

# DESAFÍOS PARA LA EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA

DESAFÍOS PARA LA EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA  
LA REFORMA SECTORIAL Y LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA

LA REFORMA SECTORIAL y las  
FUNCIONES ESENCIALES de  
Salud Pública



PROGRAMA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS  
DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD  
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
*OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, OFICINA REGIONAL DE LA*  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

# DESAFÍOS PARA LA EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA

LA REFORMA SECTORIAL y las FUNCIONES ESENCIALES  
de Salud Pública



PROGRAMA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS  
DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD  
**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**  
*OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, OFICINA REGIONAL DE LA*  
**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

---

Desafíos para la Educación en Salud Pública. La Reforma Sectorial  
y las Funciones Esenciales de Salud Pública

—Washington, D.C.

—OPS, c2000. 156 p.

ISBN 92 75 32323 2

I. Título. II. Organización Panamericana de la Salud.

1. SALUD PÚBLICA - recursos humanos.

2. EDUCACIÓN EN SALUD - tendencias.

3. REFORMA DEL SECTOR SALUD

4. RECTORÍA DEL SECTOR

NLM WA590

---

Primera edición, 1000 ejemplares, Junio de 2000

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse al Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2000

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos del Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan, en las publicaciones de la OPS, letra inicial mayúscula.

**Diseño y diagramación:** Matilde Cresswell

**Edición:** Claudia L. Chamorro B.

---

---

# ÍNDICE

---

---

PREFACIO.....	v
1. LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA: DESAFÍOS PARA EL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS .....	1
2. ENFOQUES PRIORITARIOS EN SALUD PÚBLICA .....	7
Comentarios sobre Enfoques Prioritarios en Salud Pública .....	27
3. LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA.....	33
Comentarios sobre Las Funciones Esenciales de Salud Pública.....	52
4. CONSECUENCIAS DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA PARA LA EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA: PERSPECTIVA CANADIENSE.....	59
5. TENDENCIAS DE LA EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA.....	73
6. IMPLICACIONES DE LAS REFORMAS SECTORIALES Y LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA EN LA EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA EN LAS AMÉRICAS .....	89
7. ESTRATEGIAS INNOVATIVAS PARA LA EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA EN LAS AMÉRICAS .....	109
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	127
ANEXO A: AGENDA DE LA II CONFERENCIA PANAMERICANA DE EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA.....	139
ANEXO B: LISTA DE PARTICIPANTES DE LA II CONFERENCIA PANAMERICANA DE EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA .....	143



---

---

## PREFACIO

---

---

Los cambios en el escenario de salud tienen que ver con el surgimiento de un nuevo orden global caracterizado por profundas transformaciones económicas, políticas, tecnológicas y culturales. En este nuevo orden, la creación de bloques económicos, la reducción del aparato estatal, la democratización creciente de nuestras sociedades, la explosión tecnológica y la revalorización de lo social, son temas prioritarios en la formulación de la agenda no sólo gubernamental sino de otros actores, influyendo también en el proceso de toma de decisiones y en las políticas sociales.

Asimismo, estas megatendencias han contribuido a la creación de un nuevo rostro para la salud pública como campo de acción, deber del Estado y compromiso de la Sociedad en su conjunto. Este nuevo escenario del orden mundial habrá de vincularse a problemas crecientes entre los que se destacan los epidemiológicos y demográficos, con lo cual se torna aún más complejo el campo de la salud pública y su respuesta a las demandas y necesidades contemporáneas. Se plantean, entre otras, grandes exigencias para redefinir las bases conceptual y de producción, reproducción y aplicación del conocimiento sobre la salud pública.

Como resultado de los procesos de reforma generados a la luz de la redefinición del rol del Estado se ha enfatizado la necesidad de definir las responsabilidades de éste en materia de salud. En respuesta a esta preocupación, durante la 40a. reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), se aprobó el documento "La Rectoría de los Ministerios de Salud en la Reforma del Sector" donde explícitamente se establecen las funciones fundamentales de los ministerios de salud para el ejercicio de la capacidad rectora sectorial.

De igual forma, la OPS/OMS elaboró una aproximación a las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), que ofrece la oportunidad para analizar los ideales de salud de la sociedad, los principales retos a enfrentar y los respectivos campos de acción para alcanzarlos, así como las responsabilidades correspondientes a los actores involucrados en la sociedad en su conjunto.

