recursos humanos formados inicien un nuevo tipo de ejercicio profesional. La UAM-Xochimilco en México, tiene una experiencia de formulación de currículo innovador en medicina, enfermería, odontología y nutrición, pero la inercia del mercado existente y el esquema valoral dominante sigue privilegiando el ejercicio privado de alta especialidad y la práctica en el gran centro hospitalario urbano.

Se van generando nuevos profesionales y algunos de ellos han decidido experimentar nuevas formas de ejercicio comunitario, trabajo en investigación sanitaria, asesoría a sindicatos en comisiones de higiene y seguridad, formando una conciencia de la salud y los riesgos ocupacionales, pero la gran mayoría siguen insertos en el ejercicio privado y/o de gran hospital. No obstante, tanto la experiencia de la UNAM con el Plan A-34 y la UAM-Xochimilco han generado nuevas modalidades de ejercicio y liderazgo que se han retroalimentado con experiencias de formación y trabajo en Colombia, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos, Europa y Nicaragua.

Mientras el contexto global de la sociedad no se modifique en el tipo de prácticas hegemónicas de las profesiones y su valoración social, no será posible producir un nuevo profesional con solo realizar reformas al currículo y los métodos de enseñanza.

Sin embargo, se puede ir avanzando en contenidos que permitan un ejercicio dual o polifacético al egresado. El ejercicio dual se posibilita si el alumno tiene la oportunidad de conocer contenidos y problemáticas de salud del ámbito regional y microregional. Asimismo, es necesario

estrechar los lazos entre instituciones educativas y los sistemas nacionales de salud, para que los planes y programas contemplen formación de investigadores acordes con determinadas regiones y patologías, médicos con conocimiento de planificación y administración de clínicas en ciudades pequeñas.

Aunque el sistema formal probablemente no logre asimilar a todos los egresados del sector educativo en los próximos años, dadas las tendencias recesivas y de austeridad, existe ese universo casi desconocido donde se están incorporando al trabajo un número significativo de profesionales diversos (médicos, ingenieros, abogados) a través del intercambio compensado (no monetario) de servicios, complementado con un trabajo o dos en el sector formal. En realidad, la práctica profesional se ha convertido en un ejercicio multisectorial e intersectorial en los sistemas paralelos como complementarios de los servicios formales, o estos como complemento de la práctica informal.

En América Latina, tanto el médico como el paciente participan en los diferentes estratos sociales en diversos tipos de vinculación al tipo de atención: se complementan la medicina de tercer nivel de gran hospital con la práctica privada y la práctica de primer nivel en los centros de salud. El paciente recurre al médico informal o semi-informal para cierto tipo de dolencias que requieren la medicina homeopática, herbolaria y remedios caseros, combinados con medicina alopática y curanderismo impregnado de magia y religión en amplias zonas rurales y asentamientos urbanos recientes. No es un fenómeno aislado o anecdótico; es la realidad de numerosas poblaciones de la periferia urbana y más recientemente de núcleos significativos de sectores medios, desde la frontera norte de México, pasando por los "ranchos" de Caracas, "pueblos jóvenes" de Lima y sofisticados barrios de Montevideo o Rio. No cabe duda que la docencia requiere una amplia recuperación histórica que nos entregue un verdadero cuadro de la diversidad regional, cultural, étnica y sus interrelaciones en América Latina.

## REFLEXION FINAL

Es muy difícil pasar del contexto global de las políticas públicas y el desarrollo a proponer políticas específicas para la salud en nuestro continente. Cada país tiene sus particularidades y no se puede generalizar. Sin embargo, hay algunos rasgos comunes para América Latina, e inclusive los Estados Unidos:

- Sistemas de salud heterogéneos y fragmentados con coberturas reales decrecientes o estáticas debido a reducción de recursos.
- Crisis del Estado asistencialista y surgimiento de nuevas formas

de asistencia y atención médica de tipo privada, para-privada y para-pública.

- Desprotección de minorías étnicas y núcleos marginados, incluyendo en muchos casos amplias capas de población rural y semi-rural.
- Modernización de enclaves urbanos con prevalencia de patologías de la pobreza y las mal llamadas patologías de la “civilización”.
- Medidas de descentralización y desconcentración con pocos recursos financieros, incrementando parcialmente cobertura a costo de trabajadores y calidad de atención.
- Resurgimiento de enfermedades ya erradicadas como malaria, dengue, tuberculosis y otras.
- Subregistro de mortalidad y de morbilidad, subestimándose riesgos y enfermedades ocupacionales, así como incremento de dolencias relacionadas con destrucción de ecosistemas y contaminación industrial.
- Tendencia generalizada al desempleo o subempleo de egresados del sector educativo de la salud, a pesar de existir necesidades de atención médica.
- Creciente desigualdad del ingreso y caída del ingreso real. Han bajado niveles de ocupación productiva masculina incrementándose empleo formal o informal de mujeres y niños.
- Crecimiento del sector terciario de la economía formal e informal, lo que ha producido nuevos estratos de trabajadores asalariados y por cuenta propia que no tienen normalmente capacidad de negociar y exigir atención médica y seguridad social.

Estos son algunos puntos que obligan a pensar en posibles líneas de investigación y discusión en las próximas reuniones. Es preciso enfatizar que el fortalecimiento de un nuevo tipo de liderazgo y la formación interdisciplinaria solo será posible en un replanteamiento sustancial de los modelos de desarrollo y sus vínculos con la economía internacional. La experiencia reciente y actual de ajustes estructurales descansa precisamente en aspectos fundamentales que deberían fortalecerse y se han debilitado: mercado interno, mínimos de bienestar y gasto social.

