

Volumen 24, No. 1
Enero/marzo 1990

Educación Médica y Salud

**RECURSOS HUMANOS EN SALUD:
LA PROXIMA DECADA. PARTE I**

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

E EDUCACION MEDICA Y SALUD

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

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

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

ISSN 0013-1091

Últimos números publicados:

Vol. 23, No. 3: PASCAP: 10 años de experiencia en cooperación técnica en desarrollo de recursos humanos

Vol. 23, No. 4: Desarrollo de personal de salud en la Región de las Américas

Próximo número:

Vol. 24, No. 2: Recursos humanos en salud: la próxima década. Parte II

Educación Médica y Salud

Volumen 24, No. 1
Enero/marzo 1990

1 **PRESENTACION**

ARTICULOS

7 **Crisis y salud: retos para la década de los 90.** *Patricio V. Márquez y Tomás Engler*

27 **El enfoque estratégico para el desarrollo de recursos humanos.** *Adolfo H. Chorny*

52 **Investigación educacional en los servicios de salud.** *M. C. Davini, M. A. Sigaud, E. Pineda y M. A. Roschke*

74 **El enfoque epidemiológico en la formulación de políticas y en la formación de recursos humanos.** *Enrique Nájera, Margarita Cortés, Carmen García-Gil, Mercedes Rosado, Ana Solano y Francisco Viciana*

RESEÑAS

87 **Capacitación avanzada en desarrollo de recursos humanos en Centroamérica**

91 **Bolivia: la Escuela Técnica de Salud Boliviano Japonesa de Cooperación Andina. Experiencia y perspectivas**

NOTICIAS

96 **Comité de Expertos en Educación Continua a Nivel Local**

96 **Grupo de trabajo para definir lineamientos de trabajo colaborativo entre organizaciones no gubernamentales (ONG) y la OPS en enfermería**

97 **Cuba: taller de educación permanente**

97 **Grupo Regional de Trabajo sobre Investigación en Apoyo de Procesos Educativos**

98 **Segunda Conferencia Latinoamericana de Educación en Enfermería**

99 **Salud comunitaria y administración de salud**

99 **Capacitación de personal, Gobierno español/OPS**

100 **Situación actual y perspectivas en salud internacional**

CONSEJO EDITORIAL DE *EDUCACION MEDICA Y SALUD*:

- Dr. José Roberto Ferreira, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS (Presidente)
- Dr. Jorge Haddad, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS (Secretario)
- Dr. Jean Pillet, Banco Mundial
- Dr. Carlos Martini, American Medical Association
- Dr. Manuel A. Bobenrieth, Programa de Información Científico-Técnica en Salud, OPS
- Ing. Horst Otterstetter, Programa de Salud Ambiental, OPS

COMITE DE EXPERTOS PARA LA REVISION DE ARTICULOS PUBLICADOS EN *EDUCACION MEDICA Y SALUD*

Dr. José M. Alvarez Manilla, México
Lic. Yolanda A. de Bedoya, Colombia
Dr. Gustavo B. Díaz Lombardo, México
Dr. Carlos Bloch, Argentina
Dr. José M. Borgoño D., Chile
Dr. Héctor O. Buschiazzi, Argentina
Dr. Pablo V. Carlevaro, Uruguay
Dr. Antero Coelho Neto, Venezuela
Dr. Oscar Echeverri, EUA
Dr. Julio Fernández, Canadá
Dr. Alberto Galofré, EUA
Dr. Rodrigo Guerrero, Colombia
Lic. Asa C. Laurell, México
Dr. Gustavo Malagón Londoño, Colombia
Lic. Maricel Manfredi, OPS
Dr. Miguel Márquez, OPS
Dr. Andre C. Medici, Brasil

Dr. Ernesto Medina Lois, Chile
Dr. Alfonso Mejía Vanegas, Colombia
Dr. Paulo Roberto Motta, Brasil
Dr. Alberto Pellegrini Filho, OPS
Dra. Celia J. Pérez Fernández, México
Prof. Benedictus P. de Siqueira, Brasil
Lic. Elia B. Pineda, Honduras
Dr. José A. Puchi Ferrer, Venezuela
Dr. José Rodríguez Domínguez, México
Dra. María I. Rodríguez, OPS
Dr. Homero Silva Díaz, Perú
Dr. Abraham Sonis, Argentina
Dr. Emiro Trujillo Uribe, Colombia
Lic. María de Lourdes Velasco, Ecuador
Dr. Carlos A. Vidal, OPS
Dr. César Vieira, OPS
Dr. Rodrigo Yépez, OPS

P PRESENTACION

El presente número de *Educación Médica y Salud* es el primero de la década de los años 90, y el primero de su vigesimocuarto año de publicación ininterrumpida. Es en esas circunstancias que el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud ha querido utilizar sus páginas para llamar la atención sobre la necesidad de revisar aquellos aspectos del desarrollo de personal de salud en las Américas que han sido considerados críticos, y de examinar las perspectivas que pueden presentarse en los próximos años como consecuencia de una serie de modificaciones que se prevén en el ámbito en que se generan los problemas de salud, y en el que también tienen lugar las acciones destinadas a brindar protección a las poblaciones frente a los efectos de dichos problemas.

Para inducir la reflexión y el estudio de estas cuestiones podemos tomar como punto de partida algunos señalamientos hechos por el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director de la Organización, en una reciente reunión subregional celebrada en Quebec, entre los cuales destacaba un llamado hacia la necesidad de conformar una visión global acerca de lo que sucede en el mundo actual en los aspectos políticos, sociales y económicos de su desenvolvimiento, así como lo que se prevé que sucederá en los próximos años, particularmente en aquellos asuntos que tienen implicaciones directas sobre el sector salud. El Dr. Macedo se refirió a esta situación señalando que "asistimos, en efecto, a la etapa de culminación de una época que se ha caracterizado por la emergencia de grandes conflictos generados por diferentes ideologías; si bien esos conflictos no han sido resueltos, dicha etapa tiende a ser sustituida por otra que se define cada vez con más precisión, y es la caracterizada por un cambio ostensible en el eje del conflicto global, que de una concepción bipolar este-oeste, se está transfiriendo a una modalidad de conflicto norte-sur, o sea, a la confrontación entre el mundo desarrollado y los países que luchan por alcanzar mejores niveles de desarrollo".¹

¹ Participación del Dr. Carlyle Guerra de Macedo en la Reunión de la Subregión Norte sobre Sistemas Locales de Salud, celebrada en Quebec, Canadá, del 22 al 26 de mayo de 1989.

Existe, como reflejo de lo anterior, una evidente disminución de las tensiones entre el este y el oeste; se insinúa en el escenario mundial una distribución geopolítica diferente a la de las últimas dos décadas. "Se abre una nueva oportunidad para el desarrollo de un proceso solidario que tiene, entre otras implicaciones, la de poder orientar las relaciones internacionales hacia un ámbito de mutua cooperación para alcanzar mejores niveles de bienestar, desarrollo y crecimiento. Una segunda implicación es que en esta nueva configuración del ejercicio del poder en el mundo, se están conformando bloques de países con intereses afines; así, los países en desarrollo tienden a integrarse, a fin de poder defenderse contra una posible acentuación de la condición de marginalidad en la que han estado sumergidos".²

Lo anterior produce indicaciones particularmente importantes para América Latina y el Caribe, área en la que actualmente se vive una época de crisis de marcada profundidad; no se trata solamente de los efectos de la situación económico-financiera (y su principal manifestación, la deuda externa), sino también de la crisis operada en los modelos de desarrollo vigentes, que fueron planteados en décadas anteriores, y que no se ajustan ya a las situaciones actuales; una consecuencia de esa crisis es el aumento inusitado del número de personas que en Latinoamérica viven en situación de pobreza.

Al comienzo de la década de los 80, casi 100 millones de personas vivían en estado de pobreza; los datos actuales indican que son ya más de 170 millones los que viven en esas condiciones, y de ellas, 60 a 70 millones viven en estado de pobreza extrema.

Se señaló también, en la reunión mencionada, que aun sin disponer de datos sustentadores, hay estimaciones ajustadas que están indicando que por lo menos el 30% de los recursos que administra el sector salud se pierde en un despilfarro incompatible con la crisis que se vive actualmente, así como con las necesidades insatisfechas de las mayorías. Esto está significando que si el gasto anual total del sector se ubica en el orden de los 40.000 millones de dólares anuales para América Latina y el Caribe, no menos de 10 a 12 millones se desperdician. Ésta es una situación inaceptable, sobre todo si se considera el hecho de que alrededor de 130 millones de personas en la Región aún no tienen acceso regular a los servicios de salud; por supuesto, este es un problema de ineficiencia que no es exclusivo de los países en desarrollo (1).

Otros aspectos más específicos acerca de las perspectivas económicas y financieras de los países del tercer mundo para la próxima década son analizados con mayor grado de detalle en otro artículo de este mismo número (2). Sin embargo, es conveniente destacar en este

² Macedo, C.: op. cit.

momento, el hecho de que el rumbo seguido por distintos países en lo que se relaciona con la reestructuración de los servicios de salud apunta hacia un incremento marcado del gasto en salud, esencialmente en términos de organización e infraestructura (3) y a la situación ya conocida en la mayoría de los casos, de que al tratar de compensar ese incremento, el renglón de recursos humanos viene a ser uno de los más afectados al disminuir su asignación anual o, en el mejor de los casos, permanecer estática, aunque la demanda esté en aumento.

En el aspecto político, en América Latina han ocurrido, en el último semestre de 1989, cambios de gobierno en seis países, y en los primeros ocho meses de 1990 ocurrirán cambios similares en nueve países más; esto implica, para el sector salud, la posibilidad de que se propongan nuevas ideas y planteamientos en salud para la Región, y nuevas directrices, políticas y estrategias regionales, que usualmente surgen de deliberaciones de foros internacionales como las Organizaciones Mundial y Panamericana de la Salud (4).

Y es en este contexto que adquieren sentido y gran importancia algunas estrategias impulsadas por los países en materia de salud (la descentralización y el desarrollo de los sistemas locales de salud, por ejemplo); esas estrategias son válidas en el marco de las transformaciones requeridas por los sistemas de salud, para adaptarse a los cambios sociales a que hemos hecho referencia. En otras palabras, una estrategia como la organización de sistemas locales de salud no es una propuesta que se agota en sí misma; por el contrario, debería ser visualizada como un instrumento de la estrategia de transformación global del modelo de desarrollo. Los sistemas locales de salud deben ser vistos, además, como instrumentos de transformación de las prácticas sociales y como espacios de participación sociopolítica donde dicha participación se ejerce como un mecanismo de distribución del poder.³

Estas y otras consideraciones señalan que la década que se está iniciando estará caracterizada por fenómenos y hechos que marcarán diferencias en relación con las décadas pasadas; los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud así lo han reconocido, y han indicado al Director principios básicos y orientaciones de la cooperación técnica con los países, lo cual no es otra cosa que una forma de expresar el interés y la preocupación de las autoridades sanitarias de los países de la Región, para inducir la búsqueda de formas diferentes de trabajo en salud. La primera prioridad señalada por los Ministros se refiere al desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud, con énfasis en la atención primaria de salud; y el sexto componente de dicha estrategia señala como acción prioritaria "la búsqueda

³ Macedo, C.: op. cit.

de una mejor definición de las funciones del personal de salud, de mejores esquemas de formación y adiestramiento de recursos humanos, y de una mayor eficiencia en la captación, educación continua y utilización de los mismos, especialmente para la gestión de los servicios en los niveles intermedios y superiores”(5). Hay pues, razones de importancia que sustentan la propuesta de “hacer un alto en el camino” y volver la vista hacia atrás, tratando de interpretar la esencia y la fundamentación de las distintas propuestas operativas que han tenido vigencia en los años recién pasados, confrontándolas con los escenarios futuros, que incluyen las características sociales, políticas y económicas de la Región, los marcos en que se darán las situaciones de salud y que fundamentarán las políticas y estrategias de acción, los posibles recursos con que se contará, las opciones de trabajo que puedan dar respuesta rápida y efectiva a las demandas cambiantes y emergentes de los programas y los servicios de salud.

De todo lo anterior, y sin pretender ser exhaustivos, las siguientes líneas de trabajo constituyen elementos para la acción en desarrollo de recursos humanos para la salud, congruentes con las preocupaciones mencionadas:

- Los problemas de recursos humanos deben ser objeto de un análisis permanente, paralelo al análisis y el estudio de los problemas de salud, y los generales del país; en tal sentido, conviene crear grupos de trabajo y de estudio que, a manera de foros permanentes de análisis, mantengan una vigilancia constante sobre el desarrollo de estos procesos y puedan desarrollar capacidad para plantear opciones de trabajo apropiadas para los años futuros, en el momento oportuno, y con la debida articulación con otros sectores.
- Hay necesidad de habituarse a pensar, planear y actuar estratégicamente en el momento de abordar los problemas de recursos humanos; la aplicación del pensamiento estratégico al implementar las decisiones sobre la fuerza de trabajo, garantiza una mayor posibilidad de respuesta concreta a las demandas cambiantes de los servicios de salud.
- Es preciso promover la formulación de políticas de recursos humanos; esta recomendación viene haciéndose desde estas páginas y desde distintas formas de debate, desde hace más de 20 años, con poco resultado. Se trata entonces de identificar aquellos insumos para formular una política que la hagan un instrumento válido, útil y orientador (6), y que pueda ser acogida e instrumentada por los gobiernos. Los resultados de las investigaciones sobre fuerza de trabajo, los aportes resultantes de las nuevas orientaciones para la apli-

cación de la epidemiología como método de trabajo y los planteamientos sobre participación social, educación permanente y promoción de liderazgo, parecen ser fuentes importantes de insumos para esas políticas.

- El desarrollo de procesos capacitantes exige construir propuestas pedagógicas que enfatizan la participación, la capacitación técnica unida a la reflexión crítica, el desarrollo de capacidad resolutoria frente a los problemas que plantea el servicio, la creatividad, el trabajo colectivo y la investigación y el estudio de los problemas diarios como eje sustantivo del proceso educativo y como instrumento para la formulación de nuevas propuestas de trabajo. El estudio del trabajo como elemento central del aprendizaje en la realidad de los servicios constituye el insumo crítico de mayor importancia para el desarrollo de procesos de educación permanente, siempre que estos se desarrollen al interior de los propios servicios; es, además, el vehículo apropiado para poder realizar acciones de monitoreo y seguimiento del aprendizaje que es, a su vez, el mecanismo que garantiza la característica de permanencia del proceso. La búsqueda de modalidades y opciones de trabajo en este marco se logra a través de la investigación aplicada al campo educacional.
- Las universidades tienen un rol importante que jugar en este esquema de trabajo. El renovado interés por los aportes de las ciencias sociales, incluyendo los esfuerzos en pro de la articulación del conocimiento básico con el social, la revisión que se ha iniciado de los marcos de trabajo en salud pública y, sobre todo, los resultados que empiezan a vislumbrarse con el análisis prospectivo de la educación en ciencias de la salud, probablemente revelarán, a corto plazo, dimensiones diferentes acerca de los perfiles profesionales para el futuro. La metodología de análisis prospectivo deberá purificarse, mejorarse y generalizarse, como instrumento útil para sustentar la toma de decisiones sobre estos asuntos.
- Todo lo anterior requiere de un amplio proceso de *capacitación de los grupos dirigentes y de los responsables de la toma de decisiones en el proceso de desarrollo y administración de la fuerza de trabajo, en un nivel avanzado*; es una de las áreas que urge desarrollar, a fin de que “el manejo de los problemas de recursos humanos deje de ser sujeto de la improvisación, la vocación y el empirismo, para convertirse en un campo de análisis permanente y de estudio responsable y científico, como una disciplina más del campo de la salud” (7).

Este número de *Educación Médica y Salud* y el próximo recogen una serie de planteamientos alrededor de estas cuestiones, como un incentivo para la reflexión y el estudio de los problemas que se avecinan, a fin de que las alternativas de solución que se propongan sean el fruto del trabajo creativo y la investigación por parte de los propios grupos involucrados en estos problemas, y no la simple incorporación de fórmulas y esquemas preparados para otras situaciones y para otros contextos.

Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS

REFERENCIAS

- 1 Organización Panamericana de la Salud. Reunión Subregional sobre Sistemas Locales de Salud, Informe Final. Quebec, Mayo de 1989.
 - 2 Márquez, P. y Engler, T. Crisis y salud: retos para la década de los 90. *Educ Med Salud* 24 (1), 1990.
 - 3 McGreevey, W.P. Los altos costos de la atención de salud en el Brasil. In: Organización Panamericana de la Salud. *Economía de la Salud*. Washington, DC, 1989. Publicación Científica 517.
 - 4 Grupo Regional de Trabajo sobre Investigación Educativa. Informe Final, Cochabamba, Bolivia, 1989.
 - 5 Principios básicos para la acción de la Organización Panamericana de la Salud, 1987-1990. Washington, DC, OPS, 1988.
 - 6 Haddad, J. y Canales, F. Políticas de recursos humanos: una propuesta de formulación. *Educ Med Salud* 18(4), 1984.
 - 7 Organización Panamericana de la Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Progresos de capacitación avanzada en desarrollo de recursos humanos. Documento básico de trabajo. Washington, DC, 1977.
-

C RISIS Y SALUD: RETOS PARA LA DECADA DE LOS 90¹

Patricio V. Márquez² y Tomás Engler³

INTRODUCCION

Mucho se ha dicho y otro tanto se ha escrito sobre la crisis que aflige a la mayoría de los países de América Latina y el Caribe desde principios de la década de los ochenta. El presente trabajo no pretende repetir planteamientos ya hechos, pero sí ubicar al conjunto de análisis realizados en una perspectiva de futuro que facilite no solo el entendimiento de las múltiples determinantes y manifestaciones de la crisis, sino también el aprovechamiento de las lecciones que puedan ser extraídas. La internalización de todos estos elementos es esencial para edificar la base que nos permita entrar al siglo XXI con una nueva visión, y es indispensable para forjar un sector salud más equitativo, efectivo y eficiente.

En este empeño, la primera parte del presente trabajo define las características de la crisis, sus causas y efectos. La segunda parte analiza las secuelas de la crisis en el sector salud. La tercera parte señala los desafíos para el sector salud en la década de los noventa. Finalmente, la cuarta parte plantea una nueva configuración del sector salud y lineamientos para el siglo XXI.

¹ Las opiniones expresadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad.

² Consultor, División de Población y Recursos Humanos, Departamento de Brasil, Banco Mundial, Washington, D.C. 20433.

³ Especialista en Salud Pública, División de Educación y Salud, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C. 20577.

PERFIL Y CAUSAS DE LA CRISIS

La imagen más difundida del deterioro experimentado durante la década de los ochenta en la mayoría de los países de América Latina y del Caribe se circunscribe a sus aspectos económicos y financieros. Aun cuando es indiscutible el papel central que han tenido estos aspectos en hacer sentir la crisis en todas las esferas de la vida interna de los países y de las relaciones internacionales, afirmar que se trataba de nada más que un fenómeno económico y financiero sería poco correcto. El análisis histórico de las últimas décadas muestra claramente que el deterioro antes aludido es mucho más complejo y profundo, y que de hecho viene a ser el producto de la conjugación de factores filosóficos, ideológicos, políticos y sociales con elementos económicos y financieros de corte coyuntural.

La crisis del proceso de desarrollo en los países de la Región durante los años ochenta, que ha sido caracterizada como la peor desde la Gran Depresión en los años treinta, se produjo al cabo de tres décadas de rápido crecimiento económico y de mejoras en las condiciones de vida de varios grupos sociales (1). Las estrategias y las políticas de desarrollo que facilitaron esos logros en el período posterior a la Segunda Guerra Mundial, y que contribuyeron al revés sufrido en la pasada década, se basaron principalmente en un ordenamiento de la vida social por medio de los Estados. La activa participación del Estado en la economía fue una constante en los países a pesar de la vigencia de ideologías económicas contendientes (el desarrollismo post-Keynesiano, que preconizó la industrialización a través de la substitución de importaciones, y el monetarismo neoliberal, que intentó frenar la inflación interna, facilitar los movimientos de capital y el libre comercio) (2, 3).

Es así como los modelos políticos que predominaron en América Latina y el Caribe durante los últimos treinta años—un modelo autoritario en la mayoría de los países de América Central, Brasil y los del Cono Sur y un modelo socialdemócrata en varios países del Pacto Andino, México y Costa Rica—fomentaron la instauración de gobiernos fuertes (en el primer caso) y un intervencionismo estatal (en el segundo). El objetivo era crear un ambiente propicio para el desarrollo de la actividad del sector privado, para promover la formación de un capital nacional vinculado al capital transnacional, para nacionalizar los recursos naturales, para impulsar un capitalismo estatal siguiendo la estrategia de substitución de importaciones, o para compensar las disfuncionalidades de los procesos de desarrollo, asegurar ciertas condiciones mínimas de subsistencia de la población, y distribuir la riqueza social (4). El resultado de la puesta en práctica de estas estrategias fue la expansión del aparato estatal y de la actividad gubernamental en todas

las esferas económicas y sociales, que se vio reflejada en la creación de una gran cantidad de empresas estatales, en el incremento del número de empleados públicos, en la provisión de crédito y subsidios, y en la prestación directa de servicios sociales.

En el plano económico y financiero, de acuerdo con lo señalado en un estudio reciente (5), las estrategias de desarrollo que predominaron durante la postguerra no dieron suficiente importancia a la eficiencia económica y la competitividad internacional y atrajeron recursos del exterior mediante la distorsión de los sistemas financieros nacionales. Se ha argumentado que en gran medida esas deficiencias han sido el producto de una masiva centralización de las decisiones relacionadas con la movilización y utilización de los recursos, la fijación de los precios, el monto y el destino de las inversiones, y las relaciones laborales, que se dieron con el incremento de la actividad gubernamental en las economías de los países (6). Las crecientes demandas que estos procesos generaron sobre las estructuras administrativas y políticas de los estados llevaron a que las empresas y organismos públicos se vieran plagadas de la rigidez, la ineficiencia y los intereses de grupos minoritarios que actuaban con un gran poder de presión para obtener beneficios de parte de los gobiernos. Esto último es de gran importancia debido a que en forma paralela a la expansión de la intervención estatal en la vida económica de los países, se fue dando una relación de dependencia entre la actividad privada y la acción gubernamental. A través de diferentes mecanismos—crédito barato, muchas veces no pagado, exoneración de impuestos, reservas de mercado, reglamentaciones arbitrarias—las estrategias de desarrollo adoptadas en la mayoría de los países de la Región durante las últimas décadas llevaron a que la acción del Estado fuese “funcional y subsidiaria al proceso de acumulación privada” (4, 7).

La conjugación de todos los factores mencionados anteriormente generó una situación insostenible en los países a finales de los años setenta (6, 7). Por un lado, la producción industrial dejó de crecer debido a las limitaciones de los mercados internos y la carencia de recursos públicos para financiar o subsidiar esas actividades. Por otro lado, el alto endeudamiento externo, que parcialmente ayudó a incrementar la capacidad de las estructuras productivas de los países, obligó a canalizar paulatinamente un gran porcentaje de los ingresos nacionales para cubrir el servicio de la deuda externa ante el alza de las tasas internacionales de interés.

Dentro de este contexto, las “perturbaciones externas” de principios de los años ochenta solo vinieron a agudizar el agotamiento de las estrategias de desarrollo vigentes en los países de la Región. La recesión de los países desarrollados en los primeros años de la década

de los ochenta se transmitió a los países de la Región por la vía del comercio y por la del financiamiento (8, 9). En ambos casos, los precios relativos variaron: por un lado, se dieron variaciones en los términos de intercambio (relaciones entre precios de exportaciones y de importaciones); y por otro lado, ocurrieron variaciones en las tasas de interés real aplicables al endeudamiento externo. Esta situación se manifestó en la disminución drástica del valor de los principales productos exportados por los países de la Región y en el incremento del costo de la mayoría de los productos importados de los países más industrializados, así como también en el aumento de los recursos nacionales dedicados al servicio de la deuda externa que generó una considerable transferencia de recursos hacia el exterior.

En general, las fuertes vinculaciones de las economías latinoamericanas y del Caribe con las de los países desarrollados, al articularse con las condiciones estructurales internas, determinaron la forma que la crisis económica y financiera adoptó en cada país y la forma en que los países reaccionaron ante la misma. La aplicación de los programas de ajuste para reorientar la actividad económica—cambios en las políticas fiscal, monetaria y sectorial, y en los reglamentos e instituciones para alterar los precios relativos y el nivel del gasto público—implicó que en muchos países se lograra una marcada reducción de la cuenta corriente a costa de la caída de la actividad económica y del empleo (5, 10, 11). Como resultado de todos estos fenómenos, durante la mayor parte de la década de los ochenta el crecimiento económico se desaceleró en la Región, considerada en su conjunto, lo cual significó que el nivel de producción, ingreso y consumo por habitante resultó ser menor al que prevalecía en el período 1979–1981 (el ingreso per cápita de la Región declinó cerca del 10% en la primera mitad de los años ochenta). La reducción de la actividad económica, aunada al incremento de la mano de obra disponible y a la emigración hacia las ciudades, dieron como resultado un abrupto incremento en el desempleo urbano y la expansión del sector informal. A su vez, la contracción de los salarios llevó a una aceleración en el éxodo de profesionales calificados en muchos países. El aumento de los índices de precios, tanto en países que siempre habían tenido una inflación moderada como en aquellos que tradicionalmente tenían una inflación alta, también contribuyó a generar y a reforzar la crisis en la Región. Asimismo, la crisis fue agravada por los efectos de prolongados conflictos bélicos que aún perduran en varios países, así como por el clientelismo político que llevó a la corrupción administrativa, los abultados presupuestos militares y la fuga de capitales al exterior (12).

En los sectores sociales, la intervención del Estado se tradujo en el crecimiento del gasto público que fue utilizado como mecanismo

compensador de la distribución del ingreso existente (en varios países de la Región, el gasto social, como porcentaje del gasto total de los gobiernos, fluctuó entre el 30 y el 65 por ciento). Sin embargo, a diferencia del efecto decisivo que la acción del sector público tuvo sobre el crecimiento económico, el gasto público en los sectores sociales no logró reducir la desigualdad distributiva en la Región, ya que en los últimos veinte años más bien aumentó la concentración del ingreso en los países (13, 14).

El limitado impacto de las políticas y los programas públicos que se centraron en el proceso de distribución se debió en gran medida a su falta de focalización y transparencia. Por un lado, los diferentes programas sociales no fueron en muchos casos dirigidos a los grupos más desprotegidos y vulnerables a pesar de la notable importancia que los subsidios estatales han tenido en el ingreso total de las familias más pobres, y por el otro lado, se carecía de información tanto sobre los beneficiarios como los contribuyentes que financiaban los programas. Este último aspecto es de gran importancia, porque si los beneficiarios han sido los grupos de mayores ingresos, los programas adquirirían un carácter regresivo, debido a que en muchos países los impuestos indirectos (que proporcionan la mayor parte de los ingresos gubernamentales) imponen una gran carga sobre los grupos de menores ingresos.

Es así como los gastos públicos en nutrición, salud, educación, vivienda y seguridad social durante las últimas tres décadas no siempre sirvieron para redistribuir el ingreso. Por ejemplo, en varios países los programas de alimentación beneficiaron mayormente a los hogares urbanos, a pesar de que los grupos de menores ingresos residían en las zonas rurales (15). En Brasil, se ha estimado que los grupos de mayores ingresos se han apropiado de más de un tercio de los beneficios brindados por los diferentes programas sociales, a pesar de representar solamente el 16% de la población total (16). Asimismo, Petrei (17), al examinar comparativamente cinco países de América Latina (Argentina, Costa Rica, Chile, República Dominicana y Uruguay), concluyó que a pesar de una alta potencialidad distributiva de los gastos en educación y salud, los subsidios no siempre sirvieron para redistribuir el ingreso hacia una situación más igualitaria. En salud, personas de altos ingresos recibieron con frecuencia servicios médicos gratuitos proporcionados por hospitales públicos, y en el sector educativo se comprobó que los subsidios para el nivel universitario han beneficiado una alta proporción de los sectores de ingresos más elevados. El trabajo de Petrei también demostró que en vivienda los préstamos subsidiados llegaron en muchos casos preferentemente a grupos de ingresos medios-altos, y los subsidios en seguridad social, si bien alcanzaron proporciones importantes del gasto, han tenido un impacto distributivo limitado. En el contexto de

la crisis económica y financiera de los años ochenta, donde la presión para reducir los presupuestos gubernamentales en las áreas sociales se dio en una forma paralela al incremento del desempleo y el subempleo, así como a la disminución real de los salarios, se ha argumentado que el costo del ajuste ha sido llevado por los grupos de menores ingresos (18, 19). Así vemos que estas limitantes solo han venido a exacerbar las desigualdades sociales existentes.