La conferencia "*Recursos Humanos: Un Factor Crítico de la Reforma Sectorial en Salud*", se realizó del 3 al 5 de diciembre de 1997, en San José, Costa Rica, con el propósito de llamar la atención de los líderes del sector salud de la región sobre la importancia estratégica de los recursos humanos para el logro de los objetivos y el avance de los procesos de reforma sectorial. En dicha oportunidad, se analizó la problemática de los recursos humanos en los países en el marco de las reformas y se fomentó el compromiso político y una corriente de opinión y acción favorables a los cambios necesarios en los procesos de desarrollo de los recursos humanos en salud.

La II Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública, “Reforma Sectorial y Funciones Esenciales de Salud Pública: *Desafíos para el Desarrollo de Recursos Humanos*” se llevó a cabo en la Ciudad de México, D.F. México, del 11 al 13 de noviembre de 1998. Fue organizada por la OPS conjuntamente con la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAES), la Asociación de Escuelas de Salud Pública de los Estados Unidos (ASPH), instituciones educacionales del Canadá y del Caribe anglófono, y un consorcio de instituciones locales integradas por la Secretaría de Salud de México, el Centro Colaborador de la OMS en Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la Asociación Mexicana de Educación en Salud Pública (AMESP) y la Sociedad Mexicana de Salud Pública (SMSP).

Entre los objetivos de esta Conferencia Regional se plantearon: 1) Analizar las implicaciones de las Funciones Esenciales y los procesos de Reforma Sectorial en el desarrollo de recursos humanos en salud pública en términos de contenidos, procesos y actores; 2) Analizar las principales tendencias de la educación en salud pública en los últimos años y el grado en que se ha dado respuesta a los nuevos desafíos y; 3) Identificar estrategias innovativas para abordar las áreas críticas y responder a las exigencias contemporáneas en materia de educación en salud pública.

La II Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública convocó a relevantes actores tanto educacionales como de servicio en el campo de la salud pública, con el propósito de discutir y diseñar las estrategias de desarrollo de los recursos humanos en salud pública apropiadas a las exigencias de las FESP y los procesos de RS, incluyendo el desarrollo de la Rectoría de los Ministerios de Salud, considerando que el consenso regional en la formulación de las estrategias es fundamental para la construcción de una nueva agenda de la educación en salud pública y de la cooperación técnica en este campo.

Procedentes de 27 países, alrededor de 120 participantes acudieron a la cita, destacándose la presencia de ministros, viceministros y altos funcionarios del sector salud, autoridades universitarias nacionales e internacionales, expertos internacionales en el tema, funcionarios de los sectores salud y educación de México, de la oficina central y representaciones de OPS así como consultores de las diversas agencias de cooperación internacional comprometidas en los procesos de reforma social.

Esta publicación es expresión de la riqueza del debate que se dió en la II Conferencia Panamericana de Educación Pública y recoge los textos de las conferencias magistrales de los distinguidos exponentes y los comentarios a las mismas. Asimismo, incorpora las principales recomendaciones y conclusiones que surgieron de la discusión y que ciertamente han significado un aporte importante para definir un plan de acción que garantice el desarrollo de la educación en salud pública y que a la vez se constituya en la base de los esfuerzos de cooperación disponibles para alcanzar las metas propuestas.

# 1

---

---

## LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA: DESAFÍOS PARA EL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS<sup>1</sup>

---

---

La trascendencia de la II Conferencia Panamericana Sobre Educación en Salud Pública se explica por el carácter crítico y estratégico de las transformaciones en los sistemas de salud de la Región de las Américas y que incluyen los recursos humanos en salud pública. Estos desafíos e implicaciones son producto de la dinámica de los procesos de reforma del sector y de la revalorización de las funciones esenciales de salud pública.

La razón de ser de la Conferencia emana también de la situación actual de la evolución del pensamiento y la práctica en el campo de la salud pública. Aquí se reconoce la influencia y relevancia de los avances en el conocimiento de las disciplinas que alimentan la acción en salud pública, la redefinición de las responsabilidades del Estado y de la sociedad civil en este campo, una intensificación de los ritmos de cambio en la estructura y el funcionamiento de los sistemas de salud, un déficit de recursos humanos calificados para enfrentar y anticipar los nuevos desafíos, y una respuesta insuficiente por parte de las instituciones formadoras en salud pública.