## **A**NEEXO II: DOCUMENTO DE REFERENCIA PARA LA PRIMERA REUNION. ANALISIS DE LAS POLITICAS PUBLICAS. LA EXPERIENCIA DEL ILPES<sup>6</sup>

### **INTRODUCCION**

#### *El Estado y las políticas estatales*

El tema del Estado se ha constituido como objeto de investigación de larga data en las ciencias sociales de América Latina, y en estudios más recientes se ha vinculado dicho tema con las indagaciones acerca de la eficacia de los procesos de planificación. En efecto, en la misma medida en que la actividad de planificación se ha ido percibiendo cada vez más como un proceso social, se ha estimado necesario conocer el despliegue de la planificación a través de las políticas estatales. Se trata de conocer un sector de la realidad en que se vinculan las acciones del Estado y la sociedad y donde es posible conocer en detalle la eficacia y los límites de la acción planificada.

#### *Los enfoques de las políticas estatales*

La sucinta explicación anterior delimita el enfoque al cual se adscribirá esta presentación de las políticas estatales. Sin embargo, es necesario tener presente que existen otros enfoques, ya que pese a la homogeneidad que presenta el objeto circunscrito por una política estatal, es posible identificar una gran diversidad de tipos de análisis. El mismo objeto puede ampliarse o restringirse en grado muy variable; el investigador puede analizar el sector de diversas maneras, tanto para acentuar secuencias de un proceso específico como para evaluar efectos de naturaleza sociopolítica, o combinar de modo convencional enfoques de un tipo u otro, de acuerdo a las finalidades previstas por la investigación. Con todo, sería una exageración superficial afirmar que hay tantos enfoques como analistas, pues tras la aparente diversidad, y debido al objeto común, ellos son acumulativos. Si bien la producción de conocimiento acerca de las políticas estatales se basa en necesidades diversas —la asesoría para la decisión pública o privada, el mero conocimiento académico, la crítica social, etc.— todos los productos obtenidos con un método riguroso enriquecen el campo de conocimiento circunscrito por una política estatal.

---

<sup>6</sup> Eduardo Palma, ILPES/CEPAL.

Al respecto, es interesante señalar las apreciaciones del Grupo de Trabajo convocado por las Naciones Unidas para el análisis de políticas públicas. El Grupo de Trabajo reconoció que habían variaciones en el desarrollo y diferencias en las formas predominantes del análisis de políticas. Sin embargo, existía la necesidad fundamental de mejorar la capacidad de los servicios públicos para hacer tal análisis; el personal administrativo de muchos países era capaz de captar y aplicar los conceptos propios de las técnicas conocidas, empero también era de observar que los teóricos del análisis de políticas no expresaban necesariamente sus propuestas en términos comprensibles para dicho personal. Para ser efectivo y significativo, el análisis de políticas debía aplicarse en el contexto de los procesos reales de esas políticas; a menudo era más realista considerar el marco del análisis de políticas en función de la adaptación de las actividades dentro del contexto de la corriente efectiva de los actos administrativos.

También se expresó un grado sustancial de acuerdo en cuanto al fundamento intelectual del análisis de políticas, el que debe mucho más a las ciencias económicas que como instrumento explicativo —incluyendo las ciencias sociales, ciencias políticas, psicología, ciencias del comportamiento y otras. Se dijo que era importante reconocer que el análisis económico, sobre todo el macroeconómico, había tendido a ocuparse más de los resultados globales que de los efectos distributivos que debía destacar frecuentemente el análisis de políticas. Al respecto era preciso establecer un equilibrio entre los valores de crecimiento y de distribución en el análisis de políticas referido a la planificación en los países en desarrollo.

Varios de los participantes en el debate subrayaron la necesidad de una perspectiva más amplia para el análisis de políticas, a fin de no verla exclusivamente en función de técnicas de cuantificación. Se reconoció que la econometría había proporcionado instrumentos útiles para el análisis de políticas. Los modelos económicos y otras técnicas cuantitativas a menudo también admitían ciertas evaluaciones cualitativas de ciertas situaciones sociales complejas. Además, en el proceso de adopción de una metodología determinada a veces se manifestaban conflictos de valores en grado considerable, lo cual también imponía limitaciones a lo que podía lograrse con métodos relativamente formales de análisis de políticas.

Se adujo que las políticas podían y debían basarse en la teoría social general y que el análisis de políticas debía realizarse dentro de un marco más amplio de la teoría socioeconómica. Sin embargo, la aplicación del análisis de políticas constituía un arte práctico y debía tener en cuenta los procedimientos de acción o “reglas del juego” dentro del contexto específico en que se lo empleaba. Las dificultades involucradas en la interpretación de políticas obedecían principalmente a conflictos de interpretación, principalmente a conflictos de intereses y al hecho de que una política dada se juzgaba según la posición de cada uno de los afectados por ella o de los participantes en las diversas etapas de su formulación y

aplicación. (Naciones Unidas: *Metodologías del análisis y desarrollo de políticas: ciertos aspectos de importancia*).

La hipótesis más general, antes mencionada, supone que algunos rasgos fundamentales de la actividad estatal se reflejarán en sus políticas, sin por ello agotar el conocimiento del fenómeno estatal, de suyo global; en un aserto similar, se supone que los grupos sociales más importantes registrarán sus acciones en el desarrollo de una política estatal de importancia. Los anteriores supuestos y las expectativas de lograr un mayor conocimiento acerca de las políticas estatales significan de partida una cierta concepción de la planificación como una forma de ingeniería social. Para tal concepción, el primer ejercicio de interés será identificar los fenómenos y procesos sociales imbricados en el despliegue de las políticas estatales que componen el plan respectivo. Tras ese primer derrotero será posible establecer la jerarquía de las determinaciones y los condicionamientos de los procesos en el caso histórico analizado. Así se enriquecerán el análisis retrospectivo y la planificación general con sus políticas estatales específicas.