Tal como se ha señalado en los párrafos anteriores, la crisis de los años ochenta en los países de América Latina y el Caribe no puede ser considerada como un simple fenómeno económico y financiero coyuntural. En su esencia, la crisis es un fenómeno estructural que demanda la adopción de posiciones heterodoxas para comprender toda su magnitud e implicaciones para el futuro. Debe quedar claro que en la década de los noventa la mayoría de los países de la Región se verán forzados a redefinir sus estrategias de desarrollo y ajustar sus economías para hacer frente a las nuevas circunstancias. El monto elevado de endeudamiento externo y el alto costo del servicio de esa deuda durante la nueva década van a continuar representando una elevada carga sobre los ingresos de exportación y a la vez serán el principal factor de déficit corriente de balanza de pagos, restringiendo así las perspectivas de desarrollo económico y social de los países de la Región. Dadas estas circunstancias, aun con los flujos importantes de divisas previstos por los bancos de desarrollo durante la década que recién inicia, se debe esperar que en los años noventa persistan las bajas tasas de crecimiento económico, así como grandes limitaciones en la disponibilidad de fondos públicos para los programas sociales, y pocos cambios en la estructura de la producción, la situación del empleo y del ingreso. Al mismo tiempo, los países se verán forzados a depender de sus propios esfuerzos: (i) incrementando la capacidad de ahorro interno; (ii) mejorando y rehabilitando el capital humano acumulado; (iii) desarrollando y adaptando nuevas tecnologías; (iv) obteniendo divisas necesarias; (v) utilizando eficientemente los pocos recursos disponibles para el desarrollo; y (vi) estableciendo mecanismos que permitan alcanzar una verdadera integración regional. La cuantiosa deuda social acumulada exigirá a los gobiernos y a la empresa privada la búsqueda de enfoques alternativos para satisfacer las necesidades básicas de los grupos sociales más pobres. Sin embargo, para que esas respuestas sean efectivas y ayuden a disminuir las desigualdades, será preciso dar una mejor direccionalidad a los programas sociales sobre las poblaciones de menores ingresos y de mayor vulnerabilidad social. En esta forma, tal como lo ha señalado Bustelo (20), el tema de la política social y sus reformas tendrá que ser un elemento central en la agenda de prioridades del desarrollo de la Región en la década que comienza.

EL SECTOR SALUD: SECUELAS DE LA CRISIS

Al enfocar el análisis en el sector salud, resalta la necesidad de volver a valorar las premisas básicas de organización y funcionamiento del sector. En las últimas décadas se ha vivido una época en la cual el acceso a los servicios de salud ha sido considerado como un derecho básico de todo ciudadano. Este derecho se interpreta como la obligación del Estado de asumir la responsabilidad central en la prestación de los servicios preventivos y curativos a la población. Así, la prestación de los servicios médicos pasó a convertirse en otro factor del proceso de redistribución del ingreso nacional. En cierta manera, en muchos países, la legitimización del discurso sobre el “derecho a la salud” como algo inherente a las necesidades humanas ayudó a ocultar las desigualdades sociales reales en los mismos (21).

La intervención del Estado en salud adquirió diferentes modalidades que reflejaban en buena parte las características de la organización político-institucional de cada formación social en la Región. En el contexto sociopolítico y económico actual de varios países latinoamericanos, diferentes experiencias nacionales han demostrado que el rol del Estado como productor de servicios, responsable por la formulación y la aplicación de las normas en el sector, y órgano financiador de la atención médica puede resultar insostenible. Dado el carácter heterogéneo de la estructura del sector salud, que refleja el entrelazo histórico de toda una serie de variables políticas y sociales, ha habido un reconocimiento creciente en años recientes de la importancia de aunar esfuerzos con otros mecanismos de prestación y fuentes de servicios para hacer realidad el “derecho a la salud” de toda la población, tanto paraestatales (los programas médicos de la seguridad social) como particulares (fondos de seguro médico, servicios privados), y de redefinir el rol del Estado en el sector salud para que los ministerios de salud se concentren en la formulación y la aplicación de políticas de salud, así como en la provisión de “bienes públicos” (la vigilancia epidemiológica, los servicios preventivos y ambientales, la educación en salud y la lucha contra las enfermedades endémicas) (22, 23).

En gran medida, la búsqueda de enfoques alternativos para organizar y financiar la atención en salud ha sido determinada por la grave situación tanto financiera como administrativa por la que atraviesan las instituciones públicas, producto de la reducida capacidad fiscal de los gobiernos, y que ha dado lugar a descensos en los gastos de capital y de mantenimiento, así como en las asignaciones presupuestarias para el pago del personal de salud, como a grandes ineficiencias al nivel micro en el uso de los recursos disponibles (24, 25, 26). En términos generales, en la década de los ochenta, la disminución de los recursos financieros destinados por los gobiernos a la atención de la salud solo

ha venido a hacer obvios tanto la inequidad del gasto público social como el mal manejo de los programas (27).

Este cuestionamiento del alcance deseable y factible de la responsabilidad estatal para la prestación de los servicios de salud, ante la demostrada incapacidad del sector público de garantizar la cobertura universal efectiva de los servicios que ofrece, plantea la necesidad de identificar nuevos patrones para la distribución de responsabilidades, la canalización de recursos y la organización de los sistemas de servicios de salud. Esta necesidad se ha hecho particularmente aguda ante la dramática expansión de la infraestructura física estatal de atención primaria que se dio durante las últimas dos décadas, la cual, a pesar de contar con un alto grado de participación comunitaria en algunos países, no ha contado con el apoyo logístico, financiero y administrativo que permita su funcionamiento continuo y eficiente. Así se generaron múltiples intentos de descentralización de autoridad y responsabilidad administrativa, pero estos procesos han marchado lentamente, más que todo debido a la resistencia de los niveles centrales e intermediarios, y a las limitaciones de capacidad técnico-administrativa a nivel de la prestación directa de servicios. Además, en varios países, la descentralización de la financiación de los programas de salud, que siguió a la descentralización administrativa, ha agudizado las desigualdades regionales que se dan como producto de los patrones geográficos de distribución del ingreso (15).

Al explorarse nuevas avenidas y alternativas, sin embargo, debe tenerse presente que algunas de las dificultades que han limitado la capacidad de las instituciones públicas también se hallan presentes en los sistemas paralelos, es decir, en las organizaciones de seguridad social y en las instituciones privadas.

La seguridad social como concepto y sistema permitiría alcanzar, en determinadas circunstancias, un alto nivel de eficiencia y justicia social. No obstante, los programas médicos de las instituciones existentes de seguridad social en muchos casos están plagados de toda una serie de problemas, principalmente de naturaleza administrativa y financiera. Según lo señalado por Mesa-Lago (28), "a pesar del alto porcentaje de contribución salarial y la mayor asignación de recursos de salud al seguro social, este enfrenta desequilibrios actuariales en la mayoría de los países y desequilibrios financieros o contables al menos en la mitad de ellos, especialmente en la década en curso." Entre los factores que han contribuido a esta situación se destacan: (a) la orientación predominantemente curativa de la mayoría de los sistemas de prestaciones médicas de la seguridad social; (b) la insuficiencia de los fondos de salud y enfermedad para hacerle frente a los gastos generados, y la tendencia observada de "subsananar" la misma mediante transferencias de los fondos de reserva de pensiones; (c) el achicamiento de

la actividad productiva que disminuyó el número de aportantes al sistema de seguridad social; (d) el incremento en la demanda de servicios médicos debido al envejecimiento de la población, al incremento del peso relativo de las enfermedades crónicas no transmisibles y de los accidentes como causas de morbi-mortalidad, y al consumo muchas veces excesivo de los servicios; y (e) la capacidad restringida de los directivos de las instituciones de seguridad social para resolver la creciente morosidad del Estado en concepto de sus obligaciones patronales con los fondos de seguro social. A su vez, la baja cobertura de estos programas en la mayoría de los países (que ha dado lugar a diferencias dramáticas en la distribución de los recursos de salud a pesar de que los ministerios de salud son la fuente principal de servicios de salud para la mayoría de la población) induce un efecto regresivo en la distribución del servicio debido a que las personas no aseguradas subsidian a los asegurados a través del precio de los bienes y servicios. Tal situación, de acuerdo a lo señalado por Neri (29), “es particularmente evidente respecto a la población rural, cuya alta proporción en América Latina no le ha aliviado su virtual exclusión de estos beneficios, en base a una causalidad en la que se suma su pobre presencia política en la mayoría de los países, a reales dificultades técnico-administrativas para incorporar a esta población a una modalidad de seguro que tiene un sistema de aportes y administración diseñado para las áreas urbanas.”

De manera análoga, en el sector privado (donde coexisten estilos artesanales o liberales de producción de servicios con empresas asistenciales que brindan servicios de diagnóstico y tratamiento), la administración de un sinnúmero de los centros de atención médica de la Región está en manos de personal sin adiestramiento gerencial, los servicios preventivos figuran raramente entre los ofrecimientos del sector privado al público, la cobertura poblacional es baja en la mayoría de los países, y hay una gran duplicación en la adquisición de tecnologías diagnósticas y terapéuticas costosas. Además, en aquellos países donde los proveedores privados brindan servicios a los afiliados de los organismos de seguridad social, el incesante incremento de los costos y los gastos en salud ha sido generado por los modos de retribución profesional (en general, pago por unidad de prestación) que han incentivado a los proveedores a aumentar al máximo su ingreso a través del uso más intensivo de los servicios y de la prescripción excesiva de medicamentos en contraposición a otros sistemas de retribución/remuneración más eficientes (e.g., capitación, pagos grupales relacionados con el diagnóstico) (30, 31, 32).

Frente a una problemática tan compleja, cabe cuestionar la bondad de los sistemas vigentes y de sus supuestos básicos, especialmente: (a) la organización actual de los servicios; (b) sus sistemas de financiamiento; y (c) los mecanismos de interrelación entre las institu-

ciones del sector. Es así como varias interrogantes pueden ser planteadas para los años venideros, a saber: ¿Deben los ministerios de salud continuar siendo una fuente directa de servicios a la población? ¿Qué rol deben jugar los distintos niveles organizativos de la red existente de servicios? ¿Qué rol le debe corresponder al nivel central de los ministerios de salud? ¿Qué requieren para cumplir el rol a elegirse? ¿Es conveniente que las instituciones de seguro social continúen su doble papel como entes financieros y prestatarios de servicios de salud? ¿Es eficiente esta dualidad? ¿Pueden los organismos de seguridad social ampliar la cobertura de sus programas a toda la población? ¿Qué alternativas viables existen? ¿Qué papel le debe tocar al sector privado? ¿Cómo puede el sector privado mejorar su eficiencia e internalizar una mayor responsabilidad social? ¿Cómo deben repartirse las responsabilidades para los servicios preventivos y curativos dentro del sector? ¿Cómo se puede asegurar el financiamiento de los servicios de salud a través de fuentes alternativas sin sacrificar su equidad? ¿Cuál sería la forma más eficiente de organizar los recursos existentes y potenciales para la prestación de servicios, y de asegurar la cobertura universal? ¿Cuál es el papel de la comunidad organizada en la transformación de los sistemas de salud?

PERSPECTIVAS PARA EL SECTOR SALUD: ¿QUE NOS ESPERA?

Al tratar de responder a las interrogantes planteadas en la sección anterior, a pesar de variaciones esperadas entre los países, sí se pueden generalizar algunas pautas y tendencias que surgen de la experiencia observada como soluciones naturales a las situaciones señaladas, y que han de permitir la adecuación de los sistemas de salud frente a los cambios esperados en la situación demográfica, epidemiológica, económica y administrativa de la Región.

Transformación de la situación de salud

En los últimos tres decenios los países de América Latina y del Caribe han experimentado una tendencia decreciente de la fecundidad, a igual que de la mortalidad, y un consecuente incremento en la esperanza de vida al nacer (33). Debido a ello, la Región en su conjunto aún muestra una población joven (la población menor de 15 años alcanza cerca del 40% de la población total), pero presenta una franca tendencia hacia el envejecimiento. Varios países ya presentan un proceso de envejecimiento acentuado (la distribución de la población mayor de 60 años oscila entre un 5% y un 12% de la población total).

En cuanto a la distribución de la población en áreas urbanas y rurales, las características del proceso de asentamiento humano en los países son la alta concentración de la población en espacios urbanos reducidos (el fenómeno de metropolización, y en algunos casos de megalopolización, de las ciudades latinoamericanas), la creciente importancia de los focos de pobreza urbana que se refleja en el incremento de las “villas miseria” o “barriadas” alrededor de los grandes centros urbanos, y una gran dispersión en las zonas rurales.

Los procesos y estructuras demográficas descritos anteriormente, junto con el incremento de la producción industrial que se dio en los países durante las últimas décadas, han dado paso a perfiles epidemiológicos superpuestos (34). Es así como las enfermedades diarreicas e infecciosas respiratorias coexisten con las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las intoxicaciones ambientales, las violencias y los accidentes.

En los años noventa, al acentuarse aún más la prolongación de la expectativa de vida, resulta lógico suponer que la misma se ha de traducir en un aumento sostenido de la incidencia de las enfermedades degenerativas. Esta tendencia, no obstante, podría ser neutralizada parcialmente por una mayor difusión de las tecnologías preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación que han de fortalecer la capacidad de prevención y de manejo ambulatorio de las mismas.

En términos más específicos, se puede vislumbrar en algunos países la reducción de ciertos tipos de cáncer (por ejemplo, el cáncer de pulmón, debido a cambios en el hábito de fumar de la población; el cáncer del cuello del útero y el cáncer de mama, debido a una mayor cobertura de los servicios de detección temprana) concentrándose el perfil de mortalidad en un número más restringido de tipos de tumor maligno. La intensificación de la promoción de cambios en el estilo de vida también podría traer una paulatina reducción de enfermedades cardiovasculares como causas de muerte. Esto haría que los accidentes y la violencia se conviertan cada vez más en causas importantes de mortalidad. Las enfermedades ocupacionales crónicas cobrarían mayor relevancia, y la protección ambiental contra riesgos químicos y físicos tendría una alta prioridad.

Asimismo, es muy probable que la poliomielitis quede erradicada hacia fines de siglo, al mismo tiempo que la incidencia y prevalencia de la malaria, esquistosomiasis y oncocerquiasis podrían ser llevadas a niveles controlables al volcarse hacia estos objetivos la gran cantidad de recursos requeridos, en virtud de la creciente importancia que han de tener los polos de desarrollo agropecuario. La tuberculosis estaría destinada a desaparecer como causa significativa de morbi-mortalidad, al igual que la lepra al hacerse rutinaria la vacunación antileprosa en la población de alto riesgo. El SIDA persistirá, y posiblemente

el número de casos se incrementa debido al largo período de latencia de la infección. Sin embargo, a principios del siglo debe reducirse a niveles controlables al contar con una mayor disponibilidad de terapias eficaces y de una vacuna que prevenga el desarrollo de la condición en personas infectadas con el virus HTLV-III/LAV, y por el reforzamiento de los programas educativos para modificar los comportamientos de alto riesgo. No obstante, se puede esperar la aparición más frecuente de nuevas enfermedades virales, al aumentar la presencia de cepas resistentes a los agentes antivirales, debido al uso más difundido de estos últimos.

Frente a este panorama surgen importantes implicaciones para los servicios de salud. El envejecimiento gradual de la población y la importancia creciente de las enfermedades crónicas no transmisibles, la violencia y los accidentes como causas de morbi-mortalidad, exigirán que se dedique una mayor proporción de los recursos del sector para la atención de la salud del adulto. Esto se dará como consecuencia de los cambios en la demanda de servicios de salud (un requerimiento de mayor cantidad de servicios junto con una mayor diversidad y complejidad de los mismos). Ante esta situación, que podría agudizar los actuales desequilibrios financieros de las instituciones del sector, cabe destacar la necesidad que se plantearía de reforzar los programas ambulatorios para la prevención y el control de enfermedades crónicas, para las actividades educativas que inciden sobre el estilo de vida, la implantación de mejores sistemas de vigilancia epidemiológica y control de las enfermedades virales, y la mayor disponibilidad y el abaratamiento de medicamentos debido a la mayor difusión de la biotecnología. A su vez, será de gran importancia la puesta en marcha de estrategias y acciones intersectoriales para reducir los accidentes de tránsito, los riesgos ocupacionales, y la contaminación ambiental.

Asimismo, habrá que tener presente que la población menor de 15 años (aunque en términos porcentuales ese grupo disminuirá durante la década) continuará demandando servicios sociales, como la salud y la educación. Esto presenta un gran desafío para la organización de los servicios que deberán ser adecuados en una manera que permita la atención de la salud en una forma integrada a toda la población a nivel de la comunidad. De esta manera, tal como Miranda ha señalado, la comunidad deberá convertirse en el "escenario en donde deben desarrollarse las acciones preventivas y el fomento de la salud, así como la primera atención curativa dentro de un programa integral del individuo, su familia y su mundo de relación" (35).

Los programas de nutrición también deberán ser modificados para empezar a confrontar los problemas nutricionales asociados con la carencia de hierro, yodo y vitamina A en las poblaciones de mayor riesgo, junto con las intervenciones destinadas a reducir la desnutrición

calórico-proteica. Sin embargo, hay que estar conscientes de que la única esperanza de romper el ciclo vicioso de la desnutrición va a depender de la priorización efectiva de la seguridad alimenticia y de la generación de flujos de inversión para la creación de nuevas fuentes de empleo entre los grupos de mayor vulnerabilidad social.

Tendencias en la organización de la prestación de servicios

Las experiencias vividas en varios países parecen indicar claramente que la participación del sector público centralizado en la prestación de los servicios de salud tiene que cambiar, y que debe tender al fortalecimiento de su capacidad rectora, a la vez que busque limitar su responsabilidad como prestatario directo de servicios. Como entes rectores reforzados, los ministerios de salud tendrían un rol orientador, regulador y evaluador, al contar con los incentivos y mecanismos legales, administrativos y financieros para garantizar el acceso universal de la población a los servicios básicos de salud, y para asegurar el cumplimiento de las políticas, los programas, las metas y las normas de calidad del sector. La redefinición de la función de la intervención estatal en salud también ayudaría en los esfuerzos para controlar el incremento de los costos y los gastos en el sector, al reforzarse la capacidad de los gobiernos para reglamentar y supervisar el funcionamiento de los diferentes mercados médicos, incluyendo el establecimiento de incentivos y reglas para guiar las transacciones público-privadas (36).

En términos operativos, una transformación de esa naturaleza exigiría una reestructuración interna de los ministerios de salud, y la creación de mecanismos financieros que les permitiese a estos ministerios canalizar o controlar una proporción importante de los fondos que requerirían los sistemas descentralizados de prestación de servicios para su funcionamiento. En este sentido es previsible que el fisco seguirá siendo una fuente importante de recursos destinados principalmente a nivelar las desigualdades regionales. Este tipo de relación les permitiría a las instituciones rectoras incentivar el cumplimiento de metas de cobertura y calidad al ligarlo a los desembolsos, e inclusive, al pago de bonificaciones especiales.

Es importante señalar que aun cuando una reorganización como la descrita desvincularía a los ministerios de salud de la carga de la gestión diaria de los servicios, el fortalecimiento de su capacidad rectora efectiva permitiría a las autoridades del sector no solo continuar ejerciendo un papel político central frente a las distintas esferas de las sociedades nacionales, sino que contribuiría a reforzar su postura política al restituirle las herramientas de liderazgo y control que se han perdido en muchos países durante la crisis.

En el contexto de todo lo anterior cobra un sentido muy lógico la descentralización de la responsabilidad por la prestación directa de los servicios de salud, tomándose como punto de referencia los procesos iniciados espontáneamente hace varios años en algunos de los países federados y en otros que han implantado sistemas integrados regionalizados. En la década de los noventa, se vislumbra la aceleración del proceso evolutivo de consolidación de sistemas pluralistas locales y regionales de salud en corporaciones comunitarias articuladas y coordinadas con el sector privado, y que, bajo la supervisión política y normativa de los ministerios de salud, ofrecen sus servicios y/o cobertura a las distintas fuentes de financiamiento, incluyendo al Estado y a los regímenes de solidaridad social, tanto paraestatales como particulares. Este tipo de enfoque, que ya ha sido adoptado en varios países, se ha visto facilitado por los esfuerzos que viene realizando la Organización Panamericana de la Salud para el fortalecimiento de los sistemas locales de salud.

Una consideración importante en este proceso viene a ser la necesidad de mejorar la capacidad técnico-administrativa y financiera de los niveles locales, y de lograr un equilibrio eficiente en la distribución selectiva de funciones de apoyo logístico entre los niveles locales, intermedios y centrales en base a criterios de volumen y eficiencia. Actividades prioritarias a analizar incluyen las de abastecimiento y de mantenimiento, cuya eficiencia está ligada a una masa crítica de consumo. Para lograr niveles aceptables de eficiencia deben considerarse varias alternativas de agregación de esfuerzos, incluyendo la retención de funciones críticas de apoyo para los niveles centrales cuando estos tengan la capacidad de desempeñarlas más eficientemente que consorcios alternos.

Tendencias en el financiamiento de los servicios de salud

Los sistemas de solidaridad social (seguro social) de cobertura universal obligatoria, bien administrados, han demostrado su potencial para financiar un nivel de equidad aceptable en la accesibilidad de la población a los servicios de salud. El costo creciente de los servicios de salud, frente a la necesidad de incorporar a los miembros más marginados de la sociedad a los beneficios sociales básicos y a la actividad productiva, exige la ampliación de modelos eficientes y sostenibles de seguro de salud como mecanismos para el financiamiento socialmente equitativo de los servicios preventivos y curativos básicos. De esta manera, el establecimiento y/o la ampliación de los programas de seguro de salud ayudarían a movilizar recursos para financiar la atención mé-

dica, protegiendo simultáneamente a las familias contra pérdidas financieras considerables y la falta de acceso a los servicios.

De hecho, el reconocimiento de esta necesidad se ha reflejado en el número creciente de países que se han dado cuenta de la imposibilidad de continuar con los bajos niveles de cobertura de sus regímenes de seguridad social y se encuentran estudiando mecanismos de ampliación de la cobertura de esos programas.

Al mismo tiempo, los cuestionamientos planteados en torno al rol vigente de los sistemas de seguridad social y a sus relaciones con las prestaciones de servicios de salud y con los fondos de pensiones, parecen ser indicaciones precisas para el desarrollo de un modelo de seguridad social como ente exclusivamente financiero, desvinculado de la prestación de servicios y de otros fondos de pensiones (e.g., vejez, desempleo). Así se perfila la gestión progresiva de seguros nacionales de salud de cobertura universal obligatoria, orientados hacia el financiamiento de servicios preventivos y curativos, que serían comprados de los sistemas locales y regionales de salud, tanto comunitarios como particulares.

Al proyectarse la creación de fondos únicos de seguro básico de salud, quedaría implícita la cobertura de la población indigente, ya sea a través de la solvencia actuarial y solidaria del mismo fondo, vía la participación activa del Estado como responsable de las cotizaciones (primas o cuotas) de la población marginada, o de otro mecanismo consistente con los objetivos planteados (impuestos especiales).

Perspectivas de participación comunitaria

Al marchar hacia la configuración antes descrita, tanto para la organización del sector salud, como para su financiamiento, se requieren transformaciones fundamentales en el énfasis y las modalidades de participación comunitaria orientada hacia el sector. De hecho, el cambio vislumbrado sería radical al significar el abandono del enfoque utilitario tradicional, y su suplantación por la incorporación de los miembros de la comunidad como accionistas de empresas o corporaciones comunitarias autosostenibles, responsables por la prestación de servicios directos de salud a ser sufragados por las distintas fuentes de financiamiento del sector, y regulados por los ministerios de salud.

Esta forma de participación comunitaria constituiría un avance significativo al facilitar el proceso de desarrollo de la capacidad comunitaria de autogestión, y al colocar en manos de miembros de la comunidad tanto la responsabilidad como la autoridad por el alcance y la calidad de sus servicios.

Perspectivas del desarrollo tecnológico

En todo este proceso el desarrollo tecnológico ha de jugar un papel fundamental. Aun cuando sea difícil precisar los avances tecnológicos que se lograrán en los próximos diez años, sí se puede prever que muchas de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas existentes se harán más accesibles, ya que su costo sería asimilado en el contexto del sistema organizativo y de financiamiento esperado. Se prevé que este proceso también llevaría al montaje de sistemas para evaluar el costo-eficacia de la introducción de nuevas tecnologías dentro de los servicios.

Quizás uno de los cambios más importantes ha de ser la reducción marcada del uso del hospital como centro de aplicación de las tecnologías de recuperación de la salud. Esto se puede prever al proyectar el potencial ya demostrado de los servicios ambulatorios en el manejo de enfermos crónicos, y yendo más allá, su sustitución parcial en un plazo relativamente corto al difundirse ampliamente tecnologías existentes y nuevas para facilitar la atención y control en el hogar de enfermos agudos y crónicos. Los adelantos en este campo incluirían tecnologías de comunicación, evaluación diagnóstica a distancia, control remoto de tratamientos complejos (intravenoso, etc.) y un alto grado de participación de la familia, todo lo que se ha de traducir en el fortalecimiento de hospitales y clínicas ambulatorias como centros de comunicación con los hogares de la comunidad que sirven.

En varios países cobrará también una gran importancia la difusión de aplicaciones existentes y el desarrollo de nuevos usos de la biotecnología durante los años noventa. Esto exigirá un gran esfuerzo para desarrollar o fortalecer la capacidad de las universidades, a través del fortalecimiento de los programas de ciencias básicas, de la formación de científicos e investigadores al más alto nivel, de la modernización de los laboratorios de investigación básica y aplicada, y el estrechamiento de las relaciones entre los centros de investigación académicos y los del sector industrial y agrícola. El desarrollo del campo de la biotecnología en la Región generaría toda una serie de beneficios para los países al incrementar la disponibilidad de vacunas y medicamentos para satisfacer las necesidades internas, a la vez que ayudaría a mejorar la ventaja comparativa de varias economías nacionales en el mercado mundial.

SINTESIS: UNA NUEVA CONFIGURACION DEL SECTOR SALUD Y LINEAMIENTOS PARA EL SIGLO XXI

Los adelantos tecnológicos y administrativos dramáticos que han nutrido a las ciencias de la salud durante el siglo que termina no

han logrado romper las barreras físicas, culturales y económicas que aún bloquean el acceso a servicios básicos de salud de millones de habitantes en la Región. Mucho del terreno ganado con grandes esfuerzos e inversiones en la difusión de la atención primaria a lo largo del continente durante los años setenta se ha perdido frente a las presiones económicas de la última década, y al desgaste administrativo, técnico, político, ideológico y ético que las acompañaron.

El reto que se presenta al acercarse el nuevo siglo es enorme, al igual que sus implicaciones para el sector salud. Se hace deseable una transformación radical del sector, tanto en su organización y dinámica internas, como en sus mecanismos de financiamiento y poder redistributivo. De la experiencia vivida parece surgir un perfil de renovación que le imprimiría al desarrollo futuro del sector cinco tendencias definidas, a saber:

1. El fortalecimiento de la capacidad rectora de estos ministerios a través de medidas legales, administrativas y financieras pertinentes a su mandato efectivo, y la limitación de los ministerios de salud y de los organismos de la seguridad social en la prestación directa de servicios.

2. La integración y/o coordinación funcional de los servicios de salud para configurar sistemas regionales y locales autónomos en base a una relación simbiótica entre los servicios públicos y el subsector particular, a ser regidos por corporaciones comunitarias y financiadas por el Estado y los distintos regímenes de solidaridad social públicos y privados.

3. La universalización progresiva de los seguros nacionales de salud como medios de financiamiento solidario, equitativo y sostenible de beneficios y servicios básicos.

4. El mejoramiento del enfoque de los programas de salud y de nutrición de acuerdo con criterios sociales (por nivel de ingreso), geográficos (localización geográfica de los grupos más pobres), demográficos (grupos de edad más vulnerables) y epidemiológicos (por problemas de salud) para hacerlos más efectivos y equitativos, reforzando así su capacidad redistributiva.

5. Un incremento de la eficiencia, para racionalizar los costos y los gastos en el sector, a través del establecimiento de normas e incentivos para regular tanto la demanda y la oferta de los servicios, como su administración.

El proceso de transición vislumbrado para cerrar la brecha entre los sistemas existentes y el imagen-objetivo aquí presentado es extremadamente complejo, y requiere un esfuerzo concertado y decidido a nivel de cada país en:

- Movilizar la voluntad política hacia los objetivos aquí planteados.
- Redefinir los roles institucionales y el enfoque de los programas de salud.
- Reestructurar y fortalecer las unidades funcionales e instituciones pertinentes del sector.
- Adecuar la formación de recursos humanos a las necesidades determinadas por la transformación propuesta del sector salud.
- Reforzar la capacidad de gestión del avance tecnológico.

Una de las áreas más importantes vendría a ser la adecuación de la formación de recursos humanos, cuyo énfasis debería dirigirse primordialmente al adiestramiento técnico y gerencial para apoyar la modificación de roles institucionales conforme a las tendencias ya descritas. Aspectos específicos a enfocar incluirían la administración de empresas comunitarias de servicios de salud, el manejo financiero del sector, la negociación interinstitucional, el control de calidad de los servicios de salud, la investigación operativa, la gestión tecnológica y la capacitación para el desarrollo de la biotecnología.