La identificación de la salud con el bienestar permite establecer la responsabilidad de otros sectores en su quehacer y por lo tanto, expresa la necesidad de la acción intersectorial para el logro, recuperación y preservación de la salud.

El objetivo central de la salud pública incluye todos los aspectos de interés colectivo que contribuyen a mejorar la salud de las poblaciones. No se limita únicamente a los bienes y servicios públicos con externalidades significativas o a aquellas acciones

---

<sup>1</sup> Presentación del Dr. Daniel López-Acuña, Director, División de Sistemas y Servicios de Salud (HSP), Organización Panamericana de la Salud (OPS).

que se conocen como responsabilidad del gobierno o del Estado. Las condiciones de vida y sus determinantes afectan además la salud pública. El sujeto básico y permanente es la misma población organizada en la sociedad. El público es simultáneamente el objetivo central y su principal actor. La sinergia entre el Estado y la sociedad civil constituye el factor instrumental más importante para la equidad, eficacia y efectividad de las acciones en salud pública.

Por su parte, el análisis actual de la salud pública demanda destacar varios aspectos. Primero, la salud pública no es solo una disciplina sino una práctica que incluye la organización y prestación de servicios de salud a las poblaciones así como a individuos. Segundo, la educación en salud pública no es más monopolio de las escuelas de salud pública, sino que la actividad de formación se ha expandido a otras modalidades y tipos de instituciones. Tercero, los procesos de reforma sectorial son un eje fundamental de la salud pública y no una dinámica separada y paralela. Finalmente, la práctica de la salud pública demanda cada vez más la definición de perfiles funcionales del personal que combinen marcos conceptuales y axiológicos, técnicas y destrezas provenientes de varias disciplinas.

El sector salud está afectado por la falta de equidad en el acceso a los servicios básicos; débil coordinación entre las instituciones, los subsectores y los sectores nacionales; la ineficiente asignación de los escasos recursos disponibles y, marginal sostenibilidad financiera. Los cambios demográficos, epidemiológicos y el desarrollo tecnológico sectorial determinan nuevas necesidades y posibilidades para que los servicios de salud contribuyan a resolver los problemas de salud.

Procesos dirigidos al logro de mayor equidad en las condiciones de vida, salud y acceso a los servicios de salud, a incrementar el nivel de eficiencia y garantizar la sostenibilidad financiera del sector salud, implican necesariamente la consideración de los efectos de los ajustes macroeconómicos y el replanteamiento de las políticas de gasto público. Los mismos derivan de los procesos de reforma del Estado en el marco de la democratización y evolución hacia sociedades más pluralistas, elementos que adicionan dimensiones de complejidad e incertidumbre al proceso.

Desde principios del decenio de 1990, casi todos los países de la región iniciaron procesos de reforma de los sistemas de servicios de salud. Dicha reforma sectorial se ha definido como *“un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad de las prestaciones, la eficiencia de su gestión, y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de la necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformaciones de los sistemas de salud realizada dentro de un periodo determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan.”*<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> OPS/OMS. “La Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud Ante los Procesos de Reforma del Sector Salud.” Marzo, 1997.

*I. LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD  
PÚBLICA: DESAFÍOS PARA EL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS*

---

En algunos países los elementos fundamentales de la reforma sectorial fueron incluidos dentro del marco de la reforma de la constitución de cada país. Otros generaron comisiones nacionales de reforma de amplio alcance por mandato presidencial, y en otros se consideró la reforma del sector salud como un componente más de la reforma y modernización del Estado. Hubo casos en que se constituyeron unidades especiales para el diseño y conducción de estos procesos.

El general, ha prevalecido un enfoque en el cual resaltan dos ideas centrales: a) la reforma sectorial no es un asunto exclusivo del sector salud; b) los ministerios de salud como organismos gubernamentales especializados deben desempeñar un papel de liderazgo.

Entre las principales tendencias y características de las reformas del sector en la región cabe destacar la ampliación de la cobertura de los servicios, la reformulación de los modelos asistenciales y definición de paquetes básicos y planes garantizados, los cambios en la organización y gestión de instituciones del sector, la descentralización y participación social, la separación de las funciones de financiamiento y provisión de servicios de salud, la modificación de la mezcla público privada, las nuevas modalidades de financiación de los servicios y nuevas políticas y estrategias de inversión sectorial.