### ***Políticas estatales y planificación***

La planificación, al ser definida en su carácter de ingeniería social, queda restringida a un género conceptual todavía muy amplio. En efecto, la intención de aplicar conocimientos científicos para construir el futuro social es una afirmación demasiado general que necesita especificaciones.

Las teorías y concepciones de la planificación —o si se prefiere, la ingeniería social— presentan la particularidad de haber sido elaboradas por políticos, altos funcionarios, investigadores, economistas y sociólogos. Ello conduce a una diversidad de concepciones y no a meras diferencias semánticas. Sin embargo, tras la multiplicidad de concepciones es posible una interpretación de síntesis donde se ubican tres direcciones analíticas fundamentales: a) la planificación como un intento de reducción de la incertidumbre; b) la planificación como un intento de reducción de la incoherencia, y c) la planificación como un intento de reducción de la diversidad (Nizard, 1973).

Se advertirá que las diferentes disciplinas académicas de los especialistas y las múltiples orientaciones doctrinales acentuarán como campo de sus preferencias la búsqueda de coherencia entre las metas y los instrumentos de programación y el intento de lograr el consenso en el conflicto social. Igualmente, estas direcciones analíticas son posibles de advertir al estudiar la planificación real de una época determinada, a partir de las políticas estatales efectivamente aplicadas.

## CONCEPTOS GENERALES ACERCA DE POLITICAS PUBLICAS

Conviene examinar algunas definiciones:

“Las políticas son opciones que se deciden para resolver problemas o superar situaciones. El conjunto de decisiones que técnicamente configuran una política no ocurre nunca en el vacío. Suponiendo que el contexto no es ni más ni menos que una forma de organización social del poder, resulta que cada política de esa organización y aún más, todas las acciones políticas que allí se producen no son sino momentos de un proceso político más amplio . . . La formalización de las políticas por acción gubernativa es el momento en que pasan a ser representadas para cada sector como causa anticipada de acciones por venir que afectan viabilidad o continuidad de un estado de cosas que cada grupo define según las particulares relaciones que tiene con el resto . . . toda política pública afecta la capacidad de gestión política, de coerción legítima y de nominación, por cierto que en forma diferencial” (Atria, 1976).

“Las políticas estatales son algunos acordes de un proceso social tejido alrededor de un tema o cuestión. En tal sentido adquieren significado solo en la medida que sean vinculadas al tema que las origina, al ámbito de acción social en que se insertan, a los actores que intervienen en el proceso de resolución y a sus respectivas y sucesivas políticas . . . Son un conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación a una cuestión. De dicha intervención puede inferirse cierta orientación normativa, cierta direccionalidad que puede afectar al proceso social desarrollado en torno a la cuestión. Este examen es un momento histórico y en un contexto determinado, y permite inferir la posición predominante del Estado” (O'Donnell).

“El poder político es *ultima ratio* y manifestación de la forma en que la sociedad se determina a sí misma, que define la matriz fundamental de lo político como orden y las políticas públicas como sus definiciones parciales y visibles” (Palma, 1976).

“Las políticas públicas son las respuestas de los gobiernos a estas cuestiones, pero si el Estado toma la delantera de la sociedad, si a través de él se expresan las élites, se convierten en propuestas que se encadenan a estrategias políticas . . . en síntesis, existe un juego entre presiones sociales y políticas que es poco conocido y requiere más estudio” (Cardozo, 1974).

Las citas seleccionadas definen el campo de análisis. Las políticas públicas son opciones que pretenden resolver problemas, forman parte de un proceso político más amplio del que son definiciones parciales y visibles y operan en cierto ámbito social con participación de actores que toman posiciones frente a ellas. Están constituidas por acciones y omisiones del Estado que reflejan una orientación predominante y resultan del juego de apoyos, resistencias y negociaciones que surgen, en buena parte, después de elaborado y puesto en marcha el plan real.

Algunas consideraciones complementarias surgen de inmediato. Una suma de políticas no constituye necesariamente un plan; ellas pueden ser reacciones o iniciativas dispersas en relación con cuestiones que pasan a primer plano por presión social o por percepción de quienes desempeñan papeles de autoridad. Sufren el influjo y a su vez modifican la estructura de poder, pues afecta de manera diferente a distintos grupos sociales. Solo pueden analizarse en función de situaciones históricas con-

cretas, ya que están en parte determinadas por condiciones estructurales y problemas específicos de cada sociedad en el período estudiado. Tienen dimensiones de espacio, ya que actúan sobre sectores sociales específicos e irradian sus efectos de manera significativa a un contorno que presumiblemente se puede delimitar. Y tienen dimensiones de tiempo por su persistencia a través de fases sucesivas que conviene diferenciar.

El Estado no siempre toma posición respecto a un asunto, y a veces la que adopta se traduce en omisiones. Por otra parte, también diversos sectores de la sociedad civil definen opciones frente a cada materia, por lo que puede hablarse de políticas privadas como un concepto paralelo al de políticas públicas. Estas últimas le privilegian como objeto de análisis, por la función integradora y de agente principal del desarrollo que ha tomado el Estado, y porque ellas se entienden respaldadas por normas de cumplimiento obligatorio.

La comprobación de que una política pública es parte del proceso político global (aunque no se integre en un verdadero plan) significa que, para abordar su análisis, es necesario formular una hipótesis acerca de los rasgos básicos de la evolución de la sociedad respectiva, incluida alguna interpretación macrosocial estimada suficientemente válida. El hecho que no sea posible prescindir del análisis más general no disminuye las ventajas que ofrece el estudio de políticas públicas concretas a que se ha aludido en varios párrafos anteriores. Lo específico de tema y actores, la consideración de conflictos y consensos parciales relativamente precisos (con sus correspondientes ramificaciones hacia el resto del cuerpo social), la limitación del análisis a esferas de decisión identificables, constituyen la posibilidad de conocer las motivaciones, fuerza y estrategia de los participantes, justamente en aquella fase del proceso político y de la planificación en que todos los actores con capacidad para hacerlo intervienen en él, dado el impacto directo en todos ellos de las acciones emprendidas por el Estado o por otros actores.