La reorganización del sector plantea la necesidad de descentralizar efectivamente la autoridad administrativa, y su delegación a los sistemas locales y regionales de salud. En este proceso se debe prestar atención especial a la identificación y evaluación de nuevos modelos de atención; a la adecuación y el fortalecimiento de las organizaciones del sector para la redefinición de roles institucionales en función de la tendencia a la separación de la función rectora de la prestación de servicios y de la función financiera, y a los mecanismos de interacción institucional.

Al concebirse y proponerse nuevas iniciativas para la organización de los servicios de salud, debe asegurarse que éstas respondan a los criterios de justicia social expresados aquí, y que de esa manera contribuyan a situar al hombre como objetivo central del proceso de desarrollo.

Agradecimientos. Los autores agradecen los comentarios hechos en un borrador anterior por Oscar Echeverri (Banco Mundial), Philip Musgrove, José R. Ferreira y Hugo Mercer (Organización Panamericana de la Salud).

REFERENCIAS

- 1 Devlin, R. Economic Restructuring in Latin America in the Face of the Foreign Debt and the External Transfer Problem. *CEPAL Review* 32:75-101, 1987.
- 2 Fishlow, A. El estado de la ciencia económica en América Latina. In: Banco Interamericano de Desarrollo, *Progreso económico y social en América Latina*. Informe 1985. Washington, D.C., 1985.
- 3 Griffith-Jones, S. y Sunkel, O. *Debt and Development Crises in Latin America. The End of an Illusion*. Nueva York, Oxford University Press, 1986.
- 4 Lechner, N. Acerca del Ordenamiento de la Vida Social Por Medio del Estado. *Rev Mex Sociol* 43:1079-1102, 1981.
- 5 Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo Mundial 1989*. Washington, D.C., 1989, p.12.
- 6 Husain, S. S. Latin America: The Revival of Growth and the World Bank. Informe presentado a los Directores Ejecutivos del Banco Mundial. Washington, D.C., 12 de diciembre de 1988, p.2.
- 7 Husain, S. S. The Latin American State: Its Behaviour in Creating the Crisis and Resolving it. Washington, D.C., Banco Mundial, 1989. Documento mimeografiado.
- 8 Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 1984*. Washington, D.C., 1984, p.29.
- 9 Sacks, J. y Huizinga, H. U.S. Commercial Banks and the Developing-Country Debt Crisis. *Brookings Papers on Economic Activity* 2:555-606, 1987, p.560.
- 10 Banco Mundial. *Informe anual 1989*. Washington, D.C., 1989, pp.113-124.
- 11 PREALC. *Más allá de la crisis*. Santiago de Chile, Organización Internacional del Trabajo, 1985.
- 12 Linowitz, S. M. Latin America: The President's Agenda. *Foreign Affairs* 67:45-62, 1988.
- 13 Pinto, A. y Di Filippo, A. Desarrollo y pobreza en América Latina. In: CEPAL/ILPES/UNICEF, *Pobreza, necesidades básicas y desarrollo*. Santiago de Chile, Alfabetá Impresores, 1982.
- 14 CEPAL/PNUD/UNICEF. *La superación de la pobreza: una tarea urgente y posible*. E/CEPAL/G. Santiago de Chile, 1984.
- 15 Pfeffermann, G.P. y Griffin, C.C. *Programas de nutrición y salud en América Latina. Enfoques en los gastos sociales*. Washington, D.C., Banco Mundial, 1989.
- 16 Banco Mundial. *Brazil: Public Spending on Social Programs; Issues and Options*. Vol. I. Washington, D.C., 1988, pp.19-24.
- 17 Petrei, A.H. El gasto público social y sus efectos distributivos. Rio de Janeiro, ENCIEL, 1987.
- 18 UNICEF. *The State of the World's Children*. New York, 1989, pp.16-18.
- 19 Pfeffermann, G. *Poverty in Latin America. The Impact of Depression*. Washington, D.C., Banco Mundial, 1986.
- 20 Bustelo, E.S. Política social en un contexto de crisis: ¿Será que se puede? Trabajo presentado al Seminario de alto nivel: Cómo recuperar el progreso social en América Latina, organizado por el IDE; ILPES y el UNICEF, Santiago de Chile, 20-24 de Junio, 1988, p.1.
- 21 Cordeiro, H. y Zavaleta, H. Análisis de la práctica médica actual en América Latina: alternativas y tendencias. In: Organización Panamericana de la Salud, *Análisis de las organizaciones de Salud*. Washington, D.C., 1987, p.215.
- 22 Organización Mundial de la Salud. *Economic Support for National Health for All Strategies*. Ginebra, 1987.

- 23 Banco Mundial. *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform*. Washington, D.C., 1987.
- 24 Musgrove, P. The Impact of the Economic Crisis on Health and Health Care in Latin America and the Caribbean. *WHO Chronicle* 40:152-157, 1986.
- 25 Suárez, R. Estudio sobre el financiamiento del sector salud de los países de Centroamérica y Panamá. Estudio preparado para la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Agosto de 1985.
- 26 Musgrove, P., ed. Crisis económica y salud: la experiencia de cinco países latinoamericanos en los años ochenta. Documento CD34/21 (Esp.) Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1989.
- 27 Birdsall, N. Pragmatism, Robin Hood, and Other Themes: Good Government and Social Well-Being in Developing Countries. Estudio preparado para la Fundación Rockefeller, Washington, D.C., Mayo de 1989.
- 28 Mesa-Lago, C. Aspectos económico-financieros en la seguridad social en América Latina y el Caribe: Tendencias, problemas y alternativas para el año 2000. Estudio comisionado por el Banco Mundial, Pittsburgh, junio 30, 1989, p.39.
- 29 Neri, A. *Salud y política social*. Buenos Aires, Hachette, 1982.
- 30 Banco Mundial. *Adult Health in Brazil: Adjusting to New Challenges*. Washington, D.C., 1989.
- 31 Banco Mundial. *Argentina: Population, Health and Nutrition Review*. Washington, D.C., 1987.
- 32 Márquez, P.V. Uruguay: Population, Health and Nutrition Review. Estudio preparado para el Banco Mundial, Washington, D.C., marzo 19, 1989.
- 33 Márquez, P.V. Diagnóstico de la situación económica y social y de las condiciones demográficas y de salud en América Latina y el Caribe. Estudio preparado para la División de América Latina y del Caribe, Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población, Nueva York, enero de 1986.
- 34 Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984*. Vol. I. Washington, D.C., 1986. Publicación Científica 500.
- 35 Miranda Gutiérrez, G. La salud como valor económico en una época de crisis. *Bol Of Sanit Panam* 103(6):739-742, 1987.
- 36 Márquez, P. V. Cost containment in health in the Americas. Artículo a ser publicado en *Health Policy and Planning* 5(4), 1990.

BIBLIOGRAFIA

- Abel-Smith, B. Funding Health for All. Is Insurance the Answer? *World Health Forum* 7:3-31, 1986.
- Banco Interamericano de Desarrollo. Programa de Reforma del Sector Salud de Trinidad y Tobago. Plan de Operaciones. Washington, D.C., 1989.
- Engler, T. Los Sistemas Integrados de Salud en Panamá 1973-82: Un Análisis Crítico. Temas de seguridad social 14:9-145, 1982.
- Engler, T. Salud y finanzas: apuntes para una política del sector. Washington, D.C., 1986. Documento inédito.
- Mesa-Lago, C. *La Crisis de la seguridad social y la atención a la salud*. México, D.F., Fondo de Cultura Económico, 1986.
- Miranda, G. La seguridad social en Costa Rica. San José, CCSS, 1988.
- Comunicaciones personales con los Drs. Rodolfo Rodríguez y José M. Paganini, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

EL ENFOQUE ESTRATEGICO PARA EL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

*Adolfo H. Chorny*¹

BREVE HISTORIA DE LA PLANIFICACION DE SALUD EN AMERICA LATINA (1960-1980)

El pensamiento estratégico aplicado a la planificación de la salud apareció, hacia fines de los años 70, como una forma de reacción superadora de los problemas inherentes a la formulación normativa de planes, cuyo paradigma es encarnado en el método CENDES/OPS (1). Resulta esta nueva proposición, en sus primeras manifestaciones en el ámbito de salud, de las reflexiones de Mario Testa, quien fue también protagonista fundamental de la elaboración del método CENDES/OPS.

Quizás la presencia protagónica de Testa a lo largo del proceso evolutivo de la planificación en salud, que va desde lo normativo, pasa por la planificación estratégica y desemboca en el pensamiento estratégico aplicado a la planificación, pudiera servir para llamar la atención sobre el hecho de que el planificador es un ser humano inserto en un contexto social que lo determina y condiciona, y que al cambiar da origen —o debería dar— a alteraciones en el pensamiento (¿ideología?) del sujeto determinado/condicionado.

La relación contexto-sujeto es una interrelación histórica que se da en el tiempo y en la cual ambos se construyen, en distinto grado, conformando una dupla dialógica y dialéctica, en la que uno no puede ser entendido sin el otro. El planificador de hoy se confronta con el de ayer; sin embargo, uno no podría existir sin el otro.

Para intentar comprender el proceso que conduce desde la planificación normativa hasta el pensamiento estratégico, es recomendable volver a los orígenes. El método CENDES/OPS se gestó entre los

¹ Profesor Titular de Planificación de la Salud, DAPS/ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil.

años 1962 y 1963, y surgió como respuesta a las demandas planteadas en la Reunión de Punta del Este (agosto de 1961) para la formulación de planes integrados de desarrollo económico social, como precondition para la realización de inversiones externas que, dentro de la visión desarrollista, permitirían a los países subdesarrollados (hoy denominados en desarrollo) recorrer las diversas etapas supuestamente ya transitadas por los países que habían alcanzado su madurez económica y social, en ese orden.

Si bien es de capital importancia profundizar el contexto donde tiene lugar la propuesta desarrollista, eso supera en mucho los alcances fijados para este artículo, así que nos limitaremos a mencionar algunos episodios y figuras que marcan ese momento inicial de los años 60. En el mundo se asistía a un instante de paz, había acabado la guerra de Corea y todavía no había alcanzado toda su intensidad el conflicto de Vietnam. Las figuras de Juan XXIII, Kennedy y Krushhev surgían como astros de primera magnitud en el escenario mundial, llevando a pensar que la paz era posible; era el comienzo del sueño. En América Latina, los regímenes populistas habían sido sustituidos en su gran mayoría por regímenes de cuño desarrollista. La Revolución Cubana (1959) puso fin a una de las más crueles dictaduras contemporáneas. Aparecen los hippies, cantan los Beatles. Es la esperanza de un mundo armónico y, para muchos, racional. A partir de octubre de 1957, con el primer Sputnik, parecía que ninguna frontera podría detener a la ciencia en su avance incesante hacia la conquista del universo.

Este predominio de la razón científica, consecuencia de una particular coyuntura histórica cuyos rasgos más visibles fueron mencionados en el párrafo anterior, se superpone sobre una estructura socioeconómica indeseada para justificar la aparición de proposiciones que tienen como finalidad conducir el cambio hacia un mundo mejor.

Si la ciencia es el instrumento más apto, ¿por qué no adoptar su paradigma? Así se hizo. El método CENDES/OPS va a incorporar como idea rectora la de la eficiencia en el uso de los recursos. Para conseguir esa eficiencia va a partir de ciertos conceptos básicos de la ciencia económica (la identificación del problema central de maximizar resultados con recursos fijos, o minimizar recursos con resultados predeterminados) y desarrollar un método que tiene como presupuestos básicos algunos que son característicos de las ciencias físicas y naturales.

El primero, y más relevante desde el punto de vista de sus consecuencias sobre el enfoque, es que en las ciencias físicas y naturales existe un sujeto independiente y externo al fenómeno estudiado, por lo menos así lo postulaba la ciencia tradicional.² En el caso del método

² El presupuesto de independencia entre observador y fenómeno ya había recibido un fuerte golpe con el enunciado del "principio de indeterminación" de la mecánica cuántica.

en cuestión, este presupuesto tácito queda en evidencia cuando se observa que el planificador no guarda relación alguna ni con el todo social ni con el sistema de salud en particular. Este último es considerado por el planificador como un sistema objeto-controlable, dentro de ciertas limitaciones que se verán más adelante.

El sistema-objeto se caracteriza por seguir comportamientos más o menos estables y predecibles. Obedece a causalidades que pueden llegar a ser conocidas y enunciadas en leyes que, en el peor de los casos, son probabilísticas.

Si existen leyes que relacionan causas y efectos, es posible y necesario realizar un diagnóstico que, al describir el estado de las variables y los parámetros, permita determinar en qué medida los valores de las variables independientes están alejados de los valores óptimos desde el punto de vista de la maximización de resultados, o en qué medida los resultados observados se distancian de los óptimos posibles. En ambos casos se encuentran problemas. Como el sistema-objeto es regido por leyes, el diagnóstico solo puede ser único desde el punto de vista de las variables por considerar; estas solo varían a la luz de nuevos conocimientos. Dos o más observadores (planificadores) no pueden dejar de observar —en un mismo momento— los mismos hechos y los mismos problemas; cualquier discrepancia se explica por la potencia de los instrumentos empleados o por errores propios del observador (planificador).

Siendo el conjunto de problemas único, y obedeciendo a leyes causales, es posible hipotetizar la existencia de un conjunto de soluciones óptimas, en relación al cual todo otro conjunto de soluciones es peor.

Como consecuencia, ya no del paradigma científico sino del paradigma económico seleccionado, el óptimo estará dado por el mejor uso de los recursos disponibles, o sea, asignándolos a aquella actividad donde el producto (medido en dinero) sea mayor que en cualquier otra aplicación alternativa.

Hasta aquí el método funciona como un sistema conceptual cerrado, aunque en uno u otro momento se dé lugar a ciertas flexibilidades quizás más como consecuencia del estado del arte que por presuponerse que el arsenal teórico pudiera no ser totalmente adecuado a la realidad. No obstante las afirmaciones realizadas hasta aquí, sería menospreciar la inteligencia de los autores presuponer que no previeron una posibilidad de ajuste de la propuesta “científica” a la realidad. Esta adecuación estaba prevista, si bien no integraba el arsenal metodológico, y corría por cuenta del político, quien en conocimiento de las soluciones propuestas podía intervenir modificando metas, asignaciones o prioridades, según su peculiar racionalidad “no científica”. Al planificador le quedaba reservado, como último argumento para defender su po-

sición, el mostrar al político el número de muertes que serían provocadas por el hecho de no haber sido elegida la solución óptima.

Debe quedar claro que lo que fue descrito es solo una lectura del método y no un resumen del mismo, de modo tal que son posibles otras lecturas e interpretaciones.

De todas maneras, y quizás contra la voluntad de algunos de sus autores, el método CENDES/OPS se constituyó en referencia obligatoria para la planificación en salud a lo largo de casi una década. Centenares de planificadores fueron formados con el propósito de aplicarlo.

Pero entonces el sueño comenzó a desvanecerse. El asesinato de Kennedy, la destitución de Kruschchev, la muerte de Juan XXIII, el bloqueo a Cuba, la revolución de 1964 en el Brasil, la revolución de 1966 en la Argentina, eran manifestaciones que preanunciaban la crisis que habría de instalarse como "hermana y sombra"³ en el mundo a partir de la primera mitad de los años 70.

En octubre de 1972, en ocasión de la III Reunión de Ministros de Salud en Santiago de Chile, circulaba la versión de un documento científico de la OPS que consideraba, en relación al método CENDES/OPS, que: "... la planificación en salud no producía el desarrollo y los resultados que se habían esperado ...", "... la relación con el nivel de las decisiones políticas no había sido satisfactoria, principalmente a causa de la falta de comunicación intelectual entre el político y el planificador ..." (2).

Hacia fines de los años 60, el discurso de la planificación en salud incorpora como consignas la coordinación de los servicios de salud y la ampliación de la cobertura, obedeciendo según URIBE a la existencia de una doble determinación: por un lado la crisis fiscal que obliga a racionalizar el sector, por el otro, la característica privatista de las "políticas de estabilización en el área social, lo que introduce el descontrol normativo del sector, afectando la viabilidad de un plan global" (3).

El surgimiento de esas consignas acompaña a la ascensión de movimientos progresistas en varios países de la Región (Velazco Alvarado en Perú, Allende en Chile, Torres en Bolivia, Cámpora/Perón en Argentina) lo cual posibilita una mayor expresión de los movimientos sociales que presionan por una participación más amplia en los procesos decisivos. Esta situación se reflejó en las discusiones entabladas en la III Reunión de Ministros y se cristalizó, de alguna manera, en el "Plan Decenal de las Américas" aprobado por los ministros.

El Plan Decenal, a la vez que consagra el reconocimiento al

³ Título de una obra de Bernardo Verbitsky, la cual no tiene nada que ver con la crisis ni con la salud (¿o quizás sí?).

derecho universal a la salud por parte de los pueblos, institucionaliza de una vez la extensión de la cobertura de las acciones de salud a las áreas rurales y a las periferias urbanas marginadas. Junto con el énfasis dado a la recomendación para la integración o coordinación de las múltiples instituciones que actúan en el sector, se refuerza el papel que le cabe jugar al Estado en la formulación de las políticas sectoriales. Por último, debe mencionarse la aparición de una propuesta de planificación participativa, aunque de carácter instrumentalizador, proponiendo la incorporación de la población a la organización y ejecución de las actividades de salud.

La interpretación de los resultados de la III Reunión de Ministros no se agota en el entendimiento de sus proposiciones como meras formas destinadas a lograr la racionalización económica de los recursos empleados en el sector salud, tal como era demandada por los proyectos de estabilización de las economías regionales. El Plan Decenal iba más allá, señalando directrices que abarcaban desde la política (la equidad, el papel del Estado) hasta la esfera organizacional (regionalización, jerarquización, integración).

El Plan es un hito en el camino que va desde la consideración del sector como un sistema aislado (cerrado) en el sistema social al tratamiento del mismo como un componente más de lo social y, por lo tanto, no aislable de esa globalidad.

Pero poco dura la primavera progresista. En 1973, casi 10 años después del movimiento del 64 en el Brasil, se inaugura —con el derrocamiento de Allende en Chile— la implantación de una serie de regímenes burocrático-autoritarios (según la terminología de Guillermo O'Donnell) que alteran la correlación de fuerzas en América Latina.

En 1974, la crisis internacional provocada por el aumento de los precios del petróleo coloca en jaque toda una concepción del mundo. Los efectos ampliados de esa crisis son sentidos hasta hoy, principalmente en dos aspectos, por un lado en la revolución energética que se da no por sustitución del combustible sino por el avance tecnológico que incrementa en varias veces el rendimiento históricamente observado marcando un camino que no pasa por el reemplazo de un combustible por otro (carbón por energía eléctrica) sino por el incremento de la productividad a partir de la innovación. El segundo aspecto se relaciona con los cambios que se operan en el mercado financiero internacional como resultado de la gran afluencia de “petrodólares”, una de cuyas consecuencias puede ser dimensionada por el desmedido aumento de la deuda externa de muchos de los países de la Región.

Es en esta coyuntura que en 1975 el Centro Panamericano de Planificación de Salud (CPPS/OPS), publica el documento “Formulación de políticas de salud” (4), que significa un paso fundamental en el sentido de desplazar la discusión de la planificación sectorial desde

el ámbito de la microeconomía hacia el ámbito de lo político. Con tal propósito, los autores del documento van a buscar sustento en las ciencias políticas y sociales, aunque no recurren para esto a un único paradigma, ya que en el documento se reflejan posiciones que van desde un cierto funcionalismo hasta el uso de algunas categorías que evocan una base estructural-histórica.

Sin duda el documento va a situar la planificación en el terreno de la política. A pesar de una cierta normatividad y linealidad en sus razonamientos, la propuesta representa un salto cualitativo importante en relación al método CENDES/OPS.

La secuencia presentada para la formalización del plan “diagnóstico —imagen-objetivo—, formulación de proposiciones preliminares —estrategia—, formalización del plan”, posibilita a los autores la introducción sistemática de nuevos conceptos que ayudan a contextualizar el proceso de planificación como un proceso político.

Tanto el diagnóstico cuanto la construcción de la imagen-objetivo, reconocida como una producción ideológica, van a nutrirse del reconocimiento explícito de la existencia de conflictos al interior del sistema social. Estos conflictos, originados en la existencia de necesidades no satisfechas al nivel individual, van a ser procesados ya sea por grupos de presión o por el propio Estado como demandas políticas. La autoridad política (Gobierno) les dará respuesta según un cuadro valorativo que toma en consideración sus intereses particulares. El planteo realizado, funcionalista, no caracteriza ni el Estado ni sus orígenes y papeles, lo que limita bastante la comprensión del proceso.

No obstante la objeción que se presenta, la consideración de una fase estratégica precedida por un análisis de la viabilidad política de las proposiciones preliminares en el que son identificados adversarios y aliados, introduce un corte o ruptura epistemológica en relación con la visión normativa y cientificista (tecnocéntrica), en la cual el planificador reinaba absoluto en un mundo cosificado, donde no existían otros actores y, por ende, donde el conflicto era impensable.

Al conceptualizar la estrategia, en las palabras de Beaufre, como una “maniobra destinada a ganar libertad de acción”, los autores realzan el hecho de que la planificación tiene lugar en un medio donde antagonismos y conflictos desempeñan un papel preponderante.

La aceptación de la existencia de adversarios (enemigos) y aliados con poderes e intereses que se alteran a lo largo del tiempo, permitiendo la configuración de diferentes alianzas según la secuencia de objetivos propuesta conduce, casi naturalmente, a admitir la existencia de varios cursos de acción posibles o sea, la no unicidad de la solución.

Como apreciación global de este documento, puede decirse que, a pesar del énfasis dado a la instrumentalización del poder de la

autoridad política de turno, cuya legitimidad no discute, así como de la normatividad del enfoque estratégico, se constituye en uno de los elementos que preanuncian la aparición del enfoque estratégico de la planificación de salud.

Se puede considerar que el documento “Formulación de políticas” pone fin a un primer gran movimiento de la planificación de salud en la América Latina, el cual se caracteriza por:

- Un retraso en la incorporación de nociones, conceptos y enfoques originados en otras áreas del conocimiento (economía, sociología, ciencias políticas). Este retraso conduce, en general, a la absorción de paradigmas ya superados en sus ámbitos específicos.
- La progresiva y permanente incorporación de nuevos espacios para el entendimiento de la determinación de los problemas de salud, haciendo que se pase de la esfera restringida del sector, a su entorno más inmediato (intersectorialidad) y, por último, a la sociedad como un todo.
- El predominio de la lógica formal y del método científico tradicional, lo que provoca un tratamiento lineal y prescriptivo de situaciones, problemas y soluciones.
- El privilegio de una óptica centrada en el espacio del aparato de gobierno, presuponiendo un alto grado de jerarquización y concentración del poder sectorial.

Esta primera fase de la planificación en salud entrará en crisis en la segunda mitad de la década de los 70, cuando el predominio de los regímenes burocrático-autoritarios colocará en receso o limitará las acciones de las oficinas de planificación. La persecución política que acompañó a la instauración y consolidación de tales regímenes tendrá, entre otras consecuencias, la de producir un intenso éxodo de planificadores que, insertos en otros contextos y otras realidades, van a reelaborar profundamente el pensamiento sobre el proceso de planificación y sus determinantes.

EL ENFOQUE ESTRATEGICO EN LA PLANIFICACION DE SALUD

En los últimos años de la década de los 70 y en los primeros de la de los 80, se asistió en el área de salud al surgimiento de un modo diferente de encarar la planificación, como resultado —entre otras causas determinantes— de las críticas y fracasos que se acumularon sobre la visión normativa que fuera propugnada hasta entonces.

La aparición de un nuevo paradigma⁴ en el ámbito de la planificación se da en la coyuntura en que varios regímenes burocráticos-autoritarios son reemplazados por nuevos gobiernos, que tienen aspiraciones y compromisos con la redemocratización de sus países. Esto permite que se abran espacios para la discusión y proposición de políticas sociales, tanto en las esferas de gobierno cuanto en las de la sociedad civil, orientadas en el sentido de procurar disminuir la deuda social que esas sociedades acumulaban con los sectores marginados o postergados.

Antes de pasar a detallar los diversos enfoques que se desarrollan actualmente dentro de la corriente estratégica de la planificación en salud, conviene repasar los elementos comunes que permiten que sean consideradas como parte del nuevo paradigma.

Una primera constatación, que aproxima al entendimiento del paradigma, es que solo tiene sentido hablar de estrategia cuando hay un conflicto, virtual o real. Una proposición estratégica necesita, por lo menos, un oponente cuyo curso de acción, en la que tienen que ver los movimientos del actor-protagonista, admite como mínimo dos opciones, ninguna de las cuales es totalmente determinada por la acción emprendida por el actor-protagonista. Aclarando más aún el concepto, en este tipo de conflicto no existe una ley que determine unívoca o probabilísticamente la reacción correspondiente a cada acción. *El reconocimiento del conflicto es un primer punto común que caracteriza el paradigma.*

Otro elemento que caracteriza el corte epistemológico existente entre la visión estratégica y la normativa es el modo en que es tratado el planificador. En la planificación normativa el planificador actúa como un agente externo sobre un sistema objeto que supuestamente obedece a leyes del tipo estímulo-respuesta. No existen otros actores, y menos todavía conflictos, en el espacio considerado. El enfoque estratégico presupone que quien planifica es un actor social, o sea, en las palabras de Matus, "es una personalidad, una organización o una agrupación humana que en forma estable o transitoria tiene capacidad de acumular fuerza, desarrollar intereses y necesidades produciendo hechos en la situación" (5).

Por otra parte, el actor social (o actor-protagonista) que planifica es considerado como parte del sistema planificado, con el que se interrelaciona mediante determinaciones y condicionamientos. No se

⁴ Según Kuhn, T.S., en su obra *La estructura de las revoluciones científicas*, CFE, México (1971), un paradigma se caracteriza por "... definir los problemas y métodos legítimos de un campo de la investigación para generaciones sucesivas de científicos". Un paradigma tiene dos características esenciales. "Su logro carece suficientemente de precedentes como para haber podido atraer a un grupo duradero de partidarios, alejándolos de los aspectos de competencia de la actividad científica ... (son) lo bastante incompletos para dejar muchos problemas para ser resueltos por el redelimitado grupo de científicos".

trata de un observador externo, sino de alguien que ocupa un lugar determinado en el proceso y en el sistema, de modo tal que sus percepciones, teorías, saberes y, en última instancia, ideología son fuertemente influenciados por su inserción y por su historia. Aceptada la singularidad de la posición del observador en el sistema, debe admitirse la existencia de una variedad de explicaciones y diagnósticos por lo menos de un orden igual al del número de actores que ejercitan la planificación. La consecuencia trivial de esta observación es que no existe un único diagnóstico.

La identificación del planificador como un actor social del sistema planificado, al que pertenece y con el cual se interrelaciona y, como consecuencia, la aceptación de la existencia de más de una explicación diagnóstica, constituyen un segundo elemento del paradigma estratégico.

El sistema sobre y con el cual trabaja el enfoque estratégico es un sistema social lo cual implica que, entre otras características que deben tenerse en cuenta, posee los atributos de ser histórico, complejo, mal definido e incierto.

Los sistemas sociales, en cuanto objetos de la reflexión y del análisis, son productos de un sistema de ideas o, en sentido amplio, de ideologías que le dan forma y estructura a la realidad en función de la cosmovisión propia del actor-protagonista. Este último procura darle un sentido a la realidad que le permita comprenderla y dimensionarla, en concordancia con las concepciones del mundo que conforman su matriz de conocimiento. Según Morín, "Los sistemas de ideas, o ideologías, permiten ver el mundo y también proporcionan visiones del mundo" (6).

La posibilidad de generar, ampliar o modificar los conocimientos sobre el mundo real surgen de abordar la realidad a través de un procedimiento apropiado de conocimiento, una teoría, que permita no solo estructurar sino también dar coherencia y consistencia al conjunto de informaciones recolectadas. Dado que el mundo real se transforma a lo largo del tiempo (es histórico), las categorías mediante las cuales se piensa lo real, por ser abstracciones de esa realidad, también se alteran; luego también son históricas.

La complejidad de los sistemas sociales surge del número elevado de elementos que pueden ser definidos aisladamente en el sistema y también por el número, mucho mayor, de modos o maneras en que esos elementos se relacionan. Debe destacarse que dada la noción de sistema social que está siendo utilizada, ese número de elementos distintos así como el de las relaciones que deben considerarse dependerán de la selección que previamente se haya realizado de los mismos.

A la complejidad propia de los sistemas sociales se suma la característica de no ser bien definidos, o sea que estos sistemas no solo

son compuestos por un número elevado de elementos sino que además no son todos conocidos y en los casos de aquellos cuyas relaciones se conocen, estas rara vez son identificadas, y si lo son, esto no ocurre, en la mayoría de los casos, con la precisión suficiente para definir la acción. Como corolario de esta situación, se concluye que los problemas que se manifiestan en los sistemas sociales son preponderantemente del tipo cuasiestructurado. Esta variedad de problemas se caracteriza por estar constituida por aquellos problemas que no pueden ser ni definidos ni explicados con precisión, por lo que no es posible resolverlos, y cuando, en el mejor de los casos, se tiene alguna idea de las opciones posibles para hacerles frente no se cuenta con un criterio que ayude a elegir entre cursos de acción alternativos (5).