En los últimos tiempos ha adquirido más fuerza la corriente de opinión que asigna a los ministerios de salud la responsabilidad de asumir una serie de funciones esenciales de salud pública que son propias de la autoridad sanitaria. Existe una creciente tendencia a la separación de funciones de financiamiento, aseguramiento, y provisión de servicios mientras que simultáneamente se demanda a los ministerios de salud que fortalezcan su capacidad de conducción, regulación y el desarrollo de las funciones esenciales mencionadas previamente. Las competencias sustantivas que son propias e indelegables de los ministerios corresponden a la conducción de acciones sectoriales, elaboración de normas técnicas, regulación y desarrollo de las funciones esenciales de salud pública. Estas están relacionadas con el ejercicio de la autoridad sanitaria, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios para garantizar el acceso universal y equitativo a la atención de salud con criterios de calidad y eficiencia.

En las últimas décadas el concepto de salud pública ha evolucionado en varias dimensiones, como deber del estado, como campo de profesionalización y de conocimiento y sobre todo, más recientemente, como compromiso de la sociedad con sus ideales de salud. Para el desarrollo de una concepción integral sobre la salud, se han identificado las siguientes prácticas sociales: desarrollo de una cultura de la vida y la salud; construcción de entornos saludables; construcción de ciudadanía y de capacidad de participación en salud; y la atención a las demandas y necesidades de salud.

Con esta perspectiva es posible establecer una distinción entre los quehaceres de la sociedad en su conjunto, es decir, *prácticas sociales*, las atribuciones del estado, *funciones esenciales*, y las responsabilidades de las instituciones y agencias públicas y privadas que brindan los *servicios* de salud.

Se entiende por funciones de la salud pública al conjunto de acciones y responsabilidades que deben ser desarrolladas y asumidas por la salud pública, caracterizada como un agente social diferenciado, para la realización de su objetivo central o finalidad, es decir la mejoría de la salud de las poblaciones. No debe entenderse que las funciones esenciales son una responsabilidad difusa de toda la sociedad, sino que corresponden a ese componente social identificado operacionalmente como salud pública.

Las funciones de salud pública pueden ser genéricas y específicas. Las primeras son las que no tienen per se objetivo propio, sino que cumplen con la realización del objetivo central de la salud pública y aplicándose a cada campo de acción u objetivo específico en que la salud pública actúe. Son funciones tales como las de regulación, fiscalización, normalización, o información. Las funciones específicas se refieren a las responsabilidades o a los objetivos definidos como propios de la salud pública en una circunstancia dada, por ejemplo, control de enfermedades, vigilancia epidemiológica, saneamiento ambiental.

Con relación a los objetivos últimos del sistema de salud, las funciones pueden ser consideradas finalistas, tales como promoción de salud, control de riesgos y daños, protección del ambiente, calidad de la atención. Las funciones instrumentales sirven a esos objetivos en forma inmediata favoreciendo a las condiciones para cumplir con las funciones finalistas. Este es el caso del monitoreo y análisis de la situación de salud, el desarrollo de los recursos humanos, la información pública o la regulación.

Como se destacó previamente, las funciones esenciales de la salud pública no son sinónimos de las prácticas sociales relevantes a la salud. Estas conforman ámbitos más amplios ya que corresponden a acciones de toda la sociedad aun cuando sean ejecutadas específicamente por sectores o actores particulares.

Para consolidar su función de rectoría sectorial, la agenda de los ministerios de salud debe contemplar la necesidad de redimensionar y adecuar sus responsabilidades y acciones en función de las nuevas realidades, la importancia de definir las competencias sustantivas que les son propias e indelegables, el imperativo de transformarse para cumplir a cabalidad su nuevo papel y, finalmente, la necesidad de transitar de una acción fundamentalmente ejecutora hacia otra sustancialmente ordenadora y articuladora de múltiples actores. En el escenario regional se ha observado un avance en el ejercicio de la Función Rectora de los ministerios. Esta se manifiesta en una profundización de la descentralización del Estado, aparición de nuevos actores públicos y privados en el sector, la desconcentración de los servicios de salud pública, la ejecución de acciones de regulación sanitaria y de la provisión de servicios de atención a las personas y una tendencia a la separación de funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios.