De todos modos conviene recalcar que, salvo excepciones, no basta el análisis de políticas aisladas, de manera que es preciso seleccionar del proceso político más amplio aquellos elementos que tienen una relación más significativa con el problema que se pretende resolver y con la política pública que es objeto de análisis. Esta advertencia conduce, de manera preferente, a estudiar en cada caso un *haz de políticas* definido a partir del objeto central del estudio correspondiente.

Desde otro ángulo, evidentemente no basta estudiar la política propiamente tal. Interesa estudiar el "período previo al surgimiento de una cuestión" porque contribuye a conocer el "poder relativo de diversos actores, sus percepciones e ideología, la naturaleza de sus recursos, su capacidad de movilización, sus alianzas y conflictos y sus estrategias de acción política" (O'Donnell y Oszlak, 1976). Esta indicación se aplica particularmente a una materia que se extiende también al proceso por el

cual la “cuestión” pasó a ser parte del plan y que condujo a la formulación de una política pública determinada.

Existen diversos intentos de clasificar las políticas públicas. Se ha señalado, por una parte, que son “de administración, de intervención o estructurales”, según si están orientadas a afectar la capacidad de gestión del gobierno, la de coerción institucional del Estado o la de dominación que conforma la estructura política o estructura de poder (Atria, 1976). También se ha manifestado que son “distributivas, reguladoras o de autorregulación”, agregándose que lo más importante es determinar si son o no de “suma cero” y si sus efectos son simbólicos o materiales (Salisbury). Más que las tipologías en sí mismas interesa destacar los conceptos en que se basan, que dicen relación con factores que ningún análisis o intento de planificación puede ignorar, sea para explicar la historia, sea para formular y llevar a cabo planes y políticas viables.

Sería útil, quizás, contar para este objeto con criterios adicionales de clasificación. Por ejemplo, las políticas podrían diferenciarse según los instrumentos de poder a los que de preferencia recurren: norma legal obligatoria, control coercitivo, persuasión, estímulo o incentivo, etc. De manera similar, convendría clasificarlas según si favorecen o perjudican a uno o más sectores sociales en términos absolutos o relativos.

Por último, sería conveniente intentar una clasificación de políticas estatales que diera cuenta de la forma institucional en que se configura la responsabilidad política de sus ejecutores.

Disponer de una matriz que considere simultáneamente las tipologías así elaboradas facilitaría, sin duda, el análisis sistemático de políticas concretas, siempre que se entienda que la variedad y dinámica del proceso social supera cualquier marco rígido, de modo que una clasificación orientadora puede ser útil, pero jamás suficiente.

En todo caso, las categorías que se destacan en las tipologías enunciadas ayudan a evaluar tanto los requisitos que debe llenar una política pública para ser eficaz tanto en relación con los objetivos que se propone, como frente a los obstáculos que enfrentará en su desarrollo.

Condición básica de toda política es su consistencia, concepto que obliga a un análisis más detallado, pues son múltiples las contradicciones e incompatibilidades en que una política puede incurrir.

Toda política pública procurará, obviamente, maximizar el apoyo y minimizar la resistencia dentro de los márgenes compatibles con el fin que se propone. En este sentido, el haz de políticas pertinente incluye el análisis de materias que pueden generar la oposición de grupos sociales con cuyo apoyo se espera contar para resolver otros problemas de alta prioridad.

En efecto, el cambio de dirección de las políticas, provocado por la acción de grupos sociales con poder suficiente, es de habitual ocurrencia y genera los consiguientes desajustes entre plan y realidad. Atención pre-

ferente debe darse, pues, en el estudio de casos o en la formulación de planes y políticas, a las transformaciones en la estructura de poder y demás factores políticos y técnicos que contribuyen a dejar en claro y a prevenir tales desviaciones.

La insistencia en destacar los aspectos políticos de las políticas estatales no significa, en modo alguno, que no se tiene conciencia de las múltiples condiciones y obstáculos de tipo técnico a que se enfrentan. Además, suele ser erróneo suponer consistencia en la conducta de los grupos sociales y las élites políticas, ya que sus posiciones pueden estar condicionadas por una insuficiente información o comprensión de los hechos reales.

En suma, los cambios de rumbo que experimentan procesos complejos bajo el impacto continuo de variables múltiples en interacción dinámica, o más específicamente, la autonomía relativa de la política y las permanentes variaciones de los datos técnicos, obligan a una mayor desagregación de los elementos pertinentes.

En todo caso, conviene aquí recalcar que las políticas públicas suelen ser ineficaces como consecuencia, entre otros factores, de una o más de las siguientes deficiencias primordialmente técnicas:

- Inadecuación derivada de una definición imprecisa o errónea de los objetivos y/o de las políticas en estudio.
- Limitaciones causadas por la falta de coherencia entre la identificación de los sectores sociales concretos que las políticas pretenden beneficiar y la capacidad efectiva de dichos instrumentos para alcanzar y favorecer realmente a esos grupos.
- Insuficiencia, falta de continuidad y de confiabilidad de las informaciones, estadísticas y demás antecedentes requeridos tanto para la formulación como la ejecución de las políticas.
- Incomprensión, rechazo y otros obstáculos ligados a diferencias culturales y falta de integración nacional, tanto en lo que respecta a la percepción de los objetivos que se persiguen y de las políticas respectivas por parte de los beneficiarios potenciales, como en relación a la comunicación entre estos y los funcionarios públicos responsables de la aplicación de la política.
- Inadecuada o tardía elaboración, aprobación o utilización de las disposiciones legales y reglamentarias requeridas, por fallas del aparato gubernamental o del poder legislativo.
- Efectos inesperados de acontecimientos exteriores.