La incertidumbre que caracteriza a los sistemas sociales es, en parte, resultante de las categorías de complejidad y de indefinición, pero no solo de ellas. Los elementos que componen esos sistemas no tienen comportamientos puramente reactivos, son creativos. Así es imposible predecir estados futuros, decidir con la certeza de no equivocarse o calcular las respuestas que se seguirán a determinados cursos de acción.

EL ENFOQUE ESTRATEGICO PRESUPONE LA EXISTENCIA DE SISTEMAS SOCIALES HISTORICOS, COMPLEJOS, NO BIEN DEFINIDOS E INCIERTOS

El paradigma estratégico se estructura principalmente en función de las premisas enumeradas. A partir del tratamiento particularizado dado a esas mismas premisas surgen, en el área de salud, tres vertientes básicas del enfoque estratégico: el pensamiento estratégico de M. Testa, la planificación de situaciones de C. Matus y el enfoque estratégico de la escuela de Medellín.⁵

La planificación de situaciones

La planificación estratégica es abordada creativa y originalmente por Carlos Matus, economista chileno que comenzó sus trabajos críticos en la CEPAL (1968) mediante la realización de un novedoso análisis de la programación económica normativa y proponiendo su

⁵ En relación con las tres propuestas, es necesario, y muy recomendable, que sean leídas en su formulación original para que el lector pueda sacar sus propias conclusiones, ya que en este artículo se presenta una interpretación personal, y "no científica", de las mismas. Véanse Barrenechea, J. J. y Trujillo, E.; Matus, C., y Testa, M. en la Bibliografía de este artículo.

reemplazo por la estratégica. Su polémica con los planificadores tradicionales (normativos) de la economía viene desde entonces, pasando por su participación en el Gobierno de Salvador Allende (1970–1973), su encarcelamiento por Pinochet y sus trabajos realizados, principalmente en el CENDES (Venezuela). Matus se caracteriza por un enfoque altamente novedoso y pragmático que tiene bases en el marxismo, pero acepta aportes que van desde Weber y von Clausewitz hasta Beer, Ackott y Gadamer.

La preocupación central que orienta el pensamiento de Matus surge de su constatación de la crisis de gobernabilidad que asola a los gobiernos de la región. Por lo tanto, su reflexión y consecuente propuesta para la acción se centran en la necesidad de aumentar la capacidad de gobernar de los gobiernos. En este sentido, la planificación es entendida como un instrumento al servicio de la liberación de los seres humanos ya que favorece la intención de someter los acontecimientos y su curso a la voluntad de los hombres, no dejando que estos sean conducidos y procurando que se transformen en conductores.

Gobernar exige que se articulen permanentemente tres variables: el proyecto de gobierno, la capacidad de gobierno (de conducción) y la gobernabilidad del sistema (para el actor-protagonista). El intento de Matus es el de justificar y desarrollar un conjunto de técnicas, métodos, destrezas y habilidades que permitan al actor-protagonista en situación aumentar sus capacidades de dirección, gerencia, administración y control del sistema social en pauta.

Matus identifica los pobres resultados de la planificación en América Latina con el supuesto básico de la planificación normativa (“el actor que planifica está fuera o sobre la realidad planificada y no coexiste en esa realidad con otros actores que también planifican”) que conduce a una práctica economicista y tecnocrática aislada del proceso de gobierno y de la razón política. Al reemplazar este supuesto por su correspondiente estratégico (“el actor que planifica está dentro de la realidad y allí coexiste con otros actores que también planifican”) Matus formula seis postulados que servirán de base para su propuesta estratégica: el sujeto (planificador) no es distinto del objeto (sistema planificado), hay más de una explicación verdadera, los actores sociales crean posibilidades en un sistema social creativo que solo en parte está sujeto a leyes, el poder es escaso y limita la viabilidad del “debe ser”, la incertidumbre mal definida domina el sistema social, el plan se refiere a problemas cuasiestructurados.

A la luz de estos postulados, Matus formula el “método de planificación situacional”, aplicable a los casos de gobiernos democráticos donde existen diversos actores sociales en situaciones de poder compartido.

Matus elabora el método tomando como punto de partida la

situación (“realidad explicada por un actor, que vive en ella, en función de su acción”). Acción, situación y actor forman un todo complejo que no puede ser desagregado en sus elementos componentes.

Para explicar una situación es preciso recurrir a tres planos articulados por determinaciones y condicionamientos. El plano donde se producen los hechos (flujos de eventos, flujos de producción) como resultados de la capacidad de producción social, que es el plano de la realidad en que los hechos, o flujos de producción, pueden ser verificados como resultados de las acumulaciones sociales que se procesan en un segundo plano, donde se localizan los actores sociales que producen hechos y los que, a su vez, son socialmente producidos por esos hechos. A estos dos planos o esferas fenoménicas, se suma un tercer plano que es el nivel de última instancia de la explicación, donde también por acumulación social se establecen las reglas básicas mediante las cuales se determinan las características de toda la situación.

Para dar cuenta de los desafíos que supone la implementación de los cambios situacionales en un espacio donde se enfrentan fuerzas sociales que se suman, oponen o antagonizan, Matus propone un método de planificación que se centra en los problemas y en las operaciones que deberán desarrollarse para enfrentarlos. Este plan tendrá una estructura modular. Se distinguen tres tipos de módulos: *explicativos* que permiten asignar descentralizadamente tareas para conocer la realidad e identificar las causas que dan origen a los problemas en los diversos espacios de acción; *de acción*, que son operaciones y acciones que transforman el plan en una serie de misiones (compromisos) que deben ser cumplidas; y los *módulos O-P*, que articulan como “subplanos” las operaciones y los problemas con asignación de responsabilidades institucionales bien definidas, lo que permite estructurar una organización descentralizada para la acción.

El pensamiento estratégico

Mario Testa llega a la formulación del pensamiento estratégico después de recorrer un largo camino que se inicia, para señalar algún hito, con las elaboraciones que dan origen al método CENDES/OPS (1962). Desde entonces viene buscando incesantemente la creación de instrumentos de reflexión-acción que posibiliten la transformación —de la sociedad, la salud— que es su interés confesado. En esta búsqueda pasó por diversas instituciones que incluyen el CENDES (más de una vez), el Centro Panamericano de Planificación de Salud y la facultad de Ciencias de la Salud de Buenos Aires, donde desempeñó las funciones de decano. Sus inquietudes tienen también que ver con su pasaje reiterado por la mayoría de los países de América Latina, aportando al

proceso transformador y recibiendo elementos de la compleja realidad latinoamericana que realimentan sus reflexiones.

Para Testa, el centro de la problemática estratégica es el poder. Pero no cualquier poder sino el que es, o puede ser, ejercido en la "acción conciente del pueblo que lucha por su liberación". Así Testa coincide con Habermas en que el plan debe ser una "estructura comunicativa que devuelva al pueblo las herramientas científicas necesarias para su liberación".

A partir de esta concepción básica que nordea su acción y su reflexión, Testa construye un modo de pensar que parte de reconocer el Estado como la arena donde se establece, y dirime, el conflicto entre fuerzas sociales y entre fracciones de clase que luchan por la hegemonía. En las sociedades modernas se encuentran, de este modo, "espacios sociales virtuales que pueden convertirse en espacios reales de lucha política". La concretización de esta afirmación se encuentra en la "democracia formal que postulan los países capitalistas democráticos".

Testa define "política" como una propuesta de distribución del poder y "estrategia" como la forma de poner en práctica una política, entendiendo que no se trata de una diferenciación entre fines y medios sino de un mismo proceso en el cual fin y medio se integran en un todo coherente del cual las definiciones dadas destacan solo aspectos operativos de lo que puede denominarse "el manejo de la cosa pública".

Según Testa, en la etapa de planificación no debe plantearse el falso problema de construir una imagen-objetivo; lo que se debe procurar es iniciar un proceso, de contenido transformador, en el terreno de la salud (política sectorial) y cuyo continente solo puede ser la estrategia global que, abarcando el conjunto de lo social, condiciona y determina lo sectorial.

Un segundo elemento sobre el que se apoya Testa para construir su andamiaje conceptual lo constituye su "postulado de coherencia," que establece la existencia de una relación necesaria entre "propósitos, métodos para alcanzarlos y organización de las instituciones que se encargan de ello". En los países subdesarrollados, capitalistas y dependientes, el modo en que se da esa relación necesaria es el siguiente: los propósitos del gobierno determinan los métodos que este utiliza y estos condicionan a los propósitos, los propósitos también determinan y son condicionados por la organización, los métodos determinan la organización y son condicionados por esta.

Los componentes de primera instancia del postulado: propósitos, método y organización, tienen determinaciones que se corresponden con los componentes de segunda instancia que, según Testa, son: el papel del Estado que determina los propósitos del gobierno, la teoría que determina los métodos y la historia que determina la organización. A su vez, y en su plano respectivo, la historia determina la

teoría y el papel del Estado y este determina la teoría, completando el círculo.

De esta peculiar configuración se desprende que los componentes más determinados son, en primer lugar, la organización y, en segundo lugar, el método. La consecuencia, extraída por Testa, de las condiciones en que se expresa el postulado de coherencia es que “el método debe contener la capacidad de revisarse críticamente de manera continua . . . o lo que es lo mismo, de ser lo menos normativo posible”.

La organización, sea en cuanto institución sea en cuanto actor social primario, es el lugar social donde se ubica el poder social. Testa distingue dos ejes sobre los cuales el poder debe ser considerado: el de los resultados específicos y el de los tipos de poder. El primer eje relaciona desde el poder cotidiano hasta el poder societal, los cuales se articulan e imbrican a lo largo de los diversos espacios sociales. Ya la dimensión “tipo de poder” está relacionada con el tipo de actividades, es específica. En el caso de salud se tiene el poder técnico (información), el poder administrativo (recursos) y el poder político (grupos sociales). “Poder técnico es la capacidad de generar, acceder, manejar información de distintas características. Poder administrativo es la capacidad de apropiarse y asignar recursos. Poder político es la capacidad de movilizar grupos sociales en demanda o reclamo de sus necesidades o intereses”.

Los diversos modos en que se combinan los tipos de poder y las formas que asumen señalan el camino que debería ser recorrido para construir un poder de clase, es decir un poder político que siendo de un nivel distinto de los otros tiene mayor jerarquía y los subordina.

Actualmente Testa evidencia en sus trabajos una mayor preocupación con los aspectos relacionados con la realización de acciones en los servicios o a nivel de la organización sectorial, pensadas desde el punto de vista tanto de su viabilidad como de su impacto en la distribución del poder dentro y fuera del sector. De esta manera se articulan la parte programática (acciones) y la estratégica (poder) de la propuesta. En este sentido se destaca el esfuerzo, emprendido por Testa, en la explicitación de los diversos, y diferentes, niveles y planos de clivaje que conforman la estructura sectorial y en la identificación de conflictos y contradicciones inherentes al propio objeto de trabajo y a la especificidad que en él toman las tensiones entre grupos sociales.

El enfoque estratégico

Esta vertiente de la planificación estratégica viene siendo desarrollada, fundamentalmente, por la Facultad Nacional de Salud Pública de Antioquia, Colombia, con sede en Medellín. Por esta razón y por constituirse en un enfoque consistente de la problemática de la planificación de salud, la identificamos como “escuela de Medellín”.

Esta escuela, que tiene en J.J. Barrenechea y E. Trujillo Uribe sus nombres más destacados, representa la continuidad de un pensamiento al interior del campo de la salud, cuyos orígenes se remontan al comienzo de los años 60 y que a lo largo de casi 20 años plasmó el accionar del área de planificación de la OPS. Fue en esa época, inicios de la década de los 60, cuando la planificación sectorial se incorporó a la planificación del desarrollo económico-social.

La planificación sectorial acompaña las marchas del proceso de planificación global, aunque no lo hace sincrónicamente. En 1972, la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas consagró la extensión de la cobertura con servicios de salud, destacando la necesidad de incrementar el papel de la planificación, la cual debería vincularse al desarrollo económico y social, flexibilizando enfoques y métodos para adaptarse a las circunstancias concretas e incorporando a la población al proceso.

Es de esa época también la incorporación de los conceptos del “Desarrollo Unificado” y de los producidos en el debate sobre el “Nuevo Orden Económico Internacional”. Las proposiciones de la III Reunión de Ministros se consolidaron en la IV Reunión (1977) donde se elaboraron las líneas maestras del pensamiento que guiarían las concepciones y los contenidos de la contribución de las Américas a la Reunión de Alma-Ata.

Como antecedentes más inmediatos de la escuela de Medellín, se reconocen las Estrategias y el Plan de Acción para alcanzar la salud para todos en el año 2000 (SPT/2000) en las Américas, y las elaboraciones de la administración estratégica desarrolladas a partir de la crisis económica del año 74 para la corporación privada de gran porte. El enriquecimiento de estos desarrollos con los provenientes del entendimiento de la atención primaria como la principal estrategia para alcanzar SPT/2000, consolida una reflexión pragmática orientada a suministrar instrumentos aptos para la acción de los agentes insertos en el nivel central de las instituciones estatales del sistema de salud y que tienen la responsabilidad de planificar y administrar los procesos decisivos y no la mera manipulación de técnicas.

Reconociendo la especificidad que debe regir el tratamiento de las cuestiones sociales, la escuela de Medellín utiliza como argumento para realizar su reflexión la propuesta de SPT/2000 y las estrategias regionales (7) para su implementación, destacando que si otro fuera el argumento otras también serían las conclusiones a las cuales se arribaría.

Partiendo de ese argumento, se colocan como objeto del proceso de planificación los “espacios-población”, entendidos no solo como área geográfica sino como un espacio complejo, histórico y multidimensional (físico, geográfico, demográfico, epidemiológico, económico, social, cultural y político) en el que habitan grupos humanos suficien-

temente homogéneos entre sí en cuanto a sus condiciones de vida y, en consecuencia, a sus necesidades básicas, incluyendo entre estas las necesidades de salud.

Estos espacios-población están insertos en un sistema social que se caracteriza por ser histórico, complejo, fragmentado, incierto y en conflicto.

Son esas características de los sistemas sociales, y en particular del sistema de salud, las que justifican la adopción del enfoque estratégico de la planificación y de la administración.

En relación con la propuesta de SPT/2000, el objetivo estratégico es la disminución de las desigualdades en el acceso al sistema de salud y la estrategia que debe adoptarse es la de atención primaria, entendida como "una estrategia que afecta y comprende a todo el sistema de salud y a toda la población que ese sistema supone servir" (7).

A partir de estos argumentos, se elabora una serie de proposiciones que problematizan el campo de la práctica de la planificación. Básicamente, se consideran los siguientes elementos:

- la planificación del sistema de salud coherente con el estilo nacional de desarrollo, una vez que se incorpora al interior del aparato de Estado;
- el reconocimiento de la existencia de fuerzas en pugna y del conflicto como inherentes al sistema social;
- el plan como argumento de la negociación intra e intersectorial;
- la exploración de escenarios futuros (prospectiva);
- la construcción de opciones estratégicas y su negociación, como formas de viabilizar el plan;
- la necesidad de articular el plan (el "debe ser") con la práctica (el debe ser) lleva a imponer la condición de la transformación administrativa, de manera que también sea estratégica;
- la participación de todos los actores sociales involucrados en todos y cada uno de los momentos del proceso de planificación-ejecución;
- el condicionamiento de los procesos de planificación y administración, en cuanto estratégicos a las evaluaciones ex-ante y ex-post, a la monitoría estratégica, al control de las rutinas y a la investigación evaluativa;
- el reconocimiento de la necesidad de formular teorías e hipótesis que den el marco de referencia necesario tanto para una más acabada interpretación del proceso salud-enfermedad y sus determinaciones como de los aspectos relacionados con la eficacia social de la intervención sectorial, y
- la identificación de dimensiones dinamizadoras de la trans-

formación cuya problemática deberá ser abordada por medio de estrategias de ataque que se diferencian del conjunto de acciones.

Hasta aquí hemos hecho una interpretación muy resumida de las principales vertientes del enfoque estratégico en salud. Pasaremos ahora a detallar la propuesta que, tomando elementos de todos, presidirá nuestro abordaje del problema de los recursos humanos para el sistema de salud.

Breves comentarios sobre el enfoque estratégico

En función de las percepciones que fueron presentadas en el inciso anterior surgen, según nuestro entendimiento, tres aproximaciones estratégicas que se establecen en tres diferentes planos de la realidad. La que denominamos pensamiento estratégico (Testa) aborda el problema en sus aspectos estructurales, de determinación primera, localizando en las cuestiones relativas al poder el punto de partida de su construcción epistemológica. En este sentido se conforma en cuanto pensamiento director de un quehacer que reconoce en la liberación del pueblo su razón de ser. En cuanto pensamiento estratégico, se erige en un modo de ver el mundo que subordina métodos y organización. Así el método interesa más como espacio de intervención estructurador de la organización que como mera instancia metodológica. El método es problematizado políticamente (ontológicamente) y no apenas desde el saber epistémico.

Ya la planificación situacional busca su espacio en el mundo de las determinaciones fenoménicas de segunda instancia, en cuanto mediatizadoras de las reglas esenciales y del mundo de los epifenómenos. Se refiere al gobierno, no en cuanto área de construcción del poder societal sino en cuanto institución. Su preocupación última es dotar de científicidad al proceso decisorio, objetivo que conduce a sobrevalorar el papel de la ciencia en el espacio político, con el resultado —por lo menos en apariencia— de crear una subordinación de lo político a lo metodológico. Esto posibilita —por lo menos en teoría— una manipulación si no lineal por lo menos ordinal de la realidad, lo que debilita el nivel innovador y cuestionador de la propuesta. Este hecho se pone de manifiesto sobre todo en el último trabajo de Matus en el que, al dejar de lado la estructuración ideológica, la propuesta surge como una colección de conceptos operacionales, de métodos y de técnicas.

La escuela de Medellín ocupa un tercer ámbito: el de los fenómenos. En este sentido su preocupación central está dirigida a los métodos y técnicas y no a sus determinaciones, colocándose en una

perspectiva, situación diría Matus, institucional sectorial que es connotada por el proceso histórico descrito oportunamente (inciso 2.3). No obstante las limitaciones asumidas, evidencia potencial de desarrollo para suministrar elementos que, al modificar la práctica, pueden alterar las determinaciones de orden institucional. Con todo, el enfoque se resiente de la falta de un marco teórico, lo que aconseja que toda apropiación del mismo debe ser realizada a la luz de una teoría más abarcativa que le dé direccionalidad.

Estas brevísimas consideraciones pretenden explicitar las virtudes y defectos que cada una de las vertientes evidencia en el momento, y no se constituyen en críticas profundas, lo que nos salva de tener que proponer una alternativa. Así, sin que llegue a ser una propuesta acabada, solo nos aventuramos a sugerir que de la articulación de los tres planos en que se dan las propuestas pueden surgir pistas que permitan elaborar una teoría unificadora que facilite el abordaje consistente de los espacios identificados.

Lo estratégico en el área de recursos humanos de salud

La tentativa de aproximarse estratégicamente al problema de recursos humanos de salud obliga, mínimamente, a especificar tanto el punto de vista desde el cual el abordaje es realizado como los escenarios previsibles dentro de los cuales se desarrollará el proceso. Es en este sentido que comenzaremos por establecer cuál será la óptica adoptada y cuál el escenario previsto, en lo que tiene de relevante para la situación final deseada, la que también será bosquejada conjuntamente con nuestro punto de vista.

Partimos del supuesto de que estamos analizando la problemática de recursos de salud desde el interior de una institución nacional que se propone administrar el conocimiento con el propósito de dar apoyo a los gobiernos de la Región para que puedan alcanzar sus metas de SPT/2000. En segundo lugar, asumimos que en esta tarea participan las fuerzas sociales que encuentran en la democracia un fin y un medio que permite a los pueblos alcanzar su realización.

La situación final que debe alcanzarse es aquella que posibilite, tanto como sea posible, la equidad, la eficiencia y la eficacia de los sistemas de servicios de salud, así como la obtención de una mayor descentralización del poder sectorial, y por ende societal, de modo de aumentar la transparencia del sistema de salud, lo que al favorecer la participación de la sociedad civil facilitará la inserción de las fuerzas sociales en el control y evaluación del aparato de Estado.

Entendemos que el escenario más general que condiciona los desarrollos que serán presentados más adelante está constituido por los siguientes elementos:

- *en lo económico*, una permanencia, en lo principal, de los problemas económicos y financieros originados en el pago de la deuda externa. Deberán permanecer y, finalmente, agravarse el proceso de desahorro interno, los niveles mínimos de inversión en los sectores productivos, las políticas recesivas en la esfera de los salarios, el desempleo y el subempleo, los cortes y reducciones del gasto público —principalmente en las áreas sociales— y las tentativas de “disminuir el tamaño del Estado”;
- *en lo político y social*, continuará la tendencia a la redemocratización ya apuntada en la segunda mitad de los años 80. Esta tendencia se evidenciará en un crecimiento de los movimientos sociales y en la aparición y fortalecimiento de partidos políticos no tradicionales. Acompañando esta ampliación del espacio político-social, y como consecuencia de los problemas originados en la esfera económica y la incapacidad relativa de los gobiernos para darles respuesta, aumentarán los movimientos de protesta y reivindicativos teniendo como blanco el aparato de gobierno desgastado y desacreditado. Las corporaciones (sindicatos y similares) acentuarán su actuación gremial dejando en segundo plano, y como discurso, las cuestiones nacionales.

En lo que se refiere específicamente al sistema de salud, el escenario más probable para los primeros años de la próxima década será:

- *en lo tecnológico*, un acelerado y constante desarrollo de tecnologías más sofisticadas con base en los avances de áreas tales como biotecnología, ingeniería genética, inmunología y transplantes, y con la incorporación masiva de recursos del área de la computación;
- *en lo financiero*, merma o, en el mejor de los casos, leve aumento relativo de las inversiones del sector público, y un peso creciente de los gastos de personal y corrientes, con deterioro de la capacidad operativa del sector público, lo que obligará a la búsqueda de nuevas formas de financiamiento, especialmente —en la actual coyuntura— de las concepciones que propugnan el pago por el usuario y diversas formas de prepago de los servicios;
- *en lo organizativo*, refuerzo en la implementación de los sistemas locales de salud (SILOS) como táctica operacional tendiente a conseguir la transformación de los sistemas nacionales de salud con vistas al logro de la meta SPT/2000. Mantenimiento de los sistemas pluri-institucionales;
- *en lo epidemiológico*, se mantendrá la coexistencia de problemas

originados en las precarias condiciones de salud (enfermedades infecciosas, desnutrición), en el envejecimiento poblacional (enfermedades degenerativas) y en el deterioro del medio ambiente (intoxicaciones, accidentes y otras violencias).

Es obvio que estos escenarios reflejan solo grandes tendencias que no se corresponden linealmente con realidades sociales determinadas. Las tendencias se expresan de manera específica en cada realidad dada e inclusive pueden no estar presentes en un país o región determinados.

Por otra parte, debe quedar claro que tendencias y escenarios no implican determinaciones, y que en su realización participan tanto las diferentes fuerzas sociales, que apoyan o se oponen a la previsión, como la incertidumbre inherente a los sistemas sociales, que inviabiliza la determinación apriorística de resultados.

Los escenarios esbozados tienen como propósitos señalar algunas de las características que posiblemente podrán estar presentes e influir, en el futuro próximo, en el desarrollo de una propuesta estratégica en el área de recursos humanos de salud.

En lo relativo a esta área existen todavía condicionamientos, productos de un devenir histórico, que acotan y restringen el espacio de intervención. Algunas de estas condiciones son las siguientes:

- *el paradigma flexeriano* predominante en el área de formación, que impone una visión mecanicista, biologicista e individualista y que direcciona a los formandos y futuros profesionales en el sentido de la especialización, la tecnificación y el énfasis en lo curativo;
- *la tecnologización* (en el sentido de uso de equipos sofisticados) de los servicios de salud y los actos que los integran, que mediatizan la relación profesional salud-paciente. El resultado de esta práctica es una creciente alienación del profesional de salud que pasa a utilizar los equipos, e inclusive en cierto sentido los medicamentos, como “cajas negras” y al paciente como entrada, lo que contribuye a deshumanizar la práctica y a descontextualizar los problemas;
- *los cambios en la estructura demográfica de los recursos humanos de salud*. El rejuvenecimiento y la feminización crecientes del personal de salud contribuyen a mudar la imagen histórica del sistema de salud y, dadas las condiciones sociales, redefinen una de las bases de la relación profesional salud-paciente;
- *el creciente asalariamiento de los profesionales del sector*, que se evidencia como una tendencia invariable, que transforma las bases de la profesión liberal pero que, por ahora, no es acom-

pañada de una paralela transformación de la conciencia social de los profesionales de salud. Uno de sus efectos más visibles es la corporativización de los diversos segmentos profesionales y técnicos que desempeñan actividades en el sistema de salud.

Hasta acá hemos caracterizado los principales elementos que forman parte de un análisis estratégico de los recursos humanos de salud. En el próximo inciso detallaremos los lineamientos de una propuesta de intervención.

Algunas consideraciones sobre un accionar estratégico en recursos humanos de salud

Como punto de partida para la formulación de algunas proposiciones estratégicas que ayuden a repensar sujetos, objetos y métodos de la planificación en el área de recursos humanos de salud, asumimos que de lo que se trata es de suministrar elementos a un agente (unidad de recursos humanos) cuya política es guiada por el propósito de apoyar a los países de la Región en el proceso de transformación de sus sistemas de salud con vistas a alcanzar la eficiencia, la eficacia y la equidad, valoradas desde un punto de vista social, en un proceso que en lo inmediato se rige por la propuesta de SPT/2000.

La estrategia que debe adoptarse, implícita en la política y condicionante de esta, es la de descentralización, entendida no como un valor absoluto, sino como un concepto dialéctico interrelacionado con su contrario, la centralización, de modo tal que el resultado final esperado no sea la autonomización de los espacios-población, sino su integración en un plano diferente, en un espacio general que posibilite que los problemas no sean trivializados a nivel de su manifestación fenoménica, sino que puedan ser encarados en su nivel de determinación primera.

La táctica operacional, que puede ser deducida de la política y de la estrategia postuladas, está conformada por el proceso de implementación de los sistemas locales de salud (SILOS) tal como están concebidos en diversos documentos de la OPS.

Considerando que el objetivo perseguido es formular una propuesta estratégica, se necesita evaluar cuáles son los poderes de que dispone el agente-protagónico (la unidad de recursos humanos) y en qué planos y espacios los podría ejercer. En términos generales, puede suponerse que el agente en cuestión dispone de un poder político que, en parte, se origina en su inserción en el aparato de Estado y, también en parte, en el tipo e intensidad de los acuerdos y alianzas que sea capaz de realizar con otros actores sociales, particularmente con las institu-

ciones formadoras y con las corporaciones. Cuenta asimismo con un poder técnico que emana del manejo (administración) de los conocimientos e informaciones producidos por la institución y los países en sus ámbitos académicos y de servicios, y con un poder administrativo basado principalmente en el manejo de parques recursos financieros que son direccionados en su gran mayoría al costeo de cursos, investigaciones, becas, reuniones y seminarios. También forma parte de este último tipo de poder, la capacidad que tiene teóricamente la unidad de gestionar financiamiento frente a otros organismos nacionales e internacionales.

De lo expuesto surge que el poder de que dispone la unidad es esencialmente técnico, en tanto que en lo político (en lo que se refiere a capacidad de movilizar otros actores) depende del consenso. El poder administrativo, reducido a su expresión financiera, es residual y funciona como catalizador para viabilizar propuestas que se deberían dar en las otras dos esferas de poder.

En base a las características señaladas, deducimos que el plano donde la intervención del agente logra mejores resultados, es aquel que se corresponde con las organizaciones en su intersección con aquellos espacios de determinación y condicionamiento particulares (grupos de población, espacios-población) y generales (sociedades nacionales). El espacio singular (individuos) fenoménico es solo indicador, desde el punto de vista de la unidad, de problemas que deben atacarse desde la óptica de la organización y, en especial, que deben conducir a la reflexión, en el espacio social como un todo, sobre los paradigmas (principios, leyes generales) que determinan y condicionan tanto los procesos de acumulación como los hechos y fenómenos observados en lo cotidiano.

Una vez identificados los poderes y delimitados los espacios y planos de intervención, veamos ahora cómo traducir esto en una serie de propuestas de intervención que se correspondan con los ejes sobre los que generalmente se vertebra la acción de las unidades de recursos humanos. Pero antes, vale la pena definir con más claridad cuál es el tipo de actividad que presuponemos debe realizar este tipo de unidades.