La mayoría de las propuestas de reforma incluyen el elemento de descentralización. En la mayor parte de los países se intenta clarificar y definir el papel del gobierno central y los gobiernos regionales. Se ha enfatizado el fortalecer los mecanismos de coordinación entre los distintos niveles de gobierno y entre los

*I. LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD  
PÚBLICA: DESAFÍOS PARA EL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS*

---

diferentes sectores. Asimismo, se ha dado prioridad al incremento de la capacidad de gestión de los niveles locales.

La participación y el control social son componentes críticos para efectivizar la descentralización, ya que posibilitan el compromiso de los individuos en su condición de ciudadanos y a la comunidad en el análisis de los problemas y la toma de decisiones para intervenir en su solución. La participación favorece además la reorientación de los servicios hacia las necesidades de la población y la responsabilidad por la gestión y la evaluación.

Las profundas transformaciones en todas las esferas del sector son reflejo de cambios de paradigmas, los que a su vez, constituyen oportunidades para la generación de nuevos enfoques conceptuales, metodológicos e incluso ideológicos para el análisis de la situación de salud, diseñar opciones y actuar con mayor efectividad. Las instituciones de formación en salud pública se constituyen en un espacio natural para el análisis, debate y generación de innovaciones indispensables para el desarrollo de políticas de salud.

A fin de que las instituciones de formación en salud pública se apropien de los conocimientos y habilidades necesarias para enfrentar los desafíos actuales y futuros, es urgente la consideración sistemática de nuevos contenidos y procesos educativos, la interacción de las disciplinas y la elaboración de respuestas acordes a los perfiles de competencia profesional requeridos.



# 2

---

## ENFOQUES PRIORITARIOS EN SALUD PÚBLICA<sup>3</sup>

---

### INTRODUCCIÓN

La salud pública tiene el compromiso histórico de identificar las condiciones de salud de la población y de explicar sus determinantes, a fin de formular e implementar propuestas de intervención más eficaces y eficientes para hacer frente a la situación, incluso con la movilización de la acción de otros sectores sociales y gubernamentales.

Los enfoques prioritarios de la salud pública, en una dada formación social, en cierto espacio y en determinada conjuntura, dependen, por lo tanto, de la correcta comprensión del proceso salud-enfermedad-cuidado vigente y de la identificación de recursos tecnológicos y financieros más eficaces y eficientes para enfrentarlos satisfactoriamente.

A pesar de las mejoras en las condiciones de vida y salud de la población que se han verificado en América Latina en los últimos decenios (OPS, 1994; OPS, 1998), la región presenta un cuadro social alarmante: más de 210 millones de pobres y casi 100 millones de indigentes, o sea el 47% y el 22% de la población respectivamente (CEPAL, 1997). Persisten todavía amplias desigualdades sociales, económicas y sanitarias entre los países y al interior de los mismos. Estos altos niveles de desigualdad y rigidez en la distribución del ingreso ocurren incluso en los países que han logrado tasas de crecimiento muy elevadas. La región alberga altas cifras de desempleo, particularmente en las capas de más bajo ingreso de la población.

Como concluye el estudio de la CEPAL (1998) sobre el Panorama Social de América Latina: "Durante los años noventa se ha mantenido o acentuado la alta concentración de la distribución del ingreso que caracteriza a la mayoría de los países de América Latina. Este rasgo coexiste con una también elevada concentración del

---

<sup>3</sup> Presentación del Prof. Paulo Marchiori Buss, Presidente de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación y Salud Pública (ALAES) y Director de la Escuela Nacional de Salud Pública/Fundación Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

capital educativo y el patrimonio físico y financiero, a lo cual se suma el contraste entre hogares pobres, de gran tamaño y con baja proporción de personas ocupadas y hogares de altos ingresos, de reducido tamaño y con alta proporción de ocupados. El desafío que supone avanzar hacia una distribución más equitativa del ingreso exige, por ende, políticas que conjuguen —entre otras— las dimensiones demográficas, educacional, ocupacional y patrimonial”.

Los importantes cambios demográficos y epidemiológicos que se verifican en América Latina, así como situaciones como la de los “sin techo” de las grandes ciudades y los “sin tierra” del campo, con la miserabilidad de sus situaciones colocan también cuestiones fundamentales para la salud, invocando la necesidad de las reformas urbana y agraria que conduzcan a una distribución más equitativa de la posesión de la tierra en el campo y en las ciudades, exigidas en la Cumbre de la Tierra de Copenhague (Naciones Unidas, 1996) y en la Habitat II de Estambul (Naciones Unidas, 1996).