## NUEVAS TENDENCIAS EN EL CAMPO DE LA POLÍTICA SOCIAL

### *La crítica a la modalidad centralizada de coordinación burocrática intersectorial*

Como es sabido, la expansión del desarrollo social latinoamericano, en especial desde la posguerra, ha seguido una matriz centralizadora, esto es, el empleo de grandes conglomerados burocráticos de carácter nacional para ampliar la cobertura de las prestaciones sociales.

Esta modalidad de desarrollo social ha tenido éxitos indudables en la expansión de la oferta de servicios. Sin embargo, según algunos, esta matriz centralizadora y burocrática, habría iniciado su fase de rendimientos decrecientes y, por tanto, requeriría una profunda revisión. El meollo de la crítica a la política centralizada radica en su tendencia permanente a la fragmentación sectorial con la consiguiente desaparición o, al menos, el profundo menoscabo de un enfoque unificado de lo social como una totalidad. Tres órdenes de problemas singularizan el cuadro de fragmentación sectorial del campo social, restringiendo su capacidad de operación unitaria: la naturaleza y gravitación de las prestaciones sociales en la política social, el acceso a los bienes y servicios otorgados administrativamente por la autoridad, y la articulación del campo social. Dos órdenes de problemas son constitutivos de la política social, sea ella centralizada o descentralizada: las prestaciones sociales requieren burocracias permanentes y la asignación de tales bienes y servicios determina que el acceso, el lugar de encuentro entre la oferta burocrática y la demanda de los grupos sociales, es siempre problemático ya que los criterios de racionamiento pueden ser y son en la mayoría de los casos de tipo particularista o clientelístico.

La descentralización representa una modalidad que podría eventualmente superar la desarticulación burocrática del campo social. En otros términos, la comuna podría ser un ámbito de integración de la política social, a través de servicios sociales más o menos unificados.

Sin embargo, para concebir la emergencia de otro paradigma de planificación y política de acción unificada y dinámica y de ejecución participativa, es imprescindible enfrentar las cuestiones derivadas del espacio político y burocrático de la decisión.

### *La política social descentralizada*

Se entenderá que “política social”, que puede ser planificada o no, es la intervención en la realidad, mediante acciones (idealmente coordinadas) que asignan recursos escasos para lograr aumentar el bienestar de la población en su conjunto, lo que en general se logra, ante todo, disminuyendo los sectores que viven en situación de pobreza (Franco, 1982). La anterior definición es útil por su amplitud para el contexto social lati-

noamericano, ya que sobrepasa concepciones más rígidas y restringidas. En especial, supera la mera concepción de las políticas sectoriales, reconoce el efecto social de las políticas económicas y no opta por una concepción unívoca de bienestar social. Asimismo, otorga a la disminución de la pobreza la centralidad entre los objetivos sociales.

Es posible integrar dicha concepción de la política social en un paradigma de planificación o coordinación de políticas de carácter espacial "en que puedan identificarse las funciones que corresponden tanto al estado como a la propia región en un esfuerzo coordinado de desarrollo regional" (Boisier, 1983). En otros términos, hay que identificar las funciones específicas que corresponden al Gobierno Central, a los gobiernos regionales (o provinciales) y a los gobiernos locales. Al respecto, Boisier distingue tres funciones: "primero, una función de asignación asociada a los criterios y procedimientos para repartir los recursos nacionales entre las regiones, incluyendo el diseño de los mecanismos de transferencia (completando el paradigma se puede agregar los recursos y mecanismos de transferencia a las comunas); segundo, una función de compensación asociada a los análisis y a los procedimientos de negociación dirigidos a compensar el efecto detrimental sobre la región de las políticas económicas, cuando sea el caso (tal función compensatoria también debe ejercerse con respecto a una comuna o un conjunto de comunas), y tercero, una función de activación asociada a la creación y estímulo de un complejo conjunto de instituciones a la transformación de crecimiento en desarrollo y que configuren en definitiva, la comunidad regional organizada" (Boisier, 1983). Se trata de la estructura de oportunidades de participación, en este caso, las de carácter comunal.

Esta triple identificación de funciones, determina una arena para la decisión de política pública espacial caracterizada por la adscripción de funciones en diferentes niveles espaciales de gobierno.

En efecto, la función de asignación es centralizada. La ley general (o vía fondos especiales) determina los recursos asignados a regiones, provincias o comunas. Asimismo, se pueden establecer normas que concedan autorización para generar recursos adicionales a regiones y comunas. Por su parte, la función compensatoria destinada a corregir las desigualdades interregionales o intercomunales es una función desconcentrada. El Gobierno Central transfiere recursos especiales para anular efectos perversos de la política económica (crisis de coyunturas o mantención de áreas relativamente deprimidas). La función compensatoria consiste en discriminar positivamente a una o varias regiones o comunas ya sea en la asignación de sus recursos globales o en los previstos para ciertas tareas sectoriales (educación, infraestructura, saneamiento ambiental, etc.). El otorgamiento de recursos compensatorios, que se efectúa por la línea de administración desconcentrada, responde, por lo general, a demandas sociales provinciales y locales y da lugar a un proceso de negociación (com-

promiso o conflicto) desde la base hacia la cima de la estructura decisional. Y, finalmente, la función de participación es descentralizada, esto es, la existencia de gobiernos regionales y/o comunales, dotados de un libre ejercicio de sus competencias en su ámbito jurisdiccional. Más adelante se analizará el contenido de la participación y específicamente de la participación comunal.