En primer lugar, les cabría fomentar y crear ámbitos que propicien la acción entre instituciones y actores, sirviendo como promotoras de eventos y difusoras de conocimientos. En segundo lugar, pensamos que por su inserción particular en el proceso de acumulación de conocimientos, las unidades deberían procurar avanzar en el entendimiento de las manifestaciones específicas de los principios, leyes y reglas que determinan y condicionan el ejercicio del saber en salud para, de este modo, favorecer la elaboración de un paradigma que esté en consonancia con la propuesta transformadora de SPT/2000.

En su práctica concreta, la unidad debería procurar trabajar las siguientes dimensiones estratégicas.

La prospectiva y la construcción de escenarios

En esta dimensión habría que hacer hincapié en dos aspectos básicos: la exploración anticipatoria de las transformaciones e innovaciones tecnológicas y su posible impacto en las capacidades, habilidades y destrezas de los recursos humanos sectoriales; el impacto conjunto de la transformación tecnológica y del paradigma de conocimiento hegemónico en la estructuración de los servicios, al nivel de la práctica y de su organización, y el modo en que esto condiciona el perfil tanto de la pirámide de recursos humanos como de los perfiles profesionales específicos.

Dentro de este campo es preciso fomentar la aplicación y desarrollo de métodos apropiados para la problemática sectorial, que permitan producir un acervo a disposición de los países.

Es urgente avanzar en la construcción de escenarios probables, que hagan posible contextualizar las propuestas de intervención, de manera tal que las mismas puedan ser analizadas y evaluadas en relación con su impacto esperado en cada configuración alternativa. En este sentido debería profundizarse el trabajo que ya viene siendo realizado por las unidades, incorporando nuevas técnicas y procedimientos que posibiliten, o faciliten, una reproducción ampliada del conocimiento ya probado.

La planificación de recursos humanos

En este aspecto es preciso realizar profundas alteraciones a partir de la focalización del problema desde una perspectiva estratégica. Esto significa recolocar el problema de los recursos humanos en los ámbitos mayores del sistema de servicios y del sistema de formación. La planificación de recursos humanos excede el mero marco de lo cuantitativo, para convertirse en una dimensión estratégica y dinamizadora del cambio, cuando se llega a la plena convicción de que siendo el sector salud un sector mano de obra intensivo, no hay transformación posible sin una transformación de la conciencia de esos actores privilegiados (el personal de salud). Para repensar la planificación, dentro del campo de los recursos humanos, es necesario elaborar hipótesis, o teorías si fuera posible, que den cuenta de las articulaciones necesarias entre mercado de trabajo, formación, instituciones sectoriales y corporaciones, así como entre esos componentes y el aparato de Estado, por un lado, y todos ellos con los niveles de salud-enfermedad de los diversos espacios-población.

El desarrollo de métodos y técnicas integrados y coherentes con la planificación global del sistema de salud se torna en demanda insoslayable.

La investigación

Es este un aspecto substancial en el proceso de desenvolvimiento de una propuesta transformadora, en la medida que se intente explorar la validez de hipótesis y teorías que permitan explicar las determinaciones y condicionamientos que una sociedad y su cultura (en sentido amplio) ejercen sobre la formación y práctica del personal de salud. Creemos que en la investigación deben diferenciarse plano, espacio y actores, con la finalidad de definir mejor los problemas que se van a encarar.

En donde estén constituidos, los SILOS deben ser una área privilegiada para estudios y análisis en el plano fenoménico. En relación con este sujeto de investigación, la unidad debería cumplir un papel de apoyo metodológico.

Junto con el apoyo y desarrollo de investigaciones atinentes a su objeto específico, la unidad debería propiciar la creación —o apoyarlos en el caso de que ya existan— de cursos de formación en investigación sanitaria, con una visión holística e histórica y apuntando a la creación de una masa crítica de profesionales que posibiliten la elaboración del paradigma sectorial.

La formación

El proceso de formación es objeto claro e indelegable de la reflexión de una unidad de recursos humanos. Pero para que esta reflexión tenga una dimensión transformadora, es preciso que no se limite al entendimiento puramente procesual. Se hace necesario dislocar el eje tradicional de la discusión sobre *curricula* (de poco o ningún efecto práctico) para el campo de los determinantes del proceso de formación, analizando la función que desempeñan en ese proceso elementos tales como el paradigma de conocimiento hegemónico, el mercado de trabajo, la imagen social e individual de las carreras de salud, las expectativas que estas juegan, el papel del sistema de servicios y el papel de las corporaciones.

Es importante señalar que el ámbito de la reflexión tiene que ser ampliado con la inserción de áreas de conocimiento ajenas en primera instancia al saber de la salud, pero que con él se articulan en la hora en que lo que está en juego no es la simple práctica individual y liberal sino la estructuración del sistema de servicios, que conforman funciones de producción particulares y visiones de mundo que contextualizan sus propuestas.

Llegado este punto, pensamos haber dado una breve visión, o al menos una sensación, de lo que pensamos que debe ser el pensamiento estratégico y cómo podría ser empleado para pensar la proble-

mática de los recursos humanos de salud. Somos concientes de las fallas y omisiones, así como de las injusticias cometidas, en aras de la síntesis, con Testa, Matus, Barrenechea y Trujillo. No obstante, entendemos que si la lectura de este documento permite despertar inquietudes o generar controversias, nuestro trabajo se justifica plenamente.

REFERENCIAS

- 1 Organización Panamericana de la Salud. *Programación de la salud. Problemas conceptuales y metodológicos*. Washington, DC, 1965. Publicación Científica 111.
- 2 Organización Panamericana de la Salud. *Planificación de salud en América Latina*. Washington, DC, 1973. Publicación Científica 272.
- 3 Uribe, F.J. *O planejamento em saúde na América Latina: revisão crítica*. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 1989. Documento mimeografiado.
- 4 CPPS/OPS. *Formulación de políticas de salud*. Santiago de Chile, 1975.
- 5 Matus, C. *Política, planificación y gobierno*, (2do. borrador). Caracas, 1987. Documento inédito.
- 6 Morín E. *Para salir del siglo XX*. Barcelona, Kairos, 1982.
- 7 Organización Panamericana de la Salud. *Salud para Todos en el Año 2000. Estrategias*. Washington, DC, 1980. Documento Oficial 173.

BIBLIOGRAFIA

- Barrenechea, J.J. y Trujillo, E. *Salud para todos en el año 2000. Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud*. Medellín, Universidad de Antioquia, 1986.
- Matus, C. *Estrategia y plan*. México, Siglo XXI, 1978.
- Matus, C. *Planificación de situaciones*. México, FCE, 1983.
- Matus, C. *Política, planificación y gobierno*. Caracas, 1987. Documento inédito.
- OPS/OMS/PNUD. *Desconcentración y Descentralización. Marco conceptual básico aplicable a los SILOS*. Proyecto Subregional de Desarrollo de la Capacidad Gerencial de los Servicios de Salud de Centro América y Panamá, No. PSDCA-T4. Washington, DC, 1988.
- Organización Panamericana de la Salud. *Desarrollo y fortalecimiento de los SILOS en la transformación de los sistemas nacionales de salud*. Washington, DC, 1989.
- Organización Panamericana de la Salud. *Evaluación de SILOS. Acreditación de hospitales urbanos en América Latina y el Caribe*. Washington, DC, 1989. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud No. 68.
- Testa, M. *Estrategia, coherencia y poder en la propuesta de salud*. Primera Parte. In: CESS, *Cuadernos Médico Sociales No. 38*. Rosario, 1986.
- Testa, M. *Pensar en salud*. 1986. Documento mimeografiado.
- Testa, M. *Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud*. Segunda Parte. In: CESS, *Cuadernos Médico Sociales No. 39*. Rosario, 1987.
- Testa, M. *El pensamiento estratégico y la lógica de la programación*. 1987. Documento mimeografiado.

INVESTIGACION EDUCACIONAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD

M. C. Davini,¹ M. A. Sigaud,² E. Pineda³ y M. A. Roschke⁴

INTRODUCCION

En la década de 1980 se inició un importante movimiento de evaluación, análisis crítico y propuestas sobre la problemática de la educación en el área de la salud y particularmente la educación permanente del personal de sector. La revisión de los resultados de encuentros y seminarios pertinentes muestra un diagnóstico coherente y compartido de la situación. Se expresa en ese diagnóstico, entre otros problemas, la ruptura entre la formación y las cuestiones efectivas de los servicios, la distancia entre la teoría y la práctica, y la fragmentación de los procesos de educación a través de cursos que reproducen el modelo atomizado de las disciplinas. La contribución de la formación a la solución de los problemas del servicio es muy escasa, lo cual afecta seriamente su propia eficacia.

Al mismo tiempo, comienzan a desarrollarse diversas acciones e iniciativas tendientes a superar estas fracturas, basadas en un compromiso efectivo con la transformación de los servicios y la calidad de la atención en salud. Estas contribuciones son todavía aisladas y diversos documentos comienzan a plantear la necesidad del desarrollo de la investigación educacional en salud en la Región.

Entre ellos, cabe observar que en 1985 el Informe del Grupo de Consulta de Investigación sobre Personal de Salud propone como

¹ Universidad de Buenos Aires, Facultad de Educación; Organización Panamericana de la Salud, Consultora a corto plazo.

² NUTES, Universidad Federal de Rio de Janeiro.

³ Universidad Autónoma de Honduras, Departamento de Educación en Enfermería.

⁴ NUTES, Universidad Federal de Rio de Janeiro; Organización Panamericana de la Salud, Consultora a corto plazo.

una de las áreas prioritarias la investigación del proceso educacional, incluyendo:

- La interrelación entre el sistema de servicios y el educativo a través de procesos de integración docente-asistencial.
- El estudio y la búsqueda de nuevas metodologías para la formación profesional.
- La utilización de los servicios para las prácticas profesionales como fuente de orientación para la formación y capacitación.
- El análisis de las diferentes formas de educación permanente.
- La investigación para fundamentar la relación entre la tecnología educativa y la de servicio (1).

En marzo de 1988, un Grupo de Consulta sobre Investigación Educativa en Salud convocado por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS propuso tres criterios generales para priorizar la investigación:

- El estudio de tendencias en educación permanente que permita construir una base de datos.
- El desarrollo de investigaciones que contribuyan al desarrollo de una teoría que sustente el proceso educativo.
- El desarrollo de modelos de procesos permanentes de educación que utilicen metodologías pedagógicas innovadoras (2).

A través de todas estas contribuciones se pone de relieve la necesidad de un cambio en la educación, que responda a las necesidades de la práctica así como la incorporación de la investigación para su desarrollo.

Este documento tiene como propósito contribuir a promover el uso de la investigación para apoyar el desarrollo de la educación permanente del personal de salud en la Región de las Américas. En este sentido, se presentan reflexiones acerca de los obstáculos y paradigmas en uso, así como propuestas para avanzar hacia un modelo consistente de investigación educacional que incluya orientaciones para su operacionalización dentro de la perspectiva de la articulación del aprendizaje con el trabajo de los servicios.

LA INVESTIGACION EDUCACIONAL Y LOS CONFLICTOS DE SU DESARROLLO

A pesar de las cada vez más frecuentes expresiones en favor de la necesidad de introducir cambios en los sistemas y estrategias para la formación y el desarrollo del personal de salud, en la práctica no se

observan suficientes señales que indiquen la incorporación de la investigación educacional a esos procesos. La revisión de las actividades revelan esfuerzos incipientes y poco significativos y su impacto en las prácticas educativas es, todavía, un objetivo por alcanzar.

Los obstáculos para la integración de la investigación a los procesos formativos —sean iniciales o continuos— son variados, según las problemáticas específicas de los distintos grupos nacionales. Pero un análisis global de la situación permite destacar dos grandes grupos de factores que han operado como freno al desarrollo de la investigación educacional para la formación permanente en salud:

- Los comportamientos institucionales retroversivos o reproductores.
- La insuficiencia de los propios paradigmas de la investigación educacional.

En el primer grupo se incluyen las tendencias a la conservación de las prácticas, la resistencia al análisis crítico, la fragmentación o ruptura entre los propósitos declarados y las acciones efectivas, el aislamiento entre la docencia y el servicio, los prejuicios hacia la investigación aplicada en educación, y la mistificación del trabajo investigativo. Ello ha llevado a que ciertas experiencias valiosas no hayan sido documentadas y difundidas, lo que ha determinado que se pierda su contribución para el avance del conocimiento en el área; ha conducido también a la escasa integración de especialistas en investigación con los agentes directos del proceso formativo en los servicios, y a la escasa utilización de las investigaciones en las prácticas educativas, entre otras consecuencias.

Otro orden de obstáculos se observa en los paradigmas en que se apoya la producción de la investigación educacional. La escasa fecundidad de los mismos y la insuficiente reflexión sobre sus postulados afectan notablemente sus contribuciones y acaban reforzando los comportamientos reproductores antes indicados en las prácticas formativas.

La evolución de estos paradigmas muestra la tendencia a la superación de unos sobre otros. Sin embargo, ellos coexisten actualmente evidenciando en la práctica sus limitaciones y sus riesgos; son el paradigma empirista, el subjetivista y el crítico.

El paradigma empirista y el riesgo de la simplificación

La perspectiva empirista parte del postulado de que el “hecho educativo” se reduce a su manifestación fenoménica visible. En consecuencia, la actividad del investigador se limita a la de un observador del “objeto educativo” esperando que la reflexión teórica “emerja” a partir de los datos. La ausencia de teoría explicativa, la preocupación

por la medida y el control, el aislamiento de variables e indicadores fragmentando la estructura del proceso y la búsqueda de reproducción de la experiencia en otros contextos para poder generalizar sus resultados son rasgos centrales de este paradigma.

Mucho se ha escrito y denunciado sobre los límites de esta manera de conocer “que escolarmente copia una imagen reduccionista de la experiencia como copia de lo real” (3). Sin embargo, este paradigma se ha difundido notablemente en la investigación educativa. El riesgo más inmediato es la simplificación, que consiste en la reducción del proceso educativo a determinados aspectos manifiestos; en su fragmentación en elementos aislados, eludiendo su complejidad e ignorando los procesos subyacentes u ocultos tales como los intereses de los distintos grupos, la dinámica institucional, las posiciones de poder, los conflictos ideológicos, los procesos cognitivos y simbólicos, y el contexto social e institucional.

Esta orientación ha estado fuertemente expresada en las investigaciones dirigidas a la búsqueda de metodologías y enseñanzas a través de técnicas del tipo “laboratorio” para ser generalizables con independencia de sus significados contextuales. Así, “la desvinculación tradicional entre los procesos educativos y el entorno, ámbito y sociedad concreta en que tales procesos se desarrollan, ha demostrado que es una de las causales de los resultados decepcionantes del esfuerzo educativo en salud” (4).

El paradigma subjetivista y la negativa a construir un conocimiento científico

Este riesgo resulta de una fuerte tendencia en la investigación educativa actual, que emerge del rechazo a la visión empirista. Oportunamente se verificó que la complejidad de la situación educativa obligaba a abandonar la búsqueda de leyes generales y a describir los contextos singulares en que ella se produce. Se originan corrientes muchas veces apoyadas en una visión fenomenológica que afirma que se conoce el mundo tal como lo conocen los sujetos que lo experimentan diariamente. Se enfatiza la dificultad de tener reglas generales para entender los fenómenos educativos, se valoriza la descripción de grupos sociales específicos y el estudio de culturas específicas, así como la experiencia individual, negándose la posibilidad de generalizaciones.

Para Sharp y Green (5) esta corriente fenomenológica social no proporciona un marco de referencia analítico adecuado para entender las estratificaciones entre los grupos de trabajadores dentro de las instituciones de salud. De acuerdo con esta visión, el marco de referencia se presenta conceptualmente débil y menos político de lo que debería ser para comprender la compleja relación que existe entre los signifi-

cados comunes, prácticas y decisiones, y el aparato ideológico institucional que enmarca las prácticas en las instituciones de salud.

Esta tradición se ha interesado usualmente menos en lo que Apple ha llamado el análisis relacional. "Debemos ser precavidos ante algunas de las limitaciones significativas de los análisis puntuales de categorías no interesados explícitamente por las conexiones existentes entre el proceso educativo de los trabajadores en las instituciones de salud y el poder económico y cultural" (6).

En un intento de hacer una crítica de la postura empirista, las corrientes fenomenológicas se apoyan mecánicamente en una crítica subjetivista de la objetividad de los hechos educativos, comprometiendo la comprensión de los fenómenos sociales más amplios.

El paradigma crítico y el riesgo de la fuga del análisis del proceso pedagógico

Otras vertientes actuales en la investigación educacional presentan una saludable tendencia superadora tanto de la visión simplificada y mecanicista cuanto de la fragmentación del subjetivismo. Estas contribuciones apoyadas en un marco referencial integrador, colocan al investigador (sujeto) en interacción dialéctica con el objeto de estudio. En este proceso tanto el sujeto como el objeto mantienen su existencia objetiva real, al mismo tiempo que actúan uno sobre el otro. Esta relación no se agota en la especificidad de ambos, pues lo que la define es su carácter histórico. El análisis de las singularidades es atravesado por la explicación teórica y, a su vez, la teoría integra la dinámica de esa singularidad. Sin embargo, se observa en esta tendencia una dificultad para penetrar en el interior del proceso pedagógico. En general son estudios que se dirigen al análisis del contexto sociopolítico así como a la organización del trabajo en los servicios y las demandas que esto presenta para el proceso educativo. Entretanto avanzar hacia el estudio de ese mismo proceso, de las necesidades de capacitación y de sus productos requiere de la investigación educacional específica. Superando las limitaciones de los enfoques investigativos anteriores, se hace necesaria la construcción teórica para el análisis de los procesos sociocognitivos y de las prácticas integrado a esta visión dialéctica del proceso.

HACIA UN MODELO INTEGRADO Y ORGANICO DE INVESTIGACION EDUCACIONAL

Las actuales tendencias en investigación educacional definen a esta como un proceso de análisis e interpretación sistemática acerca

del fenómeno educativo dentro de la dinámica contradictoria de las instituciones enmarcadas en un contexto histórico-social determinado.

En cuanto al proceso educativo del personal de salud en servicio, la cuestión se refiere al estudio de la enseñanza dentro del proceso de trabajo, contextualizada en la dinámica contradictoria de las relaciones de trabajo en las instituciones, y encuadradas en determinantes sociales más amplios, tales como la estructura socioeconómica; los procesos políticos; las políticas de salud, y las presiones ideológicas y sociales que operan en los grupos.

Precisamos entonces de un modelo integral de análisis que pueda centrarse en el interior de los procesos educativos dentro de las múltiples determinaciones del contexto. Esto es, un modelo que permita profundizar en los procesos cognitivos y su expresión en la práctica dentro del escenario en que están insertos.

Así, la investigación educacional se dirige al proceso educativo —referido al interior de los grupos de “trabajadores-alumnos” y de su dinámica de aprendizaje-conocimiento— realizado entre un eje *macro-social* (procesos de determinación histórica envolvente) y un eje *micro-social* (expresado en la dinámica institucional, su historia y funcionamiento organizativos, sus relaciones de poder).

Se trata, pues, de juntar los elementos dispersos en el trabajo investigativo considerando todas las complejas relaciones que articulan el conocimiento, la cognición y la transformación de las prácticas dentro del proceso de trabajo. Ello requiere analizar las *condiciones del contexto de realización* de la acción educativa (valores y expectativas de los actores, modos de organización, disponibilidad de las autoridades, estructuras de soporte, etc.), la *dinámica del proceso formativo* (procesos cognitivos, dinámica psicosocial, apropiación de conocimientos; producción de respuestas alternativas que se traducen en nuevas prácticas, etc.), así como la *evaluación de sus resultados* en el mejoramiento de la calidad de atención, en el desarrollo de la capacidad y autonomía del trabajador y en la organización e integración del equipo de trabajo y con la comunidad.

Es importante establecer una clara definición del problema que se va a investigar a partir de su referencial teórico, evitando la tendencia empirista de esperar que la teoría surja de los datos visibles.

A partir de estas definiciones, es necesaria una clara explicitación del método (más allá de las técnicas) y el cuidado metódico en la utilización de las técnicas. El método representa la estrategia concreta e integral de trabajo para el análisis de un problema o cuestión coherente con su definición teórica y con los objetivos de la investigación. La unidad e integración de los datos que se recojan a través de técnicas específicas es asegurada desde el método —como lógica del trabajo—, desde la definición teórica del problema y desde los propios objetivos del estudio.

Así, distintas técnicas pueden coexistir como una estructura colectiva para la búsqueda de informaciones. Pueden compartir solidariamente técnicas grupales de diagnóstico, de resolución de problemas con cuestionarios convencionales, entrevistas colectivas con entrevistas individuales clásicas, técnicas de historias de vida con tratamiento estadístico de datos, técnicas de observación controlada o de observación participante con técnicas de corte didáctico para la intervención en los grupos.

Evitando los riesgos de las distorsiones o del eclecticismo en la combinación de técnicas, la preocupación teórico-metodológica del investigador y los objetivos de la investigación son fundamentos para la unidad del raciocinio (7).

LOS METODOS DE INVESTIGACION EDUCACIONAL EN SALUD

A partir de la definición teórica del problema y de los objetivos de la investigación, el investigador seleccionará un método de trabajo coherente. Entre las posibilidades, cabe destacar el método clásico o "positivo," el método etnográfico, la investigación participativa y la investigación-acción.

El método clásico o positivo

La investigación educacional ha recibido desde sus orígenes la influencia decisiva del paradigma del método científico de fundamentación empírica. Sus objetivos están dirigidos a la observación de los fenómenos, a la tentativa de comprobación de hipótesis y a la búsqueda de correlaciones. Dentro de este enfoque, la investigación educacional adopta distintos tipos de estudios:

- *Descriptivos*, dedicados a la observación, registro y control detallado de los fenómenos con el fin de detectar variables y formular hipótesis para futuros estudios; este nivel es apropiado para los casos en que no existan datos previos, o cuando se quiera establecer una base de datos.
- *Analíticos*, dirigidos a la búsqueda de asociaciones y de relaciones directas entre variables, utilizando diseños de observaciones, y no de manipulación; en este nivel se busca establecer correlaciones o asociaciones directas.
- *Experimentales y quasi-experimentales*, en los que se procura establecer las relaciones de causa-efecto, utilizando la introducción de variables y la medición controlada de las mismas.

En este nivel, se ha desarrollado una gama de modelos para la investigación en la educación; los pre-experimentales (estudios de casos, un caso con pre y post tests, comparación de grupos no aleatorios); los experimentales (grupos de control con pre y post tests, grupos salomónicos, grupos de control con post test) y quasi-experimentales (series de tiempo, manipulación y medición alterna de variables) (8).

Los pasos fundamentales del proceso de investigación no constituyen un camino rígido para el pensamiento del investigador. Sin embargo, pueden identificarse los siguientes:

- observación de los fenómenos de un área específica y definida;
- formulación de un problema rastreado de la observación de los datos empíricos;
- formulación de las hipótesis como respuesta tentativa al problema;
- diseño de la prueba, seleccionando procedimientos de comprobación/rechazo de las hipótesis, y
- conclusión o resultados (9).

El método ha sido muy utilizado en el área educativa para la búsqueda y comparación entre metodologías de enseñanza, evaluación y medición de resultados, definición de perfiles y profesiogramas, pruebas de materiales instruccionales, diseños curriculares, etc.

Sin embargo, la mayor contribución del método podría encontrarse en la conformación de bases de datos o en estudios globales dirigidos a analizar las condiciones sociales y organizacionales del contexto de realización del proceso educativo. En todos los casos, deberá evitarse proceder con el modelo de “caja negra” que ha caracterizado tradicionalmente a este método. Para ello, el investigador deberá contar con un referencial teórico-explicativo que permita la interpretación crítica de los datos, contextualizando históricamente el estudio a la luz de los procesos sociopolíticos.

En general, pueden señalarse las limitaciones de este método para la comprensión de las complejas interacciones entre el proceso de enseñanza, el contexto socioeconómico y los fenómenos culturales e ideológicos. Al mismo tiempo, puede advertirse dentro del método una escasa fertilidad para penetrar en los fenómenos subjetivos que enmarcan toda situación grupal-institucional y que acompañan los procesos de enseñanza. Estos suponen el tránsito de una determinada percepción —construida socialmente e internalizada individualmente— hacia otro campo de nociones o significados sociales y científicos.

El método etnográfico

En oposición al paradigma del método empírico-experimental y de medición cuantitativa, en la década de los 70 se comienza a difundir un nuevo método en la investigación educacional: el método etnográfico.

Este método tiene sus fuentes en la tradición antropológica y está orientado hacia el estudio de los fenómenos sociales con la intención de describirlos y comprenderlos en el proceso de construcción de nuevos conocimientos.

Existe un gran debate sobre las bases filosóficas de la etnografía, pudiendo observarse desde trabajos etnográficos de mero nivel descriptivo —dentro de la más arraigada posición positivista— hasta otros que buscan describir el funcionamiento de una cultura particular en los términos más próximos posibles a las formas en que los miembros de esta cultura perciben su universo (10).

Otro enfoque metodológico en la etnografía ha buscado referencial en la teoría de Gramsci. En esta perspectiva, se da importancia a la historia y a la interpretación de los conceptos y de las relaciones culturales, en general, definiendo también las relaciones específicas que se dan entre una cultura determinada y la superestructura en que ocurren los fenómenos sociales.

En este enfoque, la dimensión histórica es fundamental, construyéndose un “presente histórico”, donde se reconocen las contradicciones en los procesos sociales. Hay una ampliación de los espacios institucionales abarcando no solo otros espacios sociales sino también otras instituciones ligadas a los fenómenos estudiados.

El objeto de estudio de la investigación educacional etnográfica es siempre el proceso social y su dimensión histórica dinámica y no solamente su configuración formal o estructural.

En esta perspectiva, se da la reconstrucción del proceso social mediante una construcción teórica subyacente. El modelo teórico no requiere concebirse como acabado desde el comienzo de la investigación para no ser limitante del proceso de observación. En este modelo no se operacionalizan las variables como en la investigación clásica. La definición de las categorías teóricas va siendo construida durante el proceso de investigación de manera abierta y artesanal.

El investigador, dentro de este enfoque, observa y paralelamente interpreta, seleccionando en el contexto lo que es significativo con relación a la construcción teórica que está realizando. Crea nuevas hipótesis, analiza y construye el contenido de los conceptos iniciales. En este proceso, surge la posibilidad de crear y enriquecer la teoría. Como resultado final, el investigador se interesa por la transformación de la realidad y no por la mera descripción de los fenómenos sociales.

La investigación participativa y la investigación-acción

La investigación participativa en educación y ciencias sociales surge como un esfuerzo por superar las limitaciones de otros enfoques metodológicos. En sus orígenes intentó llenar los vacíos de la investigación vinculada al racionalismo planificador que elaboró sus diagnósticos y pronósticos a partir de la evolución de tendencias e indicadores globales y de los objetivos emanados desde las esferas de poder. Así, investigadores, planificadores y políticos advirtieron que la lógica de las prácticas corría por canales diversos a la lógica de los proyectos “racionalmente” construidos.

Los proyectos de investigación de tipo participativo aparecen en la literatura con designaciones diversas (investigación participativa, investigación-acción, observación participante, investigación popular y otras).

En todos estos proyectos, se observa que existe una interacción entre investigadores y participantes representativos de una situación o problema por investigar. Sin embargo, estos trabajos pueden partir de paradigmas teóricos diferentes.

En algunos casos la participación se refiere solamente a la observación participante por parte de los investigadores, que establecen relaciones con personas y grupos involucrados en una situación, con el objetivo de que el problema a investigar sea mejor aceptado y comprendido.

En otros proyectos, la investigación participativa puede tener un concepto de participación manipulativa de los distintos grupos sociales, dirigida centralmente a ganar su adhesión a determinados proyectos, dado que cualquier análisis de la realidad y cualquier proyecto político requieren del concurso de los agentes directos del proceso educativo y social.

En otros casos, las investigaciones intentan alcanzar formas de participación crítica de los sujetos como verdaderos actores de la investigación. En este proceso, los participantes realizan una reflexión individual y conjunta para identificar los problemas concretos de la práctica y sus causas; para ello, se pueden adoptar diversas formas y estrategias, así como distintos niveles de participación.

De lo anterior se desprende que no existe un modelo único de participación, dependiendo de la posición que adopte el investigador en la definición de su plan de trabajo y de las posibilidades que emerjan del contexto social e institucional. Puede afirmarse que cuanto más centralista o autoritario sea el proceso de gestión institucional más reducida será la gama de posibilidades de participación.

En algunos casos, las investigaciones no solo postulan la participación plena de los actores en la definición de problemas y necesi-

dades (momento diagnóstico) sino que, además, se comprometen con la producción colectiva de acciones dirigidas a la resolución de los problemas.

En el presente documento se enfatiza que la investigación-acción combina los siguientes aspectos fundamentales:

- la investigación de los problemas identificados por los interesados;
- la reflexión individual y colectiva acerca de las causas de los problemas;
- la educación, que implica que quienes participan se apropien del nuevo conocimiento y a la vez produzcan conocimientos para su utilización y generalización;
- la acción organizada para resolver los problemas y modificar sus causas, y
- el control y validación.