La salud pública tiene, contemporáneamente, que considerar estos eventos en la determinación de la situación de salud, así como al proponer intervenciones en los campos sanitario e social. Sabemos que todas las desventuras económicas y sociales que enfrentan nuestras poblaciones repercuten fuertemente sobre la salud. Los grupos socioeconómicos menos favorecidos muestran tasas de mortalidad y morbilidad claramente excesivas en todos los grupos etarios, para la mayoría de las enfermedades, así como acceso a todos los bienes esenciales para la vida.

La pobreza, el desempleo, la posesión de la tierra y la creciente concentración de la renta son fatales verdugos en el campo de la salud y expresan los graves problemas estructurales que precisan ser enfrentados con medidas políticas urgentes en América Latina como indican los innumerables estudios realizados en toda la Región de las Américas (OPS, 1994, 1998; CPHA, 1996, 1997; Breilh, 1990; entre otros).

Tales problemas estructurales son poderosos determinantes del hambre y la desnutrición que aún acometen a millares de latinoamericanos, sobre todo a niños y ancianos. Responden también, por lo menos en parte, por la situación de marginalidad social y violencia que asola las grandes ciudades de esta parte de la Región de las Américas y mata a millones de latinoamericanos, particularmente jóvenes y pobres. Igualmente son responsables, en gran medida, por el reducido acceso a otros bienes y servicios que incrementarían la salud y la calidad de vida de la población en general.

La salud pública tiene compromisos con el enfrentamiento de esta situación y necesita hacerlo con enfoques contemporáneos, basados en las evidencias de su efectividad y eficiencia. No como receta única a ser aplicada en formaciones sociales completamente diferentes, sino como grandes indicaciones de nuevos caminos en la búsqueda incesante de respuestas a los problemas sociales y sanitarios de nuestras poblaciones.

Al discutir el tema de los “Enfoques prioritarios en salud pública” para el enfrentamiento de la situación social y sanitaria debo establecer un importante

entendimiento preliminar: conceptos como salud, enfermedad y salud pública, entre otros, no son sólo categorías científicas, sino también políticas. Como expresa Navarro (1998), “tanto el conocimiento científico de lo que es salud y enfermedad, como lo que constituye y se define como práctica médica y salud pública y las que se reconocen como instituciones sanitarias están altamente influenciados por el contexto social y político que los rodea”.

O como afirma Paim (1992a), al subrayar el carácter histórico y estructural de la salud pública, como campo del saber y de la práctica, “cada formación social engendra su propia salud pública”. Una salud pública entendida “como campo de conocimiento y ejercicio profesional, deber del Estado y compromiso de la sociedad con sus ideales de salud” (OPS, 1992a).

Examinando las condiciones de vida y la situación de salud vigentes en América Latina, así como la experiencia acumulada por la salud pública en la Región de las Américas y los recursos tecnológicos y metodológicos disponibles, me gustaría destacar seis enfoques prioritarios en salud pública:

- ⇒ Reafirmación de valores y principios de la salud pública.
- ⇒ Movilización de la sociedad y construcción de alianzas pro-salud y calidad de vida.
- ⇒ Una nueva institucionalidad social: autoridad social, gobernabilidad y acción inter-sectorial.
- ⇒ Revalorización de la promoción y de la prevención en salud.
- ⇒ Reforma sectorial con compromiso social.
- ⇒ Salud pública basada en evidencias.

## REAFIRMACIÓN DE VALORES Y PRINCIPIOS DE LA SALUD PÚBLICA

El primero y fundamental de los enfoques prioritarios a ser adoptados por la salud pública latinoamericana es la afirmación de un conjunto de valores y principios que derivan de nuestra ya larga y fecunda trayectoria (Macedo, 1997).

Uno de ellos es la afirmación de la *salud como derecho humano fundamental*, muy oportuna en este año de 1998, ya que conmemoramos el cincuentenario de la Declaración de los Derechos Humanos suscrita por todos los países del mundo. Desde 1948, innumerables Constituciones de diversos países han buscado inspiración en la magna Carta y afirmado a la salud como derecho de la ciudadanía. La gran cuestión contemporánea es retirar ese derecho de la retórica y transformarlo en realidad palpable y cotidiana.