Con todo, la triple identificación de funciones no es suficiente para caracterizar todo el proceso de elaboración, ejecución y evaluación de la política social descentralizada. La asignación centralizada de recursos determina solo lineamientos de políticas; ocurre un proceso similar con la afectación de recursos compensatorios por vía desconcentrada; en definitiva, la política social más real emerge en su modalidad de ejecución descentralizada. Los márgenes de maniobra para simultáneamente elaborar y ejecutar en el nivel comunal son muy amplios. Los lineamientos generales están sujetos a reelaboraciones permanentes ante los condicionamientos específicos de la propia realidad comunal. Una cierta autonomía en la fase de ejecución tiende, generalmente, a demandar mayor autonomía, justificada por el particularismo de la comuna. De este modo, la elaboración adquiere una doble dirección desde la cúspide a la base y viceversa.

Es muy frecuente que las orientaciones generales se limiten a ciertos aspectos técnicos, por vía de ejemplo: directivas pedagógicas en materia de educación y prescripciones sanitarias en la atención de salud. Sin embargo, en la fase de ejecución, las decisiones administrativas para fijar mecanismos y procedimientos en el otorgamiento de servicios son difícilmente separables del contenido mismo del servicio ofrecido. En términos más generales, para evaluar la ejecución descentralizada no son suficientes los indicadores puramente cuantitativos ya que la oferta de servicios tiende a perder su estándar homogéneo. La multiplicidad de actores, espacial y cronológicamente separados en el proceso de elaboración y ejecución de la política social no deben llevar a la conclusión de que resulta imposible evaluarla. Como han señalado Franco y Cohen, es posible distinguir niveles en la toma de decisiones: en el tope se decide qué programa; posteriormente los directores de los programas optan entre las técnicas y, por último, en el nivel regional o local deben elegirse los proyectos. De este modo "es posible distinguir diferentes tipos de evaluación según los niveles de la misma. La evaluación del impacto del proyecto mide la efectividad total del programa nacional en alcanzar los objetivos; la evaluación de la estrategia del programa estudia la efectividad de diferentes técnicas utilizadas en un programa nacional; la evaluación del proyecto analiza la efectividad de un proyecto individual y, finalmente, la jerarquización de proyectos muestra la relativa efectividad de varios proyectos locales en lograr los objetivos del programa" (Franco y Cohen, 1985).

## LA INTERSECTORIALIDAD

### *Concepto*

El concepto de intersectorialidad ha representado no solo un enfoque conceptual de las políticas sociales, sino una pauta de acción para su ejecución. Se habla así de “acción intersectorial” o de “desarrollo intersectorial definido como el juego más amplio de relaciones entre los distintos sectores económicos y sociales” o el “proceso en que los objetivos, las estrategias, las actividades y los recursos de cada sector se consideran según sus repercusiones y efectos en los objetivos, las estrategias, las actividades y los recursos de los demás sectores” (OPS/OMS).

Desde el punto de vista conceptual, la intersectorialidad supera la noción segmentada en la formulación de las políticas sociales y en la institucionalidad dispuesta para el proceso de decisión. Cuestiona la estructura administrativa caracterizada por los ministerios de cada sector, los mecanismos de asignación de recursos según la modalidad de ítems o partidas sectoriales y fundamenta un criterio integrado de la planificación social.

Desde la perspectiva operativa de las políticas, la intersectorialidad no solo afecta la estructura horizontal de toma de decisiones o la relación entre ministerios, por ejemplo, sino la dimensión vertical, especialmente lo relativo a proyectos o programas sociales en el plano local.

Especialmente relevante es la experiencia local de la vinculación entre salud, educación y políticas agrícolas o de desarrollo rural. Las interrelaciones con sectores como seguridad social o vivienda, tienen lugar en niveles más bien macroeconómicos situados en escala nacional.

Un reciente trabajo (Lipton y de Kadt, 1985) destaca que mientras más local es el nivel de atención “mayor es la debilidad de los análisis y más problemáticos los contactos intersectoriales”. Si se contrasta esta afirmación con lo que se señalara sobre la necesidad ineludible de abordar intersectorialmente sus problemas regionales y locales, puede percibirse la complejidad de la intersectorialidad en el nivel local o subnacional.

La dimensión operativa de la intersectorialidad elude un problema difícil de superar, situado en el marco de la estructura institucional. Este consiste en la rigidez del sistema de atribuciones formales, extendida en lo vertical en el ámbito de la cultura política centralista, y parcelada en lo horizontal. En el nivel operativo se produce una acción intersectorial *de facto*, obligada por las restricciones de recursos materiales y humanos, pero, fundamentalmente, porque la realidad de los problemas sociales no permite distinciones sectoriales. Si se piensa en la problemática nutricional y alimentaria, por ejemplo, se aprecia una vasta interrelación intersectorial (salud, educación y especialmente las políticas macroeconómicas: sector externo, agricultura, planificación, etc.) y una enorme

variación de especificidades regionales y locales. No existe otra vía para afrontar tales problemas que a través de políticas intersectoriales que no solo involucran *coordinación* institucional sino integración práctica de conceptos y recursos. Ello puede lograrse, sobre todo, mediante un gran poder de *adaptación* de las autoridades y funcionarios regionales o locales, que busquen armonizar las restricciones de sus facultades con la amplitud de los problemas necesarios de afrontar. Si al factor institucional se agrega la dimensión participativa, se observa que el problema no solo consiste en una adaptación institucional, sino en poseer una capacidad integradora de la comunidad para formular sus demandas.