Así, se puede concluir que el objeto de la investigación no son las personas sino la situación social y los problemas encontrados en ella. Por lo tanto, las personas implicadas en la situación investigada son también sujetos del proceso, interactuando con los investigadores que pasan a ejercer una función de apoyo y facilitación del proceso (7).

La validez de este método se da por la relación que hace entre la teoría y la práctica. Se basa en el supuesto de que para percibir y conocer una realidad es necesario actuar en ella; no existe un conocimiento válido que no se origine y compruebe en la acción. Para ello se requiere enfocar un plan de trabajo para:

- concientizar al grupo sobre su realidad y su capacidad para resolver problemas;
- lograr la circulación y producción de conocimientos necesarios para dicha resolución, analizando su significado;
- tomar decisiones conjuntas y producir acciones significativas (y no de mero activismo) para esa resolución y transformación de las prácticas (11, 12).

En la investigación-acción, se verifica una integración entre el conocimiento popular o de la experiencia práctica con el conocimiento científico, partiendo del primero como producto de la base social del grupo.

La elección de cualquiera de estos métodos dependerá de las posibilidades del contexto, de la posición del investigador y de los objetivos de la investigación. En ambos casos, estas metodologías producen un acercamiento e interacción entre los sujetos de la investigación y los problemas de la realidad, a partir de la percepción de los propios actores. Ellas ofrecen valiosos caminos para la investigación educacional

comprometida con la transformación de las prácticas y de las instituciones.

UTILIZACION DE LA INVESTIGACION EDUCACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LA EDUCACION PERMANENTE EN LOS SERVICIOS DE SALUD

En esta sección se procura discutir la metodología y la ejemplificación de las diferentes líneas de investigación educativa en los servicios de salud, partiendo de la identificación de las necesidades educativas, el análisis del proceso educativo y sus relaciones con el contexto en el que se da la acción de los servicios de salud, y el análisis del proceso de monitoreo y supervisión como momento de evaluación global del proceso educativo en salud.

Investigación para la identificación de las necesidades

El análisis de las acciones en materia de educación permanente del personal de la salud a partir de la década de los 70 muestra una tendencia prioritaria a la proliferación de cursos, seminarios y conferencias dirigidos a: la actualización científico-tecnológica del personal y la difusión de políticas de salud de modo de asegurar su implantación y desarrollo.

Esto indica que se hace hincapié en priorizar las necesidades educativas de tipo cognitivo, definidas no a partir de la práctica del servicio, sino en forma deductiva desde el conocimiento y la política.

En los últimos años, y con base en los resultados poco satisfactorios de esa forma de trabajo, se observa una fuerte tendencia a ampliar el campo de las acciones formativas a partir de necesidades detectadas generalmente de manera asistemática. En este sentido, la investigación educativa podrá brindar contribuciones en el intento de identificar y priorizar las necesidades de formación. Considerando una visión ampliada de la cuestión educativa, más allá de la mera estrategia de actualización, un diagnóstico de necesidades formativas deberá contemplar: las condiciones de salud y el contexto; las políticas educacionales y de salud; las características de los servicios; las condiciones de la práctica y del conocimiento, y las características y demandas de los trabajadores.

Análisis de las condiciones de salud y del contexto

Las necesidades deberán ser identificadas, en primer término, a partir de investigaciones epidemiológicas realizadas como fuentes se-

cundarias de datos, así como censos sanitarios, estadísticas y otros datos relevantes.

En áreas donde no existe suficiente información publicada, se requiere recurrir a los centros de salud, servicios, municipios, escuelas. Es importante observar que en las poblaciones existen muchos más datos de los que generalmente se utilizan o conocen.

Una importante fuente primaria para el conocimiento de las necesidades de salud de la población es la propia información que brindan los miembros de la comunidad. Ella indicará las necesidades sentidas (expresadas por un individuo o una población) y las necesidades expresadas (necesidad sentida transformada en demanda) (13).

Otros informantes claves son los profesionales de salud que trabajan en los servicios. Ellos tienen una percepción particular de los problemas de salud. La muestra que se organice para obtener las informaciones de estos profesionales debe ser representativa de las distintas categorías (médicos, enfermeros, auxiliares, etc.), de los diferentes niveles de atención (primario, secundario, terciario) y de distintas áreas geográficas, económicas y epidemiológicas. Estos grados de representatividad sufrirán variaciones según la naturaleza del problema que se esté investigando y su amplitud.

Como resultado, podrán detectarse las necesidades normativas (necesidad de resolver una situación-problema del área) así como las necesidades sentidas o expresadas por los distintos grupos profesionales. Podrán así realizarse estudios de la necesidad comparada entre las necesidades que surgen de los actores de los servicios de salud, por niveles de complejidad, así como entre las necesidades sentidas y expresadas por los profesionales y la población.

Posteriormente, es importante comparar los resultados obtenidos de los profesionales y de la comunidad (necesidad comparada) con los datos epidemiológicos del área. Este análisis permitirá verificar las congruencias o discrepancias entre el contexto y la percepción de los agentes sociales. Estas discrepancias son indicadores cualitativos de necesidades de formación. Su análisis permite distinguir la dimensión subjetiva (visión parcializada) de los problemas objetivos de formación. Estas rupturas pueden mostrar problemas como los siguientes:

- Distancia entre las percepciones y valoraciones de los agentes sociales y los problemas epidemiológicos del contexto, evidenciando falta de compromiso con los problemas de salud prioritarios.
- Fracturas perceptivas entre los distintos grupos sociales o profesionales, indicando rupturas en la comunicación, prejuicios, problemas de poder o status o de intereses económicos.

- Coherencia entre las percepciones de los distintos actores sociales (profesionales y comunidad), pero desvío de esta percepción respecto a los datos de los estudios epidemiológicos; esto puede indicar la existencia de una buena comunicación entre los profesionales y la comunidad, pero a la vez, escasa información científica pertinente.

Las informaciones para el diagnóstico de necesidades pueden lograrse a través de la encuesta clásica, la entrevista a informantes claves o la investigación participativa.

Como principales técnicas, pueden utilizarse los análisis estadísticos, las entrevistas individuales o colectivas y los grupos de discusión.

Las políticas educacionales y de salud

Son otras fuentes importantes de análisis para la identificación de necesidades educativas. Frecuentemente se cree que hay una coherencia entre las políticas de educación y salud una vez que estas forman parte de una política más general. Sin embargo, existen contradicciones o espacios de conflictos o de omisión que no son explícitos. Un diagnóstico hecho a partir de estas políticas debe considerar no solo las indicaciones que emergen de ellas sino además las rupturas que permiten las acciones innovadoras.

Para la investigación de esta área, las técnicas de análisis documental, entrevistas semiestructuradas y no directivas, testimonios, y entrevistas colectivas, son de utilidad para identificar las tendencias y conflictos en las políticas. En todo caso, es importante distinguir las aproximaciones y distancias entre las políticas explícitas e implícitas.

Para el análisis, es conveniente considerar los puntos de vista de los líderes de la institución y de la comunidad. Los resultados obtenidos del proceso son base de información importante para el desarrollo de la educación permanente del personal de salud.

Características de los servicios

Se incluye en este objeto de análisis la dinámica y organización institucional, la organización de las prácticas de los servicios y las funciones del personal. Esta dimensión es de real importancia si se pretende que el diagnóstico colabore significativamente para mejorar los servicios de salud. Muchas propuestas educativas han fracasado por no haber realizado un adecuado análisis de la dinámica institucional en que el proceso de enseñanza se realiza. Para definir sus características, se requiere entonces comenzar detectando sus necesidades de transforma-

ción tanto a nivel de las prácticas de los diferentes grupos profesionales como de los requerimientos institucionales.

Para este diagnóstico se revelan como especialmente fructíferos los métodos de investigación participativa y de investigación-acción. También se revela de utilidad el método etnográfico que permite analizar las dinámicas latentes a las expresiones observables. Independientemente del método utilizado, es importante contemplar los comportamientos no verbales y las actitudes implícitas (ritos, rutinas, gestos, silencios y otros tipos de mensajes). Se considera relevante investigar:

- *la distribución (explícita o implícita) de las responsabilidades y funciones, dentro de los servicios y con la comunidad;*
- *las redes de comunicación: articulación y barreras; circulación de las informaciones;*
- *el proceso de trabajo: sistemas de cooperación o competición; gerencia de los servicios: proceso, verticalidad, jerarquía, horizontalidad; división técnica del trabajo, en especial sus aspectos científico-tecnológicos; distribución del tiempo y su utilización.*

Análisis de la práctica y del conocimiento

Si bien se reconoce el valor del conocimiento de las teorías y tecnologías más avanzadas, en el momento de identificar necesidades es necesario preguntarse ¿para qué? y ¿para quién? es esa actualización. Estas preguntas remiten a la utilización social del conocimiento para el mejoramiento de la práctica y de los servicios así como el análisis de la posibilidad de su utilización a este nivel. Muchas veces el conocimiento de técnicas más simples y de bajo costo es más eficaz para atender diversas necesidades. Este diagnóstico de necesidades de aprendizaje requiere partir de la observación de las prácticas de trabajo en los servicios, de modo de detectar los obstáculos que tienen que ver con la falta de o lagunas en el conocimiento. Podrán utilizarse datos *cuantitativos*, como por ejemplo:

- frecuencia de determinadas prácticas o rutinas: esta puede ser un indicador suficiente de falta de información (contaminación del ambiente de trabajo, olvido en el registro de datos, entre otros);
- impacto de determinadas innovaciones en el mejoramiento del servicio, a través de indicadores (número de casos que son atendidos a partir de la introducción de un nuevo procedimiento).

También pueden utilizarse datos *cualitativos*, tales como:

- comportamientos técnicos ocasionales —no frecuentes— que evidencian rupturas en el conocimiento (utilización incorrecta de un equipo, dosis inadecuada de un medicamento, mal uso de equipo de bioseguridad, por ejemplo).

Por ello la observación etnográfica y la investigación participativa se presentan como caminos apropiados, junto con la observación controlada. La indagación deberá avanzar más allá de los elementos empíricos observables investigando en forma individual y colectiva, acerca de los supuestos científicos de las acciones.

Más allá de los conocimientos científico-tecnológicos básicos para el proceso de trabajo, es necesario tener en cuenta el grado de actualización de los conocimientos para el desarrollo de los servicios.

Para que esto ocurra, es importante que en instituciones universitarias y en grupos dedicados a la investigación se identifiquen espacios de integración entre la docencia universitaria, la investigación y los servicios. La regionalización que apunte a identificar grupos de trabajadores de servicio que tienen funciones docentes es un instrumento que facilita esta mutua alimentación; son estos grupos los más calificados para reconocer aquellas áreas del servicio que requieren de la actualización. Al mismo tiempo, los servicios deben alimentar a los grupos universitarios con la identificación constante de sus necesidades y problemas que requieren investigación, involucrándose en el propio proceso investigativo.

La investigación aplicada al campo educativo es un instrumento eficaz para colaborar con:

- la detección en los servicios de las áreas que requieren de mayor desarrollo científico-tecnológico;
- el análisis de tendencias en la investigación en salud en relación con su aporte al desarrollo de los servicios;
- la identificación de grupos de docencia-investigación que podrían articularse a los servicios, y
- el análisis de mecanismos y formas concretas de integración, así como de sus obstáculos.

Características y demandas de los trabajadores

Al hacer una evaluación de las características de los trabajadores, es necesario tomar como base que estos son adultos responsables cuya actividad principal es el trabajo, como medio de subsistencia y como medio de realización social y personal. Con el trabajo, este adulto contribuye al desarrollo de las instituciones de salud. “A pesar de la

heterogeneidad dada no solo por su formación previa sino también por su inserción social, funciones que ejerce, relaciones de poder, jerarquía e inserción en la red, el trabajador es ciudadano social e históricamente determinado, apto para adquirir y producir conocimientos” (14).

La investigación educacional que pretende servir como subsidio para la educación permanente del trabajador de salud dentro de esta concepción, tiene importantes tareas que realizar. Entre ellas, es necesario elaborar una caracterización del grupo de trabajadores a los que se dirige la acción y recuperar las informaciones emergentes de estudios sobre fuerza de trabajo en salud, de modo de poder referenciar las acciones investigativas y educativas. En caso de que no existan estudios previos, podrán relevarse datos significativos, así como colaborar para montar un sistema de información permanente y actualizado (origen socioeconómico, condiciones de trabajo, sistemas de incentivos, proceso formativo, entre otros).

A partir de estos estudios, la investigación educacional debe profundizar el análisis del universo cultural previo del grupo de trabajadores, como concepciones provenientes del contexto social específico, inscriptos dentro del “sentido común”. El adulto trabajador no es un “papel en blanco” y el proceso educativo deberá considerar sus referentes culturales y sus estructuras cognitivas como organizadores del pensamiento.

En este sentido, es importante comprender los mecanismos cognitivos de causalidad y de interacción múltiple de factores; de propiedades semánticas de lenguaje (en términos como salud/enfermedad, comunidad y paciente, tratamiento, etc.); sistemas de clasificación, valoración y motivación, etc. Estas informaciones deberán ser referenciadas en función del origen socioeconómico y del contexto y condiciones de trabajo de estos trabajadores.

La investigación educacional —buscando aportes de la psicología, del psicoanálisis y de la semiótica— podrá estudiar el comportamiento de los individuos trabajadores de la salud de modo que el proceso educativo tenga una base de sustentación más consistente.

Así, la investigación podrá orientar no solo las acciones educativas para el avance en las informaciones científicas sino también, y conjuntamente, colaborar con el desarrollo del proceso de pensamiento de los trabajadores y con la motivación y compromiso frente a su tarea, al ser considerados como actores principales de su proceso de conocimiento.

De todo el análisis anterior, interpretando las características de los trabajadores, la dinámica institucional en la que se inscriben los procesos de trabajo, el estudio de las políticas educacionales y de salud y el análisis de la percepción de los actores y de las necesidades del contexto sanitario, se deriva a manera de síntesis el *diagnóstico de las*

necesidades de formación. Según sean las características de las necesidades detectadas por la investigación, así será el proceso educativo recomendado para su implementación.

Investigación para el desarrollo del proceso educativo

Sin duda, la realización de diagnósticos de necesidades de formación, tal como fue expuesto en páginas anteriores, es ya un aporte significativo para el desarrollo del proceso educativo y de los servicios. Sin embargo, existen otros campos de investigación que pueden colaborar estrechamente con el proceso pedagógico. A continuación describiremos algunos de esos campos.

Estudios para el desarrollo de diseños curriculares

A partir del diagnóstico de necesidades, se requiere fortalecer, a través de la investigación, la búsqueda de nuevos modelos de organización de la enseñanza-aprendizaje superadores de los modelos lineales y fragmentarios que han caracterizado a los *curricula* de formación del personal de salud.

A partir del análisis de las relaciones que en un determinado momento histórico existen entre las instituciones de salud y la estructura social, el conocimiento del sentido y magnitud de una serie de fuerzas de presión que interactúan entre el sistema de salud y el sistema político, económico e ideológico de una sociedad concreta, se busca hacer un análisis de los contenidos curriculares, de las metodologías utilizadas y de las prácticas pedagógicas prevalentes.

En el proceso de promover el aprendizaje en los servicios, es importante investigar cómo se dará la organización curricular fuera de los patrones tradicionales académicos, pero sin perder de vista la importancia de que se determinen los ejes integradores del planeamiento curricular. En un segundo momento de la investigación es importante determinar cómo debe ser conducido el plan de estudios en el proceso educativo.

Es necesario estudiar nuevas formas de determinación de las competencias profesionales que reemplacen las enumeraciones de objetivos comportamentales, que tanto atomizan la complejidad del comportamiento y de las prácticas en los servicios.

En cuanto al contenido, es importante apoyar el diseño de estructuras conceptuales que, sustentando la transformación de la práctica, superen la organización unidireccional y parcial de las disciplinas.

Junto a esto, se necesita investigar nuevas metodologías que integren la enseñanza al servicio de manera efectiva, que articulen en forma dinámica y permanente la práctica y la teoría, que abran nuevos

espacios para la educación en los servicios (más allá de un "aula de clase"), que fortalezcan el trabajo multidisciplinario en los servicios, que lleven a la aproximación, cada vez mayor, entre las funciones del docente, supervisor y prestador de servicio.

Deberán estudiarse nuevas metodologías para estimular la creatividad y el compromiso con el servicio por parte de los trabajadores. Ellas podrán apuntalar este proceso a través de la revalorización del saber de la práctica y del sentido común.

La producción de materiales instruccionales podrá ser apoyada por la investigación. Esto no solo en términos de la producción de recursos, sino también en el estudio de los lenguajes apropiados para la transmisión de contenidos diversos y para la generación de nuevos conocimientos. Es posible investigar la relaciones entre el tipo de material que se quiere utilizar, la metodología de enseñanza, los contenidos y el tipo de aprendizaje que se desea estimular. Esto significa decir que el recurso material no es neutro y presenta una gama de posibilidades de realización (15, 16).

La investigación educativa debe apoyar asimismo el estudio de nuevas formas de evaluación del aprendizaje, apropiadas a la integración de la enseñanza al servicio y a la estimulación del comportamiento creativo.

En todos estos casos, los métodos de investigación-acción y de investigación participativa aparecen como más apropiados. Diversas técnicas como grupos de discusión, observación participante, observación controlada y análisis de casos, pueden ser instrumentos valiosos.

En el caso de ciertos aspectos más puntuales puede requerirse de la investigación empírica o tradicional. Por ejemplo: para establecer cómo se relacionan los sistemas de símbolos con los procesos cognitivos y de aprendizaje; para determinar la correlación entre los contenidos y el proceso mental y los diferentes tipos de materiales instruccionales.

Estudios para el desarrollo de la supervisión

Los procesos de cambios y descentralización de los servicios han ido llevando paulatinamente a modificaciones en los procedimientos y las funciones de la supervisión, de acuerdo con las necesidades encontradas a nivel de los servicios. De un modelo puramente gerencial de supervisión en el que se enfatizaban las funciones burocráticas y de fiscalización, la supervisión comenzó a ser considerada un elemento crucial para los procesos educativos permanentes. La tendencia actual es ver a la supervisión en sus componentes de planificación y programación, de organización interna de los servicios, docencia y apoyo al trabajo comunitario (17).

La investigación educacional también puede tener un papel

muy importante en el desarrollo de las funciones de la supervisión y su dinamización. En primer lugar, es necesario analizar el proceso de supervisión e investigar cómo el componente educativo se integra al mismo. Para ello podría aplicarse la observación etnográfica, el estudio de casos y la observación participativa en el servicio. El objetivo apunta a la elaboración de modelos técnicos y conceptuales para el desarrollo de la supervisión y, en especial, de su componente educativo.

Una tercera línea de investigación la constituye el desarrollo de estrategias y técnicas de supervisión que apoyen al proceso educativo. Estrategias como la programación educativa, participativa, evaluación, control y monitoreo, integrados al proceso de trabajo de la supervisión, son aspectos que requieren de la investigación educacional. Un trabajo tendiente a la elaboración de indicadores cuantitativos y cualitativos a partir de las necesidades detectadas en los servicios y en el progresivo avance en su satisfacción podría ser un aporte valioso para el seguimiento y monitoreo del proceso (18).

Estudios para la evaluación del proceso educativo y de sus productos en los servicios

Además del aporte para la construcción de nuevos diseños curriculares, la investigación educacional tiene la tarea de evaluar el desarrollo del proceso educativo y el producto para la transformación de la práctica en los servicios. Esta evaluación apunta, al mismo tiempo, a valorar el impacto, a más largo plazo, de las acciones educativas para el mejoramiento de la calidad de la atención. Para ello se pueden organizar estudios longitudinales, a través del tiempo, con cortes transversales destinados a evaluar productos parciales y acumulativos. En los diseños longitudinales pueden utilizarse la observación etnográfica, la observación participante, las listas de cotejo y las entrevistas individuales y colectivas.

Para ambos tipos de estudios es conveniente establecer algunos indicadores complejos de tipo cualitativo; por ejemplo: nuevas actividades generadas a partir de los procesos de capacitación integrados a la reorganización de los servicios; utilización de datos en las prácticas que antes eran enviados al archivo de estadísticas; modificaciones de comportamientos de la comunidad relacionados con cambios en los procesos de atención; énfasis en las actividades preventivas más que curativas.

Entre los indicadores cuantitativos podrían señalarse algunos como: reducción de número de atenciones hospitalarias a partir de una mejor atención en el primer nivel, y aumento en la detección de casos de patología endémica como resultado del proceso de capacitación y reestructuración del servicio.

Es importante que la investigación acompañe permanentemente todas las etapas del proceso educativo, verificando la progresiva satisfacción de las necesidades, los logros y, especialmente, la colaboración en la detección de las dificultades y contradicciones que se operan en la práctica.

CONCLUSIONES

La escasez de investigaciones en el área educacional, confrontada con la importante cantidad de líneas de investigación que podrían ser desarrolladas según se ha dicho, indican la necesidad de estimular la creación de grupos nacionales de investigación con condiciones para avanzar en este espacio de trabajo.

Los aportes resultantes de las diferentes líneas de investigación institucional pueden contribuir, cada vez más, a conformar un capital de conocimiento acumulado capaz de sustentar un referencial teórico sobre educación permanente en salud.

La elaboración de teorías y aportes metodológicos fortalecerán gradualmente la conformación de una comunidad científica en la materia. Esa comunidad deberá estar integrada por miembros tanto de instituciones de investigación altamente especializadas y de universidades como de profesionales de los propios servicios de salud. Se garantiza así el trabajo de análisis del proceso educativo y sus relaciones con los determinantes macro-contextuales desde una óptica exterior al mismo; se crean condiciones, asimismo, para el desarrollo de investigaciones operativas, cuyos resultados serían rápidamente absorbidos por los servicios. Esto contribuirá, además, a formar una actitud crítica y creativa en los profesionales que realizan la práctica.

La interacción entre ambos niveles o momentos de investigación y entre ambos tipos de profesionales posibilita la conformación de ese referencial teórico-metodológico y de consolidación de los grupos. El trabajo así concebido puede ser enriquecido por la visión interdisciplinaria que da respuesta a esta realidad compleja. Sin duda los mayores beneficiarios de este proceso serán los propios servicios de salud.

Es necesario, entonces, pensar mecanismos de cooperación técnica adecuados a estos objetivos. Un primer paso puede ser la articulación entre grupos e instituciones nacionales y regionales así como de recursos y procesos de coordinación que tienden a fortalecer las acciones de la investigación en educación. Estos mecanismos de cooperación deben incluir la constitución de *redes de intercambio interinstitucional y de cooperación técnica entre los países*.

REFERENCIAS

- 1 Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. *Investigación de personal de salud*. Washington, DC, 1985, pp. 60-61. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 66.
- 2 Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. *Investigación educacional en salud*. Washington, DC, 1988, pp. 20-24. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 77.
- 3 Bourdieu, P., Chambore, D. y Passeron, J. C. *El oficio del sociólogo*. México, Editorial Siglo XXI, 1986, p. 19.
- 4 Mercer, H., Brito, P., Vidal, C. y Vuegen, S. El contexto de los procesos capacitantes. In: Organización Panamericana de la Salud. *Educación permanente de personal de salud: Fascículo II*. Washington, DC, 1988, Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 79.
- 5 Apple, M.W. *Ideología y currículo* (Sharp y Green). Madrid, Akal Universitaria, 1986.
- 6 Ibid, p.183.
- 7 Thiollent, M. *Metodología de pesquisa-ação*. São Paulo, Cortez Editora, 1985.
- 8 Campbell, D., y Stanley, J.C. *Experimental and Quasi-experimental design for Research on Teaching*.
- 9 Pardinás, F. *Metodologías y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales*. 4ta. edición. México, Editorial Siglo XXI, 1970.
- 10 Espeleta, J. y Rosckwill, E. *Pesquisa participante*. São Paulo, Cortez Editora, 1986.
- 11 Vio Grossi, F. La investigación participativa en la educación de adultos en América Latina. Algunos problemas relevantes. In: Organización Panamericana de la Salud. *Educación permanente de personal de salud: Fascículo VII*. Washington, DC, 1988, pp. 129-149. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 84.
- 12 Yopo, B. Reflexiones sobre investigación participativa, educación popular y autogestión educativa. In: Organización Panamericana de la Salud. *Educación permanente de personal de salud: Fascículo VII*. Washington, DC, 1988, pp. 109-128. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 84.
- 13 Alvarez Manilla, J.M. Informe Final de la Reunión de Consulta sobre Educación Permanente en Salud. In: Organización Panamericana de la Salud. *Educación permanente de personal de salud: Fascículo VIII*. Washington, DC, 1989, pp. 47-55. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 85.
- 14 Souza, A., Dos Santos, I., Galvão, E. y Roschke, M.A. El Proceso educativo en salud. In: Organización Panamericana de la Salud. *Educación permanente de personal de salud: Fascículo IV*. Washington, DC, 1989.
- 15 Salomon, G. Media and symbol systems as related to cognition and learning. *Educational Psychol* 71 (2): 131-148, 1979.
- 16 Lefebvre, F. A Oferta e procura de saúde imediata através do medicamento: proposta de um campo de pesquisa. *Rev Saude Publ* (São Paulo) 21 (1): 64-67, 1987.
- 17 Nogueira, R. Supervisión y educación continua. In: Organización Panamericana de la Salud. *Educación permanente de personal de salud: Fascículo VII*. Washington, DC, 1988, pp. 65-82. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 84.
- 18 Canales, F., Turcios, M. I. y Haddad, J. Monitoreo y seguimiento del proceso de aprendizaje. In: Organización Panamericana de la Salud. *Educación permanente de personal de salud: Fascículo V*. Washington, DC, 1989. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 82.

EL ENFOQUE EPIDEMIOLOGICO EN LA FORMULACION DE POLITICAS Y EN LA FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

Enrique Nájera,¹ Margarita Cortés,¹ Carmen García-Gil,¹ Mercedes Rosado,¹ Ana Solano¹ y Francisco Viciana¹

INTRODUCCION

La formulación de políticas que puedan plasmarse en acciones coherentes, en un área social como es la que se encarga de las relaciones interhumanas frente a los problemas de salud y a la salud humana en general, exige un alto grado de dignidad, realismo y racionalidad, para no seguir formulando y manteniendo dogmas, ideas anacrónicas y situaciones que se reflejan en acciones en el mismo sentido.

Ahora bien, si la preocupación dentro del área de salud está dirigida hacia la formulación de políticas encaminadas a ordenar y racionalizar la formación de los elementos humanos que harán posible en el futuro llevar a cabo aquellas políticas, y esa formación tiene que hacerse en el marco de la revisión del papel que las personas responsables están desempeñando ahora, es sin duda mucho más complejo realizarlo sin rozar la dignidad de las personas que están conformando el sistema. De este modo se alcanzan cotas de sensibilidad social difícilmente superables, más aún si se hace todo ello en el marco de una fuerte crisis económica que afecta directamente no solo al sistema sino a todas y cada una de las personas.

Por otro lado, no puede olvidarse que la política prevalente sostiene y es sostenida por una bien cerrada red de intereses, y que estos están suficientemente justificados en concepciones ideológicas, unas sociales y otras elevadas intencionadamente a una mayor jerarquía

¹ Universidad de Sevilla, Facultad de Medicina, Cátedra de Medicina Preventiva y Social. Sevilla, España.

en el rango de la valoración colectiva, a la categorización de religiosas y científicas, de forma que pueden entenderse sin dificultad y constituyen una de las áreas sociales más conservadoras, casi podríamos decir, mejor conservadas y preservadas.

Hablar por ello de cambios en profundidad en el área de formación de recursos humanos, en el área de educación, es casi utópico, hablar de reformas, hablar de evolución es casi un sueño inalcanzable, ya que aquella trama de intereses es capaz de generar una sensibilización social tan activa que exige, para que no se produzca, pensar antes que en los objetivos, antes que en las necesidades, en las dificultades presentes en los elementos que conforman la situación actual.

Al mismo tiempo que se reconocen las dificultades es obvio que no podríamos, tal vez ni pretender, iniciar un proceso de reforma si no se pensara en introducir elementos nuevos, lo cual indica que solamente la posibilidad de un enfoque diferente, radicalmente diferente del “objeto” del sistema de salud puede abrir esperanza en el proceso de cambio del “sujeto”. Un enfoque diferente es el que aporta la epidemiología.

La epidemiología, al conformar un punto de vista comunitario, colectivo e integral de los problemas de salud y de la salud como bien social, va a permitir, al menos teóricamente, imaginar la facilitación del proceso. Este proceso que tiene que ir ocurriendo simultánea y paralelamente en la formulación de políticas de salud y en las de formación de personal, basado esencialmente en el desarrollo de una capacidad de análisis y de crítica de los actuales servicios, acciones y métodos.