La *equidad* en la salud, como expresión de *justicia social*, es otro valor que la salud pública latinoamericana debe reafirmar en estos tiempos. La existencia y, sobretudo, la magnitud de las diferencias sociales en los perfiles sanitarios de diferentes grupos de población, así como las desigualdades en las oportunidades de acceso a bienes y servicios de salud y para la salud, siempre han sido objeto de estudio y de intervención de la salud pública. Entender como las iniquidades sociales se expresan en los perfiles de salud y como se reproducen en la vida cotidiana de las poblaciones, así como intentar transformarlas, mediante la gestión organizada de la sociedad con acciones de salud y bienestar, constituye uno de los principales propósitos de la práctica de la salud pública.

Propugnar que *la salud ocupe un lugar central en el desarrollo* es no sólo un compromiso ético de la salud pública, sino que también tiene una marcada sustentación económica. De hecho, una población más saludable trae enormes contribuciones para el desarrollo, no solamente al reducir los gastos encaminados a lograr la recuperación tras la dolencia y las discapacidades que resultan de la enfermedad, sino también garantizando una mayor capacidad de producción y un menor ausentismo laboral, escolar etc.

La *ética* debe regir todas las acciones vinculadas a las políticas de salud pública, las relaciones entre políticas económicas y políticas sociales, la prestación de servicios y la investigación en la esfera de la salud.

La reafirmación de tales valores, en una sociedad frecuentemente comandada por la lógica del lucro irresponsable y del mercado desinteresado con las necesidades sociales, representa una caminata hacia el futuro, sustentada por los valores del pasado.

DECENIO 1980	DECENIO 1990
Universalismo	Focalización
Solidaridad	Competición
Igualdad	Diferenciación
Regulación	"Laissez-faire"
Carácter público de financiamiento y prestaciones de servicios	"Mix" público-privado
Integración internacional	Globalización
Desarrollo	Crecimiento

Fuente: Noronha, J.C. (1998). *Adiante para o passado?* Rio de Janeiro: IMS/UERJ (mimeo).

En un proceso que Noronha (1998) denomina "adelante hacia el pasado", el autor enuncia las estrategias dominantes en el campo de la salud en los años ochenta y noventa (ver cuadro anterior), concluyendo, evidentemente, que aquellas vigentes en tiempos pasados respondieron mejor a un desarrollo social global más equitativo y hacia la obtención de sociedades más saludables.

## MOVILIZACIÓN DE LA SOCIEDAD Y CONSTRUCCIÓN DE ALIANZAS PRO-SALUD Y CALIDAD DE VIDA

Cabe inicialmente resaltar la necesidad de buscar articular la cuestión de la salud con los demás temas que, en la sociedad, se relacionan a la calidad de vida y al bienestar. Aisladamente, el área de salud pierde fuerzas o no las tiene en volúmen suficiente para imponerse como cuestión galvanizadora de los intereses sociales.

También es preciso reconocer la pluralidad de intereses organizados existentes en las sociedades democráticas en torno a las políticas sociales y de la salud en particular, intereses algunas veces muy conflictivos entre sí. Innumerables y diferentes actores son portadores de diferentes concepciones de salud y de diferentes proyectos sobre el sistema de salud, así como de proyectos públicos y comunitarios que viabilicen la calidad de vida. Además de ello, retienen en cada coyuntura, y para cada tema específico de la salud y de la calidad de vida, diferentes acumulaciones de poder, lo que les confiere una capacidad variable de volver hegemónicos sus respectivos proyectos.

Cuando introducimos la dimensión del Estado, la cuestión se vuelve aún más compleja. De hecho, la mayoría de las sociedades latinoamericanas camina hacia la afirmación de la democracia representativa que garantice un protagonismo efectivo de los diferentes actores sociales en su relación con el Estado.

Al objeto de la salud pública, que se ha definido como salud-enfermedad-cuidado, deberíamos agregar ahora el de “movilización de los sujetos comprometidos con la construcción de este objeto”. Como ya fijamos colectivamente en la I Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública, realizada en Rio de Janeiro (ALAESP/ASPH, 1994), una función importante de la salud pública es la *mediación* entre conocimiento científico y saberes-técnicos; actores sociales y formuladores / ejecutores de políticas; campo de la salud y ambiente-vida. Mediación que significa facilitación y no-imposición; coparticipación, cooperación y posibilidad de aprendizaje permanente y no la arrogancia de quien supuestamente retendría más información y saber.