### ***Dificultades de precisión sobre la intersectorialidad***

Los problemas prácticos que presenta el desafío de la intersectorialidad son variados y de gran dimensión. Obviamente, existen dificultades para coordinar instituciones y agencias, como ya se mencionó. Sin embargo, los principales obstáculos residen en conocer a fondo la complejidad de las vinculaciones intersectoriales presentes en cada problema objeto de las políticas y en la especialización del personal responsable tanto de la decisión como de la implementación.

Superficialmente, es posible detectar la incidencia de varios sectores en un problema e incluso medir su impacto mutuo. Sin embargo, resulta complejo indagar sobre cuáles políticas y en qué medida inciden en el tejido intersectorial de un caso problema. Aún más, es muy probable que se produzcan impactos no planeados ni deseados, provenientes de políticas orientadas a ámbitos muy distantes del problema —ejemplo de ello es el efecto producido por una política cambiaria sobre el nivel de nutrición, a través del impacto en el costo de los alimentos importados. En suma, el análisis de la intersectorialidad es un campo relativamente nuevo y muy complejo. Los estudios realizados, especialmente desde la perspectiva de la salud (Costa Rica, Filipinas, Kerala (India), Sri-Lanka, Suecia y Tailandia), dan antecedentes sobre la incidencia de las políticas macroeconómicas y de desarrollo sobre el sector salud. También se han indagado las interrelaciones entre seguridad social y salud (Mesa-Lago, 1985). Pero, en esos estudios subyace la necesidad de ampliar el análisis y la cautela para formular generalizaciones.

El desconocimiento o la dificultad para precisar el rol de las políticas de cada sector que inciden en un problema social crea dificultades para abordarlo correctamente. Esta afirmación, tan obvia, constituye una de las fuentes de interés de la dimensión intersectorial ya que la verificación posterior de un error de diagnóstico ha generado el rechazo a los criterios sectorialistas.

Ligado a lo expuesto se presenta el problema del personal. La especialización técnico-teórica y práctica intersectorial de los que toman

decisiones sobre políticas y las ponen en efecto es muy baja en América Latina. Por una parte existe una identificación entre sector social y *ethos* corporativo profesional, según la cual los técnicos de cada sector perciben y enfocan los problemas sociales desde su propia perspectiva, tanto metodológica como práctica, asignándole relevancia según esos criterios.

Aun cuando este problema no se hace explícito, puede comprobarse en la lentitud con que educadores, médicos, urbanistas o planificadores han ampliado el espectro disciplinario en ministerios o agencias y admitido la necesidad de enfoques y de colaboración interdisciplinaria.

Junto a este aspecto profesional debe considerarse el ámbito de los recursos humanos de "campo" que implementan las políticas. Existe una mentalidad sectorial enraizada por décadas, cuya superación solo es posible a través de un esfuerzo de formación y de capacitación muy importante, para lo cual se requiere, además de la voluntad política y las decisiones administrativas, una preparación cuidadosa de sus cursos y programas. Es necesario "pensar" intersectorialmente para llevar a cabo políticas de ese contenido.

### ***La acción intersectorial como respuesta a necesidades***

El campo teórico acerca de lo intersectorial, antes mencionado, está comenzando a acumular hallazgos y recurrencias de conexiones entre políticas, que puedan permitir generalizaciones relevantes.

En la práctica social, las necesidades y las demandas no permiten esperar una nueva teoría social acerca de lo intersectorial. De hecho, en todos los ámbitos y especialmente en el comunal, las autoridades enfrentan problemas urgentes y deben, explícita o implícitamente, enfrentarlos de un modo intuitivo. Las técnicas conocidas de evaluación de proyectos obviamente tampoco poseen metodologías que les permitan encarar racionalmente lo intersectorial.

Estas modalidades prácticas, en ocasiones puramente intuitivas, no permiten adelantar su fracaso. Por el contrario, a través del "ensayo y error" suelen descubrirse programas muy exitosos por su apego a la lógica de la satisfacción de necesidades. Es frecuente que se desaprovechen tales experiencias simplemente por falta de acumulación y de codificación de sus resultados. Como respuesta a este vacío teórico han surgido estrategias sociales, entre las cuales las más conocidas son la de satisfacción de necesidades básicas y la de alivio y erradicación de la pobreza crítica.

### ***La potencialidad del nivel comunal para abordar estrategias sociales***

Las estrategias sociales más globales, no han surgido de ninguna experiencia histórica singular. Sus elaboraciones son producto de

análisis y reflexiones de gabinete, con marcado sesgo tecnocrático y semejanzas y diferencias de importancia entre ellas, en especial, según la motivación utópica que las alienta. Sin embargo, el origen tecnocrático de las estrategias no menoscaba la consistencia de sus proposiciones. Por de pronto, al fundarse en análisis de experiencias, han acumulado importantes hallazgos de interconexiones y efectos mutuos de política social y económica. Asimismo, sus metodologías y técnicas permiten almacenar una información de gran utilidad para encarar programas y proyectos sociales. A manera de ilustración concreta de los asertos anteriores puede anotarse el análisis de la estrategia de superación de la pobreza referido a las cambiantes necesidades del ciclo familiar:

“Las necesidades de las familias (en situación de pobreza) se diferencian especialmente por su tamaño y por la composición de edades y sexos, por lo tanto, el conocimiento de esas características de la estructura familiar permitirá definir en forma más precisa la magnitud y tipo de necesidades, como también las políticas más adecuadas para satisfacerlas.

“Se sabe de antemano que una de cada cuatro personas pobres es menor de seis años y que la mitad de los niños menores de seis años son pobres, de donde resulta evidente que ese grupo etario debería tener alta prioridad en las políticas de superación de pobreza y que los medios que se asignan para satisfacer directamente las necesidades de esos niños constituyen un ingreso de las familias pobres.