EL PROBLEMA

Está claro que una rápida visión retrospectiva no nos permitiría ser optimistas. Si razonamos cómo el personal médico, el personal de los servicios de salud, los recursos humanos del sistema siguen moviéndose, siguen actuando, siguen siendo prácticamente iguales que, por ejemplo, en la época de Hammurabi, hace más de 2500 años. Si entonces tenían que ser reguladas por ley, como lo hace el famoso Código, las situaciones en que el médico quedaba obligado —por ley— a atender a enfermos sin exigir el pago de honorarios, es suficientemente evidente que no se han producido cambios fundamentales, o tal vez “todo ha cambiado para que nada haya cambiado.”

Si, como señalaba Bernard Shaw en 1911, “tenemos que dar un interés pecuniario al cirujano para que nos corte una pierna, ello puede ser suficiente para hacernos desesperar de la humanidad política.”

No hay duda de que el análisis debe profundizar en las raíces de lo que representa la respuesta social ante la enfermedad en el individuo y lo que puede representar una visión científica de la salud y sus problemas como responsabilidad colectiva y como exigencia social, cuando estos se analizan epidemiológicamente.

Si analizamos la evolución del papel social del médico (como paradigma del área de salud, ya que como poseedor de la máxima jerarquía puede considerarse como actor principal, expresión del sistema y, dentro de los límites lógicos, responsable), veremos cómo este ha sido y es fundamentalmente el de mantenerse en el puesto de adaptador de las explicaciones de la enfermedad más convenientes y agradables al poder, incluso cuando pasados los tiempos difíciles de Servet o de Bruno, los más recientes ejemplos de Casal en el XVIII o Virchow en el XIX mostraban que no se arriesgaba tanto razonando sobre las situaciones sociales en las que se generan las pérdidas de salud.

La adquisición de una cierta parcela de poder que la relación que tiende a la "curación" del individuo otorga al médico, y por tanto al Sistema, tal vez podría considerarse como el elemento esencial de perpetuación de esa relación, y por tanto de inmovilismo. Es forzoso, en consecuencia, el pensar, el idear una forma más transparente, más social de esa relación que no entregue poder, lo cual se ha complicado en los últimos decenios cuando el médico ha incorporado más y más tecnologías a su quehacer y estas se justifican como progreso.

Fox (1986) sostiene que "la medicina cambia y avanza tecnológicamente, pero no progresa", tesis que compartimos totalmente pero que es diametralmente opuesta al espíritu generalmente prevalente de asociar cambio tecnológico a progreso. Fox continúa señalando cómo el problema básico ha sido el haber hecho sinónimos "salud" y "cuidado médico" y cómo por ello —especialmente desde la década de los 20— todos los esfuerzos sociales se han dirigido a aumentar los servicios médicos y ayudar a la población a pagarlos, sin modificarlos, es decir dar siempre más y más de lo mismo.

Sin duda coincidimos con Fox en que los principios fundamentales de organización de los servicios de salud, tanto en los Estados Unidos como en Inglaterra (y más aun, como en la Unión Soviética) son los mismos, lo que hace a todos ellos fundamentalmente semejantes. No es extraño pues, que los métodos, sistemas y objetivos en la formación del personal para esos servicios sean prácticamente iguales e intercambiables.

Creemos que el problema es ese, sí, pero es mucho más antiguo y mucho más profundo, ya que además el médico formado en el sistema y para el sistema adquiere un papel beligerante frente a cualquier aproximación racionalizadora que intenta buscar más allá del problema individual.

Recientemente (Nájera *et al.*, 1989) sugerimos los posibles elementos que conforman la situación, que actualmente adquiere una especial característica al haber entrado en el proceso de la crisis económica general, lo cual por otro lado aporta un ingrediente de la mayor relevancia en el entendimiento de las interrelaciones que la mantienen.

Lo interesante, lo más extraordinario, es que una y otra vez, y ahora terminando el siglo XX, se siga queriendo desconocer que ya en los pilares sobre los que se basa el sistema de salud más organizado del mundo occidental —el Servicio Nacional de Salud de Inglaterra— esto es el Informe “PEP” de 1937 (Political and Economic Planning Report on the British Health Services), como señala Watkin (1978), se afirmaba que los servicios de salud no eran de ninguna manera el único factor que influía en la salud de la población, y que a veces otros factores, como la vivienda, la nutrición y el nivel de vida en general pueden ser más importantes. De la misma forma se daba gran énfasis al hecho de que no era posible medir hasta qué punto cualquiera de las mejoras en la salud, ocurridas en los últimos años, podría deberse a los servicios de salud. El siguiente párrafo merece transcribirse:

“Los servicios de salud realmente esenciales para la Nación son el que [estos servicios] estén disponibles para todos, abundante leche fresca con garantía sanitaria, el abaratamiento de otros productos alimentarios, que se pueda acceder a nuevas viviendas para reemplazar el chabolismo, que desaparezca el hacinamiento, que se desarrollen cinturones verdes (áreas arboladas). . . mejoras en las condiciones de empleo y condiciones de trabajo dignas, y finalmente educación sobre formas saludables de vida.”

El Informe Beveridge sobre Seguros Sociales y Servicios Afines (1942) hablaba (Pater, 1981) de los “cinco monstruos”: la pobreza, la enfermedad, la ignorancia, la miseria y la indolencia (lo que podríamos llamar la usurpación de los cinco grandes valores humanos —la riqueza, la salud, la cultura, la dignidad y el ánimo—), pero a la hora de plasmar legalmente las acciones solo se creó el Servicio Nacional de Salud, que fue y es solamente un sistema organizado para el tratamiento médico de las enfermedades en el marco tradicional pero extendido a toda la población.

Estos análisis de las interrelaciones que en el nido socioecológico generan o son responsables del mantenimiento de los problemas de salud, por lo cercanas, nos parecen fundamentales en cuanto a la generación de nuestras actitudes y razonamientos, pero por lo menos desde el siglo XVII se está razonando en este sentido. Petty (1662), Defoe (1697), Bellers (1714) y Chamousset (1754) son hitos que forman un contexto conceptual anterior a la Revolución Industrial, pero que esta desvió hacia enfoques exclusivamente dirigidos a generar los recursos humanos que necesitaba. La “nueva” Ley de Pobres de 1834 es un claro ejemplo (Hodgkinson, 1967).

Sobre esas concepciones no se construirían los servicios como decíamos y prueba de ello es que la política de formación de recursos humanos no fue modificada en modo alguno y continuó anclada en el famoso Informe Flexner de 1910, incorporando en todo caso metodologías de especialización generadas en sistemas, como el de Estados Unidos, que nada tenían que ver con lo que el Servicio Nacional de Salud de Inglaterra o los sistemas de otros países europeos pretendían teóricamente.

Curiosamente, no podemos dejar de comentar que hasta el Informe Flexner señalaba la necesidad de que la enseñanza de la medicina no se limitara a los procesos patológicos tal y como los entendemos en su desarrollo celular en el individuo.

SITUACION DE CRISIS

Difícilmente pueda llegarse a una apreciación consensuada de cual es la situación actual de los sistemas de salud, ya que precisamente podríamos definirla como de debate, reflexión, análisis y en definitiva de crisis profunda. Situación de crisis en la que podemos colocar a todos los sistemas de salud, ya que como decíamos sus diferencias son realmente superficiales, esto es, administrativas y organizativas.

Si la desconfianza y la insatisfacción suelen ser los términos con los que mejor definiríamos la apreciación social de los sistemas, es lógico que así sea, cuando la salud no preocupa nada más que cuando los problemas de su pérdida impiden el desarrollo de otras actividades y no se le dedica ni más tiempo ni más recursos o capacidades, sino las necesarias para mantener rutinariamente esquemas tradicionales al menos desde Hammurabi.

Esa desconfianza e insatisfacción se complican ante el incremento continuo de los costes de los servicios—costes que la población no quiere pagar— o al menos así puede indirectamente leerse de la falta de apoyo a la solidaridad en su mantenimiento.

Pero, veamos cómo podríamos abordar una situación tan compleja, especialmente si el objetivo es el de obtener guías para el estalecimiento, o al menos la discusión, de una política de formación de recursos humanos. Tres preguntas claves parecen surgir de un primer análisis: ¿cómo y cuándo pagar?, ¿pagar qué? ¿para quién y para qué? Esto significa que se debaten, fundamentalmente, a) las bases económico-financieras de los sistemas de salud, (servicios nacionales de salud, seguros públicos o privados, medicina liberal), b) las bases tecnológico-organizativas (atención primaria de salud, medicina especiali-

zada hospitalaria) y c) las bases científico-filosóficas (la enfermedad en el individuo, el proceso social de generación de la salud o enfermedad).

Analizaremos con cierto detalle lo que consideramos como elementos esenciales que se encierran en cada uno de estos grupos. Pero antes veamos, aunque sea brevemente, como síntesis más reciente de la crisis, los puntos fundamentales de la Conferencia Mundial sobre Educación Médica celebrada en Edimburgo en agosto de 1988, ya que sobre ellos volveremos constantemente en nuestro análisis.

Antes que nada nos parece muy significativo recordar una frase pronunciada por Grant, Director del UNICEF, en su discurso inaugural de la Conferencia:

“¿Será la comunidad médica suficientemente inteligente como para tomar ahora las difíciles decisiones que le asegurarían su continuidad en su papel directivo en el área de la salud durante el próximo siglo, o la inercia podrá más, viéndose entonces una sociedad mal servida, obligada a entregar el área de la salud a otras manos?”

Hay en esa frase toda una profunda confirmación de los elementos de desconfianza e insatisfacción que habíamos señalado como básicos en la situación de crisis. Las “difíciles decisiones” de que habla Grant se inician en el proceso de formulación de políticas de recursos humanos. Pero, recordemos las, que a modo de conclusiones, forman parte de la que se ha denominado Declaración de Edimburgo:

- 1º Ampliar a *todos* los servicios de salud el ámbito de la educación médica y no dejarla restringida al hospital.
- 2º Tener en cuenta en la elaboración del currículum de formación las prioridades y los recursos reales disponibles en el país.
- 3º *Abandonar* los actuales *modos pasivos* de enseñanza, generando aquellos que aseguren que se despierta, en los futuros profesionales, la capacidad y la necesidad de continuar el aprendizaje por sí mismos durante toda la vida.
- 4º Asegurar que lo que denominamos competencia profesional tenga como fundamento los valores y el análisis social y no la retención de información.
- 5º Primar en los maestros la excelencia educativa tanto como las excelencias específicas o técnicas.
- 6º Dar el énfasis primordial a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad.
- 7º Integrar la educación práctica con la científica utilizando para ello la comunidad como escenario.
- 8º Incluir la evaluación de las cualidades sociales de la persona como tal, en la selección de los futuros estudiantes.

Al final, la Declaración de Edimburgo afirma: “la reforma de la educación médica requiere un compromiso para actuar, una dirección segura y voluntad política fuerte, y no meros acuerdos . . . Mediante esta Declaración nos comprometemos y hacemos una llamada a otros

países, para que se unan a nosotros, en un programa organizado y sostenido para transformar el carácter actual de la educación médica de tal forma que pueda satisfacer de verdad las claras y obvias necesidades de la sociedad en las que se desarrolla”.

¿Es posible ese compromiso?, ¿es posible conseguir esa fuerte voluntad política como la Conferencia de Edimburgo reclama?, ¿es posible esa transformación desde el seno de las universidades? Podría pensarse que hay algo de amenaza o por lo menos de aviso en las palabras que hemos citado del Director del UNICEF, pero es la realidad; si no lo hacemos, otros lo harán.

Independientemente de toda consideración maniquea, parece que sería teóricamente preferible que “el pasado” (la profesión médica y todo el actual sector salud) no quedara totalmente fuera del proceso de transformación. No es conveniente, si queremos que los procesos sean efectivos, “cambiarlo todo para que nada cambie”, es preferible “cambiar algo para que algo cambie” y un proceso más lento pero más eficaz y realista deberá producirse “con el pasado” como seguridad de que el futuro sea diferente.

En este contexto, y a pocos meses de “Edimburgo”, veamos los elementos que conforman los grupos que pretenden responder las preguntas que formulábamos:

Bases económico-financieras: ¿Cómo y cuándo pagar?

Como señala Fox (1986), lo fundamental fue asumir que ayudar a todos a pagar los servicios médicos (y aumentando lógicamente la oferta) es la mejor manera de reducir la morbilidad y mortalidad y conseguir que las personas vivan vidas más sanas.

El problema queda claramente simplificado (o quedaba antes, antes de la crisis económica) y se consigue que la atención y la preocupación social se desvíe hacia la discusión de cómo y cuándo pagar los servicios médicos, de cómo conseguir que la población pueda (para que quiera) pagarlos (inclusión de los gastos entre los que se financian por impuestos, pagos directos o semidirectos por cuotas de seguros privados o públicos, pago por acto, servicios subvencionados, etc).

Así se ha conseguido que, al menos desde la década de los 30, todo el esfuerzo se haya dirigido a desarrollar más y más servicios médicos y que estos fueran accesibles a más y más población teniendo el 100% de esta como el objetivo final.

Lo que en principio (años 40 para el Sistema Nacional de Salud inglés) parecía una meta fácilmente alcanzable, se ha ido convirtiendo en la realidad en una meta inalcanzable por sus costes más y más elevados —más servicios, más tecnologías, más diagnósticos. Excelente ejemplo es el debate que se inicia en Inglaterra con el Black Report de

1980, y que ha tenido sus últimos actos en el Informe del Consejo de Educación para la Salud de 1987, el de la Asociación Socialista para la Salud de septiembre de 1988 (Their Hands in our Safe) y el del Gobierno Británico de enero de 1989 (Working for Patients).

De estos informes puede verse cómo ya no puede mantenerse la discusión en lo puramente financiero, y ni siquiera en lo económico. Actualmente en la crítica de los servicios de salud ha aparecido la acusación de lo superfluo —lo innecesario— y se abre una vía totalmente diferente de crítica. Lo importante no es cómo y cuándo se pagan los servicios, sino saber, discutir, qué pagar.

Bases tecnológico-organizativas: ¿Pagar qué?

En salud, lo superfluo, lo innecesario además de ser caro y de suponer el despilfarro de recursos muy escasos (máxime en época de crisis), es siempre nocivo y dañino, es iatrogenia (actualmente la iatrogenia directa y la indirecta constituyen un importante problema de salud, posiblemente uno de los más serios), y esta es fomentada e impulsada por el desarrollo tecnológico, mejor dicho, por la incorporación, sin análisis científico, de múltiples tecnologías siempre “prometedoras”.

Otras posibilidades de acción surgen cuando se quiere racionalizar la provisión de servicios médicos para toda la población. La racionalización lleva al concepto más amplio de salud, salud para todos. (Las Asambleas Mundiales de la Salud y su órgano técnico la OMS llegan a definir este pensamiento guía como una estrategia; surge entonces Alma Ata y la atención primaria de salud).

La idea de transformar la asistencia médica especializada hospitalaria en auténtica atención de salud, incorporando sus interrelaciones en el nido social —la intersectorialidad— comienza a abrirse camino desde 1978, pero el progreso es lento, ya que todavía no ha penetrado con la profundidad precisa en el proceso educativo. Por ello la Conferencia de Edimburgo lo incorpora, pero a nuestro modo de ver, tal vez muy tímidamente:

“...el enfermo debe poder esperar que su médico esté formado como una persona capaz de escuchar atentamente, como un observador cuidadoso, con capacidad y sensibilidad para comunicarse, así como para ser clínico eficaz, pues ya no es suficiente tener capacidad para poner en tratamiento algunas enfermedades.”

Así se expresa la Declaración de Edimburgo en su preámbulo y luego entre las 8 “conclusiones” o “recomendaciones” también podría desprenderse la búsqueda de una atención integral de salud capaz de considerar todo lo que la “intersectorialidad” significa, pero insistimos,

no hay suficiente capacidad o intencionalidad renovadora, a nuestro modo de ver.

Pero, ¿cómo introducir la preocupación social, el sentido colectivo en las profesiones médicas o sanitarias que es, a todas luces, imprescindible para discernir *lo que debe hacerse y lo que no debe hacerse*, sin tener una base científica para ello, sin tener como guía una disciplina de conocimiento ordenado que oriente el análisis, esto es, *sin epidemiología?*

De nuevo citaremos la Declaración de Edimburgo: “pero el hombre necesita algo más que solo ciencia, y son las necesidades de salud de la raza humana en su conjunto y de la persona en su integridad lo que los educadores médicos deben transmitir.”

Evidentemente hay que traer al debate las bases más esenciales de lo que es nuestro conocimiento sobre la salud y los problemas que ocasionan su deterioro, las bases científicas de la dinámica del proceso vital.

Bases científico-filosóficas: ¿Para quién y para qué?

El pasado, este pasado más reciente supone una fuerza de inercia tal, que incluso la Declaración de Edimburgo parecería oponer “las necesidades de salud de la raza humana en su conjunto y de la persona en su integridad” a “la ciencia”; la frase “pero el hombre necesita algo más que solo ciencia” tiene o puede interpretarse que expresa un cierto sentido de contraposición.

Pensamos que si de alguna contraposición puede hablarse, y debería hablarse, y en profundidad, es entre pseudociencia y ciencia, entre la incorporación acientífica o con bases pseudocientíficas de tecnología y las verdaderas decisiones científicas que respondan a una concepción filosófica suficientemente abierta, dinámica y crítica, como un proceso de incorporación —transformación—, abandono de conocimientos y que responda a la realidad social (y no a intereses de grupos exclusivamente), entendiendo como realidad social la constante expresión de la lucha contra un poder avasallador, depredador, dogmatizante y estático que suele utilizar aquellos intereses para su mantenimiento.

Por ello es preciso incorporar el análisis científico de los problemas de salud de los grupos sociales, de las comunidades, de los nidos socioecológicos, y este análisis será por definición, epidemiológico.

Dado que las personas desarrollan su proceso vital en grupos (como la gran mayoría de los mamíferos) y que esos grupos tienen forzosamente una dependencia directa o indirecta del medio, por muy modificado o sofisticado que este sea, esto es, viven en nidos que podríamos denominar sociológicos, no podemos, científicamente, estudiar a estas personas en forma aislada. Formamos “sistemas”, y evi-

dentamente los sistemas son más que la suma de sus partes (Ackoff, 1970).

En esos nidos es donde se desarrollan las relaciones de depredación de unos seres humanos sobre otros (los monstruos de Beveridge), de depredación del medio, de producción de bienes, incluidos los superfluos (Ortega decía que el hombre es el animal que convierte lo superfluo en necesario), de subsistencia y, en fin, de continua adaptación.

Es en esas relaciones donde surgen las exposiciones a los riesgos más diversos (que identificamos como protagonistas de un daño dependiendo del grado de simplificación que queramos aceptar, o de intereses que quieran ocultar interrelaciones que pretendan imponer) que afectarán, generalmente deteriorando, la salud del subsistema (grupos de individuos) que más obligado esté a aquella exposición.

El estudio, la ordenación y sistematización científica del conocimiento de esas relaciones sociales, para poner de manifiesto su capacidad de generar problemas de salud, o por el contrario, su capacidad de protección o promoción de la salud, constituyen un cuerpo científico que se denomina epidemiología (al menos desde finales del siglo XVI, Angelerio, 1598).

Por ello nos parece que solo en el contexto del análisis epidemiológico podemos dar base científica al conocimiento de los problemas de salud y evaluar su importancia relativa, no solo en la comunidad y en los grupos sociales, sino también en el individuo, en los individuos, permitiendo, ahora sí, y solo ahora, dar prioridad a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad que pide la Declaración de Edimburgo, y elegir para qué y para quién deben ser los servicios de salud.

Ese enfoque, ese ángulo de mira, esa concepción epidemiológica de la salud y sus problemas debería constituir la esencia del proceso educativo, del proceso formador de los recursos humanos. Pensamos que si bien las dificultades analizadas y los elementos de la crisis hacen compleja la adopción de decisiones, esas decisiones deben tomarse como decía Grant, pero no solo ya, si la profesión médica no quiere perder el liderazgo, sino en cualquiera de los casos.

EPIDEMIOLOGIA Y POLITICA DE SALUD

Como hemos intentado transmitir desde el comienzo de estas breves reflexiones, será el análisis epidemiológico de los problemas de salud el que pueda aportar nuevas bases científicas al proceso de formulación de políticas de salud y, paralelamente, al de formulación de las políticas de recursos humanos acordes con aquellas.

Por otra parte, a las múltiples dificultades señaladas —y las no señaladas— debemos añadir como fundamental —por la imposibilidad de ser modificada— la dificultad que el tiempo añade.

Si modificar políticas de salud requiere tiempo, reorientación y reconversión de servicios y de personal, la modificación de políticas de salud basadas en nuevos profesionales exige tener en cuenta que la formación de recursos humanos en el área de salud desde que se inicia hasta que estos se hallen incorporados a la práctica en los servicios precisa más o menos una década.

Ahora bien, si cada profesional tiene una vida activa de aproximadamente cuatro décadas, quiere decir que los “nuevos” profesionales que se formarán en la próxima década (los años 90) no llegarán a ocupar responsabilidades de dirección y decisión hasta la década de los años 10 ó 20 del próximo siglo. No olvidemos que los “flexnerianos” de los primeros períodos de formación (años 20 y 30) han ocupado esos puestos hasta hace relativamente pocos años.

Es obvio que esta política de formación de recursos humanos se verá en cierta forma agilizada si se incorporan sus principios de forma decidida en todos los períodos de formación postgraduada y que a ellos debe aplicarse lo antes posible toda la estrategia que se establezca.

Por ello, la iniciación de un proceso que obligadamente tiene que ser largo debe racionalizarse como una estrategia que pretenda lograr con voluntad de convencimiento el cambio conceptual básico y esencial, capaz de adquirir una dinámica suficiente como para pensar que continúa por sí mismo desarrollándose década tras década mientras no haya una filosofía mejor que la sustituya.

Ese cambio conceptual básico y esencial radica en el desarrollo más y más amplio del modelo socioecológico que permite explicar en profundidad los procesos de interrelación en los que se genera, se mantiene, se deteriora o se pierde la salud. Ese modelo que surge del análisis epidemiológico que busca más allá de las relaciones directas o inmediatas de daño, producidas ante la exposición a riesgos más o menos protagonistas, va desenmarañando el juego de elementos y riesgos diversos que se hacen posibles en, y alrededor de, situaciones ocupacionales, con sus consecuentes salarios o rentas, hábitat, nivel cultural, etc.

Creemos que por ello se hace preciso que el compromiso y la dirección decidida así como la voluntad política de hacer que pide la Declaración de Edimburgo lleguen a plasmarse en el apoyo entusiasta a la investigación epidemiológica que puede elaborar un modelo socioecológico que incorpore, pues no podría ser de otra forma, todos los elementos precisos del modelo “biomédico” o “biologicista” ahora prevalente. Es necesario asimismo precisar, limitar a su verdadero valor, la importancia y validez del actual modelo que pretende considerar la enfermedad en el individuo como una disfunción físico-química y al

individuo como un ser aislado de su entorno social, pretendiendo relegar el crisol de las interrelaciones sociales que permiten actuar a los factores específicos (específicos para nuestra identificación del problema), al mismo nivel de unos factores más, los factores sociales.

Los enfoques, la visión epidemiológica que pueden obtenerse así, permitirán reorientar la mayor parte de las acciones tanto terapéuticas como preventivas o de promoción de la salud que hoy tienen como finalidad enfermedades específicas (de nuevo especificadas por nuestra delimitación biologicista).

Como proceso paralelo al desarrollo del nuevo modelo, y como lógica consecuencia, se iniciará el de reorientación del marco conceptual y filosófico en que descansa todo el currículum flexneriano de formación de los recursos humanos.

Si se hace hincapié en la incorporación de *todos* los servicios de salud al proceso educativo (la primera de las conclusiones —recomendaciones— de la Declaración de Edimburgo) y se incluyen como tales servicios de salud, en su sentido más amplio, servicios que podríamos denominar de acciones intersectoriales —desarrollo comunitario, análisis económico, sistemas productivos, servicios educacionales, etc— empezaremos a dar el primer paso hacia la presentación del grupo social como sujeto de estudio y preocupación en lugar del individuo.

El individuo, la persona, dejaría de aparecer a los ojos de los estudiantes como una máquina cuyo funcionamiento hay que conocer para poder repararla. Las personas, cada grupo de ellas, aparecerán como un subsistema ocupado en una función social, o relegado a ella, integrando un sistema social que tiene que ser empujado hacia el progreso social mediante la identificación de las desigualdades sociales, en este caso ante la salud, y donde los problemas individuales —las enfermedades— además de intentar ser paliadas para el sufrimiento individual están marcando, son señales, signos de las condiciones que los hacen posibles.

Si bien el proceso es complejo y las dificultades abundan, especialmente las internas, la aplicación de la epidemiología en forma paralela a la formulación de nuevas políticas de salud y a la reorientación de los servicios tendiendo hacia la potenciación real de la atención primaria de salud puede hacer posible, al menos, su iniciación.

BIBLIOGRAFIA

Ackoff, R. *Redesigning the Future: A Systems Approach to Social Problems*. Nueva York, Wiley Interscience, 1970.

Angelierii, Q.T. *Epidemiología*. Madrid, Tipografía Regín, 1598.

Código de Hammurabi. Edición de F. Lara Peinado. Madrid, Editora Nacional, 1982.

Fox, D.M. *Health Policies, Health Politics: The British-American Experience*. Princeton Univ. Press, 1965.

- Hodgkinson, R.G. *The Origins of the National Health Service. The Medical Services of the New Poor Law, 1831-1871*. Londres, Wellcome Hist. Med. Library, 1967.
- Nájera, E., Cortés, M. y García-Gil, C. La reorientación del sistema sanitario. Necesidad del enfoque epidemiológico. *Anales de Salud Pública*, vol. 1.
- Pater, J.E. *The Making of the National Health Service*. Londres, King Edward's Hospital Foundation for London, 1981.
- Shaw, G.B. *The Doctor's Dilemma*. Harmondsworth, Penguin Books, 1977.
- Socialist Health Association. *Their hands in our safe. A critique of right wing proposals on financing the N.H.S.* Londres, Socialist Health Association, 1988.
- The Edinburgh Declaration. Editorial. *Lancet* ii (464), 1988.
- Townsend, P. y Davidson, N. *The Black Report in Inequalities in Health*. Londres, Penguin Books, 1988.
- Watkin, B. *The National Health Service: The First Phase, 1948-1974 and After*. Londres, G. Allen & Unwin, 1978.
- White Paper Working for Patients. Londres, HMSO, 1989.
- Whitehead, M. *The Health Divide: Inequalities in Health in the 1980's*. Londres, The Health Education Council, 1987.
- World Conference on Medical Education Edinburgh. Editorial. *Lancet* ii (462), 1988.
-

RESEÑAS

CAPACITACION AVANZADA EN DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN CENTROAMERICA

El Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS ha puesto en práctica desde el año anterior un programa de capacitación avanzada en desarrollo de recursos humanos. El propósito es fortalecer la capacidad de funcionarios universitarios, encargados de oficinas de recursos humanos de los ministerios de salud y de oficinas de servicio civil de los gobiernos para enfrentar los problemas de planificación, formación, capacitación y administración de la fuerza de trabajo del sector.

Tal como se ha informado en distintos números de esta publicación, la propuesta original fue sometida al debate por parte de varios grupos de trabajo que la mejoraron y la enriquecieron. Y a partir de 1988 la Escuela de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz de Rio de Janeiro y el Centro de Investigaciones y Estudios en Salud de la Universidad de Rosario, Argentina, desarrollaron, en dos modalidades diferentes, un programa educativo para dirigentes potenciales de recursos humanos de sus respectivos países y del Cono Sur en general. En un número ulterior de esta Revista se publicará una reseña acerca de estas actividades.

En la presente reseña nos referiremos a la modalidad diseñada y actualmente en curso para la subregión de Centroamérica y Panamá, no solo por las características novedosas que reviste su implementación, sino además porque fundamenta el proceso en el estudio y el análisis permanente de los problemas de recursos humanos en la subregión.

OBJETIVOS

- Establecer un proceso de análisis permanente del problema de recursos humanos en salud en los países centroamericanos,

que permita detectar las necesidades de capacitación alrededor del problema, y que provea además insumos para la definición de los contenidos de los programas educativos en cuestión.

- Implantar un proceso de educación permanente en desarrollo de recursos humanos, mediante introducciones teóricas, pero esencialmente alrededor de los problemas habituales del trabajo normal de los participantes.
- Fortalecer el desarrollo conceptual y metodológico acerca de los problemas de recursos humanos para enfrentar con éxito las situaciones eventuales en la década de los 90 y en el siglo XXI.
- Realizar un esfuerzo colaborativo entre instituciones educativas y de salud de los países de la subregión, hacia el logro de un propósito común.