“Por otra parte, dentro del grupo de niños menores de seis años se sabe que los efectos negativos de la pobreza se hacen más riesgosos durante el embarazo y los tres años de vida y que las políticas nutricionales oportunas tienen una alta probabilidad de revertir los efectos negativos, tanto en el aprendizaje subsiguiente como en la gravedad y frecuencia de las enfermedades infecciosas, lo que a su vez influye positivamente en la capacidad de respuesta y reacción del niño al medio ambiente” (Proyecto Interinstitucional de Pobreza Crítica para América Latina, 1984).

En el espacio de una comuna, el análisis y la estadística social podrí­an ser muy pormenorizados. Así, las proposiciones generales de una estrategia estarí­an sometidas siempre a la exigencia de adaptación a los problemas sociales singulares. A su vez, la estrategia general orientaría hacia la prosecución de planes sociales comunales dotados de sentido y consistencia. Las familias y los diferentes grupos sociales pasan a ser los recipientes de la política social, pero no ya familiares promedios y grupos para análisis de cortes estadísticos sino sujetos con todas sus características que lo sitúan en lo concreto y singular. La escala municipal facilita ese tipo pormenorizado de conocimiento y la reelaboración propia para su inserción en la estrategia social de carácter nacional. Hay que reiterar que se trataría de una decisión democrática asumir tal o cual estrategia general y, por consiguiente, su adaptación particular al municipio de que se trate. No puede descartarse el riesgo de políticas populistas al servicio del clientelismo de los notables locales. Ocurre con frecuencia que los escasos recursos locales son destinados a obras suntuarias para perpetuar la dominación o el prestigio de políticos locales sin envergadura. Tales obras

dispendiosas son el costo de la democracia local y la única manera de superar tales flagelos reside en la capacidad organizativa y en el nivel del liderazgo de los movimientos sociales y de las fuerzas políticas.

La actual crisis económica plantea nuevas exigencias a la política social comunal. En especial, para aquellos municipios ubicados en áreas ecológicamente marginales, sean ellas urbanas o rurales. El nuevo desafío consiste en programar con menores recursos, estrategias y subsidios de emergencia. Los subsidios para aliviar el desempleo podrían emplearse en obras de equipamiento del propio mundo marginal, según el diseño de programas especiales. Asimismo, se debería promover y fortalecer las microempresas y las pequeñas unidades productivas artesanales para que se articulen en una serie de eslabones productivos a manera de germen de una economía informal destinada a permanecer en el horizonte de tiempo previsible, al menos en lo que resta de esta década.

Dos observaciones generales pueden enmarcar el tratamiento del tema de la política social de orden local. En primer término, la afinidad de ciertas políticas con la escala espacial del municipio para su adecuada consecución, y *contrario sensu*, lo inapropiado de este como núcleo de ciertos temas y políticas. En segundo término, la marcada tendencia hacia una política social intersectorial no diluye algunos elementos constitutivos que otorgan identidad a cada política tradicional o emergente. Con todo, aquellos elementos constitutivos se perfeccionan y enriquecen en el contexto intersectorial, inherente a lo social situado en el municipio.

Es preciso caracterizar aquellas políticas cuyo marco más adecuado es la comuna. En general, pertenecen a dicho género aquellas que otorgan identidad cultural en un sentido amplio y todas las que intentan aprehender necesidades de poblaciones-objetivo o convocar a organizarse en torno a motivaciones selectivas. Al contrario del patrón prevaleciente de políticas centralizadas, cuyo carácter es el consumo cultural, los múltiples programas y proyectos de creación cultural encuentran su asiento natural en los diversos grupos y organizaciones al interior de las comunas.

Asimismo, los programas y servicios de apoyo a la creación cultural (bibliotecas, parques naturales, museos) deberían localizarse bajo tuición municipal y con la posible contribución de los propios grupos de usuarios.

Dentro del género de políticas de bienestar social caben todas las que respondan a las dinámicas necesidades locales. Lo propio del municipio es captar dicha dinámica de las necesidades en contextos marcados tanto por el progreso como por la involución social. Cada contexto determina un despliegue de programas muy diferenciados y una escala de prioridades que se debe respetar. En comunas con crecimiento y progreso social, los requerimientos de programas tienden al perfeccionamiento técnico, aun el más sofisticado de las organizaciones sociales. Por el contra-

rio, enfrentado el municipio a etapas de involución social, los programas y proyectos para prevenir la anomalía y el delito pasan a un primer plano.

En suma, la comuna es el espacio adecuado para todas las políticas, programas y proyectos de carácter selectivo, cuya principal característica es el requerimiento de prestaciones con exigencias de prolijidad y de cabal adecuación a las múltiples y cambiantes necesidades de los grupos.

Una definición de servicios sociales “entendidos en un sentido amplio, abarcaría todos aquellos campos de la actividad relativos a la realización y al desarrollo de los hombres en la sociedad, como son la enseñanza, la cultura, la sanidad, la seguridad social, la vivienda, el urbanismo y otros sectores” (Malla, 1982).

El fundamento de los servicios unificados radica en su interdependencia, lo que supone una red dotada de servicios sociales de base, integrados, polivalentes y sectorializados en sentido geográfico y que deberían estar al alcance de toda la población de un área territorial concreta, y servicios sociales especializados formados por equipos pluridisciplinarios en contacto con grupos o personas que tienen unas características determinadas.

Como se observa, la distinción entre los servicios de base y los especializados atiende a las características de los grupos a los cuales se dirige la oferta de servicios, desapareciendo la sectorialización tradicional según tipos de materias.

Para enfrentar tareas tan amplias es necesario “no solo descentralizar problemas sino descentralizar medios que permitan a los ayuntamientos cumplir con su cometido de gestores, junto con las organizaciones populares, de sus propios recursos y servicios” (Martínez, 1982).

---