TEMATICA BASICA

El proceso se propone centrar el debate y la producción/utilización de conocimiento nuevo alrededor de los siguientes asuntos:

- *Análisis situacional, identificación de contexto, análisis prospectivo:* incluye el estudio en Centroamérica de la situación actual y futura (proyectada a la próxima década) en materia de políticas de salud, políticas de educación, políticas de trabajo, políticas sociales y económicas.
- *Identificación de problemas y necesidades:* incluye el estudio de problemas de cantidad y de calidad del recurso humano, la interpretación de los mismos frente a la estructura deseable de la fuerza de trabajo, administración del desarrollo de la fuerza de trabajo y necesidades específicas de los diferentes actores del proceso, según naturaleza de los problemas y el rol esperado de cada uno.
- *Proceso capacitante:* incluye el estudio de los problemas básicos del aprendizaje del adulto, los procesos intelectuales en relación con el trabajo y la producción de conocimientos así como los aspectos críticos de la relación trabajo/aprendizaje, direccionalidad técnica del proceso educativo y naturaleza del trabajo cooperativo. Suministra las bases y métodos de la investigación para el apoyo a procesos educativos, especialmente para el monitoreo de procesos permanentes, y la fundamentación de las decisiones curriculares de tipo estratégico.

- *Producto esperado, objetivos, nuevo conocimiento:* incluye la generación y la utilización de nuevo conocimiento en materia de recursos humanos que puedan ser aportadas para redefinir el perfil del recurso humano, buscando la transformación de la práctica; aporta elementos del pensamiento estratégico a la planificación y el desarrollo de la fuerza de trabajo; crea conocimiento para la gestión y la administración del recurso humano y provee mecanismos para articular estos resultados hacia la formulación de políticas de recursos humanos coherentes.

ESTRATEGIAS BASICAS

El proceso en Centroamérica ha sido diseñado para ser ejecutado mediante un proceso de educación permanente que utilizará las siguientes líneas de trabajo:

- Para el análisis del problema de recursos humanos se ha creado un foro permanente de debate con la participación del sector salud, el sector trabajo y el sector educación de los seis países de la subregión.
- El proceso de educación permanente se lleva a cabo mediante dos semanas de introducción teórica para cada unidad, seguidas de una etapa permanente de trabajo en los sitios normales, y mediante el enfrentamiento y estudio de problemas concretos.
- El desarrollo metodológico se lleva a cabo a través de la investigación aplicada al área educativa sobre aspectos conceptuales, metodológicos y operativos.
- Finalmente, el esfuerzo coordinado se realizará mediante un mecanismo de cooperación técnica entre países.

METODOLOGIA

El proceso ha sido diseñado para ser ejecutado en dos etapas:

- Una etapa subregional de dos años de duración, en la cual se capacitará a una masa docente de funcionarios de la subregión que puedan tomar a su cargo las responsabilidades a nivel nacional a partir del tercer año.
- Una etapa nacional, del tercer año en adelante, en la cual se llevarán a cabo actividades en cada uno de los países a cargo

fundamentalmente de los funcionarios capacitados en la primera etapa.

La etapa subregional está siendo coordinada por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización, con el apoyo técnico-administrativo de PASCAP y la colaboración, en los aspectos académicos, de expertos idóneos de otros países. La segunda etapa será desarrollada por instituciones nacionales que serán seleccionadas para tal fin con el apoyo técnico de PASCAP.

Con base en los objetivos y propósitos, el proceso fue diseñado alrededor de 3 unidades:

- Unidad I: El pensamiento estratégico en la planificación de recursos humanos, a cargo de PASCAP, en San José, Costa Rica.
- Unidad II: El trabajo como opción pedagógica para los procesos capacitantes, desarrollado por un grupo multiinstitucional en Honduras.
- Unidad III: Administración de la fuerza de trabajo, desarrollada por el Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, del Ministerio de Salud de Nicaragua.

RECURSOS

A partir del primer año la actividad ha sido financiada con fondos regulares del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS; a partir del segundo, y para la etapa nacional fundamentalmente, se contará además con un financiamiento proveniente de la Agencia Danesa de Cooperación Internacional (DANIDA), en el marco del Plan de Necesidades Prioritarias de Centroamérica y Panamá.

El proceso en general responde a la conducción del Programa Regional de Recursos Humanos de la OPS, y su ejecución ha contado con el aporte de instituciones estatales y universitarias de Honduras, Nicaragua y Costa Rica. Su ejecución ha estado bajo la coordinación del Dr. Rodrigo Barahona, la Lic. Francisca de Canales, recientemente fallecida, y la Lic. María Isabel Turcios, en las Unidades I, II y III, respectivamente. Además de recursos docentes calificados de cada uno de los tres países, se contó con la colaboración técnica del Dr. Adolfo Chorny, Profesor de la Escuela de Salud Pública de Rio de Janeiro, y la Dra. María Cristina Davini, de la Universidad de Buenos Aires y funcionaria de la Representación de la OPS en la Argentina.

BOLIVIA: LA ESCUELA TECNICA DE SALUD BOLIVIANO JAPONESA DE COOPERACION ANDINA. EXPERIENCIA Y PERSPECTIVAS

*Rosario André Dalence,¹ Héctor Mariscal Anzoleaga,² Magaly de la Zerda³
y María Luisa Fuentes⁴*

La Escuela Técnica de Salud Boliviano Japonesa de Cooperación Andina es una Institución de carácter público perteneciente al Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, ubicada en la ciudad de Cochabamba, República de Bolivia. Fue construida y equipada con la cooperación técnica y económica del Gobierno del Japón en el marco de un proyecto de desarrollo de recursos humanos asociados a la implantación de un Modelo de Prestación de Servicios dirigido fundamentalmente al área rural.

La necesidad de desarrollar un modelo de servicios que satisfaga las necesidades de la población rural puso de manifiesto la gran ausencia de recursos humanos, tanto en términos cuantitativos como cualitativos. Esto ocurría especialmente en las categorías de médicos y de enfermeras cuya tendencia académica no permitía la incorporación de categorías intermedias, creando un vacío entre el recurso profesional y el auxiliar y limitando además la formación de recursos oriundos de las áreas rurales, lo que daba lugar a una permanente improvisación de personal con la transferencia de recursos humanos de extracción citadina.

Así, el Gobierno boliviano acudió a la colaboración internacional, en este caso del Gobierno japonés, para crear una institución capaz de formar personal técnico de salud de nivel medio en áreas prioritarias, para extender la cobertura, de servicios especialmente, hacia áreas rurales. Se puso énfasis en la formación de enfermeras técnicas, especialistas en salud e higiene, técnicos de laboratorio, técnicos de rayos X y técnicos nutricionistas, y se pensó además la posibilidad de que los currícula pudieran ser ampliados y diversificados para adiestrar a radioterapeutas, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.

¹ Escuela Técnica de Salud Boliviano Japonesa de Cooperación Andina, Directora. Cochabamba, Bolivia.

² Escuela Técnica de Salud Boliviano Japonesa de Cooperación Andina, Jefe del Departamento de Planificación.

³ Escuela Técnica de Salud Boliviano Japonesa de Cooperación Andina, Jefa de la División de Educación Continua.

⁴ Escuela Técnica de Salud Boliviano Japonesa de Cooperación Andina, Jefa de la División de Formación de Auxiliares.

La Escuela fue inaugurada el 23 de abril de 1982, en la gestión Ministerial del Dr. Arnold Hoffman, quien le otorgó todo el impulso necesario para su funcionamiento. Antes de su inauguración, se realizó un taller de consulta y análisis con las once Unidades Sanitarias del país y representantes de las principales instituciones formadoras para la identificación de las categorías de personal que se formarían en la nueva Institución.

Esta identificación determinó que en principio la formación se abocara al desarrollo de programas que respondieran a la necesidad de extender la cobertura de los servicios de nivel primario, fundamentalmente en las áreas rurales.

Los objetivos con los cuales fue creada la Institución son los siguientes:

- Formar recursos humanos para la salud preferentemente de nivel medio en concordancia con las necesidades del país.
- Realizar cursos no formales para el personal ya formado o adiestrado.
- Participar a través del Sistema Nacional de Recursos Humanos para la Salud, en la política de planificación de los recursos humanos del sector.
- Promover la investigación en salud, tanto a nivel local como a nivel nacional.
- Coordinar actividades con otras instituciones públicas o privadas en la formación de recursos humanos para la salud, con el propósito de aunar y no duplicar esfuerzos y unificar criterios en cuanto a los contenidos curriculares.
- Establecer relaciones con organismos internacionales para la salud, así como con instituciones similares a ella, en otros países, para desarrollar mecanismos de cooperación recíproca.

Con estas consideraciones la nueva institución pretendía innovar los procesos de enseñanza-aprendizaje y las categorías tradicionales de formación de recursos humanos. Las actividades de la Institución eventualmente podrán ser extendidas a los países del Area Andina, en virtud de un acuerdo suscrito en el marco del convenio Hipólito Unanue; por esta razón, la Institución se denominó Escuela Técnica de Salud Boliviano Japonesa de Cooperación Andina.

En virtud de la necesidad de desarrollar recursos humanos para su desempeño en áreas rurales del país, se inició la formación de técnicos en salud rural, con perfiles ocupacionales similares al de la auxiliar de enfermería pero con significativas diferencias cualitativas en su formación. La ubicación de este personal en el sistema de servicios no estaba muy clara aún cuando se perfilaba una sustitución progresiva

del auxiliar de enfermería. El intento fue realizado con dos promociones, la primera con un período de formación de 20 meses y la segunda con un período de aproximadamente 16 meses.

Tanto la Dirección Nacional de Recursos Humanos como los organismos multilaterales de cooperación consideraron necesaria una suspensión de su formación entre tanto se logre una evaluación no solo de su desempeño sino también de su inserción en el sistema de salud. A juicio de los autores, la inserción de esta nueva categoría, considerando el ritmo de formación —18 a 20 meses término medio y una relación de cinco docentes por alumno—, representaba un serio obstáculo para cubrir las necesidades del país, más aún si se pensaba en una sustitución progresiva del auxiliar de enfermería.

En 1986 se optó por no incorporar una nueva categoría de personal, hasta tanto la Dirección Nacional de Recursos Humanos efectuara una evaluación y definiera las categorías de formación para asegurar su inserción en el mercado laboral, al tiempo que debía mejorarse el perfil ocupacional y el proceso de formación del personal ya existente. En tal sentido se priorizó la formación de auxiliares de enfermería, mejorando las características del perfil ocupacional y la calidad del proceso enseñanza aprendizaje, a partir de una diferenciación del perfil ocupacional y educativo de este recurso, según su desempeño en área rural o urbana. Se priorizó también la formación de técnicos en saneamiento ambiental. La formación de técnicos de laboratorio, rayos X y estadística se debía efectuar en forma dosificada de acuerdo a los requerimientos de expansión del sistema; más aún si consideramos que las Facultades de Ciencias de la Salud de la Paz y Sucre forman este recurso a nivel de técnico superior (rayos X y laboratorio).

Debido a la experiencia que se tuvo con la formación de técnicos de enfermería, quedó sin efecto la formación de técnicos en nutrición, a pesar de que se cuenta con la capacidad instalada para este propósito.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO EDUCATIVO

Las condiciones en que fue creada la Institución y la orientación efectuada en el análisis de la problemática de la educación motivaron un largo proceso de racionalización sobre las ventajas y desventajas de los diversos sistemas de enseñanza. Este proceso de análisis de la problemática educativa no se produce exclusivamente al interior de la Escuela Técnica de Salud, sino que se origina en el cuestionamiento que muchos de sus integrantes hacen al sistema educativo tradicional imperante en las diferentes instituciones, incluida la Universidad. De ahí que la creación de la Escuela Técnica de salud ofrece una oportu-

nidad inapreciable de estructurar un modelo educativo innovador que, recogiendo las críticas formuladas a los sistemas tradicionales, sea capaz de generar un cambio auténtico en el proceso de capacitación.

La concepción fundamental con que se opera es que hay la necesidad de organizar actividades encaminadas a la solución de problemas. Por consiguiente, la fase inicial del proceso de planificación educativa es una clara identificación de las necesidades y demandas de la población.

Este planteamiento introduce inicialmente la interrogante respecto a si los recursos humanos así formados serán coincidentes con las características actuales del sistema de prestación de servicios, que no siempre interpretan los problemas prioritarios de salud que afectan a la población. Sin embargo, la posibilidad de formar un personal con espíritu crítico que sea capaz de adaptarse e influir sobre las acciones que se realizan, es un factor importante. El sistema estructura los módulos en una secuencia que está basada en requerimientos pedagógicos y de servicio.

La actividad esencial, al interior de los módulos, la realiza el alumno, siendo el docente un conductor del proceso. Una o varias tareas, de acuerdo a la complejidad de la función, configuran un módulo educativo. La información que se proporciona a los estudiantes se procura ajustar a las necesidades de desempeño de la actividad, lo cual impone al docente el trabajo creativo adicional de establecer situaciones educativas pertinentes a los objetivos formulados en el perfil profesional. Un aspecto fundamental es el seguimiento y control del proceso formativo, a través de instrumentos de evaluación idóneos que garanticen el logro de los cambios visualizados. De este modo, solamente los estudiantes que demuestren un rendimiento mínimo aceptable son promovidos, en un lapso que considera las diferencias de potencialidad del aprendizaje; el mínimo aceptable tiene una ponderación del 70%.

Es así que las actividades de aprendizaje se identifican de manera aislada del fundamento de una propuesta pedagógica y de la definición de estrategias de aprendizaje que viabilizarán la misma, en realidad, un aspecto fundamental es la débil conceptualización sobre las diferentes formas de organizar el aprendizaje. Por ello se acciona el sistema modular con una visión restringida a la pertinencia de los diferentes elementos de la unidad didáctica o carta descriptiva.

Siendo el perfil ocupacional un punto de partida importante para el diseño del perfil educativo y de las unidades didácticas, la participación del personal que acciona los servicios es fundamental en este proceso.

Se observó también la ausencia de un sistema de monitoreo del proceso de enseñanza aprendizaje que de manera continua proporcione insumos de retroalimentación y de corrección oportuna.

En conclusión, la propuesta educativa que formuló la Escuela desde su creación marca un hito histórico en el proceso educativo desarrollado por el Ministerio de Prevención Social y Salud Pública. Su filosofía orientada a presentar opciones para una educación identificada con la realidad boliviana y sus problemas dan a esta propuesta un carácter de avance cualitativo en este campo; de ahí que, dada su trascendencia, es necesario desarrollar instrumentos que fortalezcan y viabilicen el proceso iniciado.

En este sentido, se efectúan una serie de reuniones y discusiones para conceptualizar mejor las diferentes corrientes pedagógicas, y se discuten y efectúan talleres para obtener una mejor información sobre recursos didácticos e instrumentos de evaluación formativa.

Por otra parte, se revisan los diseños curriculares y se invita a participar más directamente al personal de la unidad sanitaria en la formulación y diseño de los mismos. En este sentido, se incorpora de manera más estrecha al personal docente en las acciones de servicios, especialmente durante la supervisión de las experiencias educativas.

El modelo de evaluación y monitoreo ha sido diseñado con el enfoque de la teoría de sistemas y la propuesta tiene todavía un carácter inicial, orientado a la identificación de los aspectos más relevantes, esperándose que en su aplicación surjan nuevos elementos para su retroalimentación. Presenta además una apertura que permite una relación estrecha con modelos de evaluación del desempeño asociados al Sistema de Supervisión. Su aplicación ha sido ya efectivizada; sin embargo es necesario dinamizar el modelo, a través de un sistema de información del proceso educativo, cuya propuesta está en elaboración.

En síntesis, la experiencia educativa de nuestra institución muestra que el desarrollo de los recursos humanos no puede ser abordado de manera aislada del desarrollo de los servicios. Si no existe la voluntad política de efectivizar este desarrollo, la formación de recursos humanos encontrará las limitaciones que hemos mencionado dentro de nuestra experiencia.

Finalmente, nuestra visión respecto al desarrollo de esta Institución no es la de "acciones acabadas y exitosas", sino más bien la de una crítica permanente a la actividad que se desarrolla, siendo lo importante el seguir ejercitando una práctica permanente para identificar nuestros errores y una capacidad creativa para solucionarlos.

Esperamos también proyectar nuestras experiencias al nivel nacional, a través de la capacitación de recursos humanos para la docencia, el desarrollo de los Centros de Capacitación de los Distritos (sistemas locales salud), la educación permanente y la formación de auxiliares de enfermería y técnicos médicos.

La Escuela se propone también transmitir sus experiencias a los países del Área Andina, contribuyendo de esta manera a fortalecer el intercambio tecnológico y de cooperación en nuestros países.

NOTICIAS

COMITE DE EXPERTOS EN EDUCACION CONTINUA A NIVEL LOCAL

La Organización Mundial de la Salud convocó a la Reunión del Comité de Expertos en Educación Continua a Nivel Local, la cual se desarrolló en Ginebra, Suiza, del 2 al 6 de octubre de 1989. El propósito era discutir un documento básico que hacía una revisión de la situación prevalente en el mundo en materia de capacitación de personal en los servicios de salud; se buscaba además, proponer algunas líneas innovadoras en el trabajo a ese nivel. Participaron funcionarios de universidades y de los servicios de salud de países asiáticos, europeos, africanos y de la Región de las Américas. En el documento final, que deberá ser presentado a la próxima Asamblea Mundial de la Salud, se incluyeron varios de los componentes y puntos críticos de la propuesta de reorientación de la educación permanente que se impulsa desde la sede del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS.

GRUPO DE TRABAJO PARA DEFINIR LINEAMIENTOS DE TRABAJO COLABORATIVO ENTRE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (ONG) Y LA OPS EN ENFERMERÍA

Del 18 al 22 de septiembre se llevó a cabo en la sede de la OPS un grupo de trabajo para discutir "El rol de la OPS y las ONG en el desarrollo de enfermería para SPT/2000". Asistieron 26 personas que representaban a 10 organizaciones no gubernamentales de enfermería y la OPS.

Mediante conferencias, paneles y discusiones se identificaron las tendencias actuales en salud, sus implicaciones para enfermería, y las áreas críticas derivadas; con esa base el grupo hizo recomendaciones y señaló estrategias para el trabajo conjunto, entre las cuales se incluyen las siguientes:

- Establecimiento de un foro permanente de discusión sobre el marco conceptual de atención primaria y sistemas locales de salud.

- Participación de enfermería en la definición de políticas de salud y de educación.
- Elaboración de estudios nacionales de recursos humanos en enfermería como base para la planeación cualitativa.
- Promoción de un boletín panamericano de información y reactivación de cuerpos consultivos para el estudio de asuntos prioritarios de enfermería.

CUBA: TALLER DE EDUCACION PERMANENTE

Con el patrocinio conjunto del Ministerio de Salud de Cuba y la Representación OPS en el país, y con el apoyo técnico del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, del 13 al 15 de noviembre de 1989 se llevó a cabo en La Habana el Taller de Educación Permanente; contó con la participación de 40 funcionarios de las distintas provincias del país y tuvo como objetivo central la búsqueda de alternativas de reorientación de las acciones de perfeccionamiento del personal de salud en sus distintos niveles. La capacitación continua del médico de familia fue uno de los aspectos de mayor debate; los grupos discutieron y analizaron las distintas propuestas pedagógicas vigentes para capacitar personal en los servicios de salud, incluyendo la propuesta de reorientación de la educación de la OPS, y concluyeron en que es necesario desarrollar investigaciones en el campo educativo, que permitan al Ministerio de Salud identificar las modalidades de trabajo más apropiadas, dentro del marco político, social y sanitario de Cuba.

GRUPO REGIONAL DE TRABAJO SOBRE INVESTIGACION EN APOYO DE PROCESOS EDUCATIVOS

Tuvo lugar en Cochabamba, Bolivia, entre el 6 y el 10 de noviembre de 1989, con la participación de funcionarios de las universidades y los Ministerios de Salud de Argentina, Brasil, Chile, Perú, Bolivia, Honduras y Costa Rica. El evento responde a una secuencia señalada por un grupo de consulta de la OPS que en 1985 recomendó, entre las prioridades de investigación sobre personal de salud, la realización de estudios en apoyo de procesos educativos.

Las deliberaciones se centraron en el debate conceptual y metodológico, tratando de delimitar un marco de acción de la investigación en el área educativa; en esencia, de lo que se trata es de estimular el trabajo de grupos nacionales dedicados al estudio y a la investigación de estos problemas, para la búsqueda de una nueva tecnología educa-

cional acorde con las demandas actuales que en materia de capacitación imponen los servicios de salud. Se intenta asimismo cumplir con un mandato de los cuerpos directivos de la OPS que señala a esta la obligación "de buscar nuevas formas de trabajo para el reclutamiento, la capacitación y la utilización del personal de salud".

Como paso previo a esta Reunión se elaboró un documento básico por parte de 4 firmas consultoras de la Región de las Américas contratadas para ese fin específico por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Simultáneamente se procedió a identificar grupos nacionales de investigación en el área educativa en los países de las Américas. El documento básico proveyó material importante para el debate de la Reunión, y con los grupos nacionales identificados y participantes de la Reunión se constituirá una Red Colaborativa Latinoamericana en apoyo del desarrollo de una nueva tecnología educativa generada por los propios países y en el marco de las necesidades reales de capacitación en salud para la década de los 90.

SEGUNDA CONFERENCIA LATINOAMERICANA DE EDUCACION EN ENFERMERIA

Tuvo lugar en Quito, Ecuador, del 13 al 17 de noviembre de 1989, bajo la responsabilidad conjunta de la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Enfermería (ALADEFE) y la Organización Panamericana de la Salud.

El tema central fue "Las escuelas y facultades de enfermería y el impacto de la crisis en la salud: estrategias para elevar el nivel de salud de la población latinoamericana para el siglo XXI". Cinco subtemas conformaron el marco de la conferencia:

- Las condiciones socioeconómicas y políticas, las necesidades de salud de la población y los sistemas de salud de América Latina.
- El papel de la Universidad en la elevación del nivel de salud de la población.
- La Universidad y la educación de enfermería en América Latina: situación actual, prospectiva y estrategias para su desarrollo para el siglo XXI.
- El trabajo comunitario como alternativa de prestación de servicios en América Latina.
- La investigación como instrumento de cambio de los servicios de salud y de la formación de recursos humanos de enfermería.

Las conclusiones y recomendaciones a que se llegó en el evento son de gran relevancia para las futuras orientaciones de las facultades de enfermería frente al reto de salud para todos en el año 2000.

SALUD COMUNITARIA Y ADMINISTRACION DE SALUD

El Instituto de Higiene Tropical y Salud Pública de la Universidad de Heidelberg, Alemania, está ofreciendo un curso de postgrado de un año de duración sobre salud comunitaria y administración de salud. El curso, que se dictará en inglés y está dirigido a profesionales de la salud y científicos sociales con dos años de experiencia, proveerá entrenamiento especializado en planeación, administración, implementación y evaluación de servicios de salud en países en desarrollo. Se ha estructurado en 5 módulos que cubren las áreas mencionadas e incluye además discusiones sobre atención primaria, comunicaciones en salud, programación local, administración a nivel local y electivos. El curso dará inicio en octubre de 1990 y el nivel de trabajo corresponde al de maestría en ciencias.

Mayor información y detalles pueden obtenerse escribiendo a Institut fur Tropenhygiene und Offentliches Gesundheitswesens, Im Neuenheimer Feld 324, D 6900 Heidelberg 1, Federal Republic of Germany.

CAPACITACION DE PERSONAL, GOBIERNO ESPAÑOL/OPS

En el marco del plan de prioridades de salud en Centroamérica y Panamá, y contando con el apoyo financiero del Instituto de Cooperación Ibérica y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, se llevaron a cabo dos eventos subregionales en el área de recursos humanos, en Honduras y en Nicaragua.

En el primero de esos países la OPS apoyó al Ministerio de Salud en el desarrollo de un curso de capacitación pedagógica para facilitadores de procesos de educación permanente en salud pública de los 6 países centroamericanos. La temática giró alrededor del manejo del trabajo como eje de los procesos educativos, con una última unidad que trató el problema del seguimiento y monitoreo de los trabajadores de salud egresados de programas formativos.

En Nicaragua, el evento se refirió a la capacitación pedagógica de docentes de salud pública; tuvo lugar en el Centro de Investigaciones y Estudios en Salud del Ministerio correspondiente, y debatió funda-

mentalmente aspectos nuevos de epidemiología y administración así como alternativas metodológicas para la educación en esos campos.

Los resultados de estas actividades fueron satisfactorios, a pesar de que en su transcurso ocurrió la muerte trágica de las personas encargadas de la coordinación, a lo cual se hizo referencia en el número anterior de esta Revista.

En la actualidad se trabaja en la programación del quinto y último año del plazo señalado para el convenio España/OPS/Países Centroamericanos en el marco del PPS/CAP.

SITUACION ACTUAL Y PERSPECTIVAS EN SALUD INTERNACIONAL

Del 9 al 13 de noviembre de 1989, en la sede de la OPS en Washington, DC, se reunió un grupo de trabajo con el objetivo de contribuir a la conceptualización de la salud internacional. El encuentro ocurrió en el marco de consolidación del Programa de Formación en Salud Internacional que la OPS lleva adelante desde hace 5 años. Asimismo, la reunión se organizó en medio de un creciente interés por el tema por parte de las escuelas de salud pública de la Región, principalmente de los Estados Unidos de América.

Un primer aporte fue la consideración de la salud internacional como un campo de conocimiento y práctica con especificidad propia, el cual se encuentra en un proceso de construcción y debate; se hizo acopio, al mismo tiempo, del carácter histórico-social de la salud internacional y sus características en función del contexto histórico, la posición ideológica y el tipo de proyecto geopolítico que define y actúa en salud internacional.

El logro principal de la reunión fue el acuerdo de buscar alternativas para la construcción de una propuesta de salud internacional desde una perspectiva latinoamericana, que sirva como campo de conocimiento y práctica para contribuir al desarrollo de intervenciones eficaces en pro de la salud de los pueblos.

INFORMACION PARA LOS AUTORES

1. Los artículos enviados para publicación serán inéditos y así han de permanecer hasta su aparición en *Educación Médica y Salud*. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) se reserva todos los derechos de propiedad del material recibido.

2. Los originales se remitirán al Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, Organización Panamericana de la Salud, 525, 23rd Street, NW, Washington, DC, 20037, EUA.

3. Los artículos deberán tratar directa o indirectamente sobre temas de educación y adiestramiento de personal de salud en su concepto más amplio, especialmente los relacionados con planificación, desarrollo y evaluación de programas de enseñanza, nuevos métodos educacionales, investigación de educación médica y desarrollo de recursos humanos para la salud.

4. La OPS se reserva el derecho de aceptar o rechazar, de acuerdo a las recomendaciones del Consejo Editorial, los trabajos recibidos. También se reserva el derecho de realizar cualquier revisión editorial que estime necesaria, incluso la condensación u omisión de parte del texto, cuadros, ilustraciones y anexos.

5. Deberán incluirse los nombres del autor y de los coautores, el nombre de la institución a que pertenecen y la dirección del autor.

6. Cada artículo incluirá una introducción donde se explique la razón por la cual se ha llevado a cabo el trabajo y lo que se espera que aporte en el campo científico; conclusiones y recomendaciones, de ser pertinentes, y terminará con un resumen que dé una idea precisa del contenido.

7. La lista de referencias y la bibliografía se ajustarán a las normas seguidas en la revista: apellido del autor e iniciales del nombre; título del trabajo o del libro en su idioma original; nombre completo de la revista, de la casa editora, o de la institución; lugar de publicación (ciudad y país); y volumen, página y fecha de publicación. Las referencias deben aparecer en el texto por orden numérico consecutivo (números arábigos en paréntesis y subrayados), en el mismo orden en que se agrupan al final del trabajo.

8. El autor podrá solicitar gratis 10 ejemplares del número en que aparece su artículo.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana / Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, NW, Washington, DC 20037

FORMULARIO DE SUSCRIPCION
SUBSCRIPTION FORM

Favor de suscribirme a: / *Please enter my subscription to:*

Educación Médica y Salud

Trimestral/*Quarterly*

- | | | |
|--------------------------|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Por un año / <i>For one year</i> | \$US20,00 |
| <input type="checkbox"/> | Por dos años / <i>For two years</i> | \$US36,00 |
| <input type="checkbox"/> | Por tres años / <i>For three years</i> | \$US48,00 |
| | Número suelto
<i>Single issue</i> | |
| <input type="checkbox"/> | Vol. ____ No. ____ Año/ <i>Year</i> ____ | \$US5,00 |

Nombre/*Name*

Dirección/*Address*

Ciudad/*City*, Código Postal/*Zip Code*

País/*Country*

Firma/*Signature*

Fecha/*Date*

En caso de RENOVACION DE SUSCRIPCION es indispensable devolver la etiqueta del sobre en el que recibe *Educación Médica y Salud*.

In case of RENEWAL, it is indispensable to return the address label from the envelope in which you receive Educación Médica y Salud.

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

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

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

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

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

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

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

Oficina Sanitaria Panamericana: Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director; Dr. Robert F. Knouss, Director Adjunto; Dr. Luis Carlos Ochoa Ochoa, Subdirector.

CRISIS Y SALUD EN LA DECADA DE LOS 90 •
ENFOQUE ESTRATEGICO PARA EL DESARROLLO
DE RECURSOS HUMANOS • INVESTIGACION
EDUCACIONAL • ENFOQUE EPIDEMIOLOGICO
PARA LA FORMULACION DE POLITICAS DE
RECURSOS HUMANOS • RESEÑAS • NOTICIAS