La búsqueda de concertación entre los diferentes actores para la definición de un proyecto capaz de tornarse hegemónico y, así, políticamente viable, debe agregarse como un desafío prioritario para la salud pública.

Para la construcción de un proyecto en salud y calidad de vida políticamente viable y técnicamente consistente es preciso establecer un amplio arco de alianzas estratégicas con múltiples actores sociales: partidos políticos, profesionales de la salud, asociaciones gremiales, sindicatos, asociaciones de moradores, ONGs, empresarios y la prensa. Así como los nuevos actores que vienen emergiendo en la escena política contemporánea: movimientos de mujeres, de derechos humanos, de portadores de

enfermedades y deficiencias, movimientos por el empleo, por la reforma agraria y urbana, y el movimiento ecológico, entre otros.

De la misma forma es necesario reconocer en ciertos movimientos sociales e iniciativas gubernamentales, como el de Agenda 21, las oportunidades para sumar las reivindicaciones y contribuciones propias del sector salud, buscando construir una fuente de conocimientos técnicos e iniciativas sociales convergentes y con mayores posibilidades de éxito.

En los momentos de la renovación política de mandatos ejecutivos y legislativos, los partidos políticos acostumbran ser sensibles a la introducción de los temas de la salud y la calidad de vida en la agenda partidaria, lo que resulta en una mayor notoriedad del debate sobre la salud y la calidad de vida, y en compromisos futuros de los dirigentes y parlamentarios electos. Los parlamentos nacionales y las cámaras provinciales y municipales representan también espacios centrales a ser involucrados en el proceso colectivo de formulación de un proyecto para la salud y la calidad de vida construido con la contribución de todos estos múltiples actores sociales.

## UNA NUEVA INSTITUCIONALIDAD SOCIAL ESTATAL: AUTORIDAD SOCIAL, GOBERNABILIDAD Y ACCIÓN INTER-SECTORIAL

Comprendemos que muchas de las causas y determinantes de los principales problemas de la salud que afectan a las poblaciones de América Latina están localizadas fuera del campo estrictamente biológico y que su enfrentamiento depende sólo parcialmente de la forma como se organiza el sistema de salud. Es claro que esto no significa negar el papel decisivo que también juegan la biología humana en la causalidad de los problemas y los sistemas y servicios de salud en su resolución.

Pero como enseña Lalonde (1974) al establecer el concepto de campo de la salud, así como muchos otros actores, los determinantes de la salud son también sociales, económicos, culturales y, aún, de comportamiento.

Problemas complejos como los de la salud, resultantes de una red multi-causal, la sociedad debe enfrentarlos con respuestas multi-sectoriales que ataquen directamente las causas básicas de los mismos. Y para esto es necesaria la movilización ciudadana de la población, así como, en contextos de extrema desigualdad como la de América Latina, una actuación decisiva del Estado y sus múltiples instituciones en la promoción de la equidad social y sanitaria.

No de un Estado omiso, débil y sin compromiso, que responda exclusivamente a los intereses de las élites, sino de un Estado refundado en sus roles y en su forma de operar. Un Estado que promueva, formule e implemente políticas sociales procurando la equidad y el bienestar, lo que implica un compromiso con la mejoría de la calidad de

vida y de la salud. Para ello, se torna imperativa la fundación de una nueva institucionalidad social (CEPAL, 1998).

Entendemos por *institucionalidad social* el conjunto de organismos estatales encargados del diseño, coordinación, ejecución y financiamiento de las políticas sociales, incluso la de salud. La configuración, estructura y funciones de tales organismos que, evidentemente, reflejan procesos históricos propios de cada país, precisa ser reconstruida para atender a los objetivos de la equidad y solidaridad, en base a los valores éticos que orientan cada formación social particular, pero también buscando inspiración en las experiencias internacionales exitosas.

Una nueva institucionalidad pública y estatal depende de la configuración de una autoridad social —ya sea al nivel nacional o al nivel local— que coordine las políticas del sector y de una reorganización institucional en torno a un plan de desarrollo de envergadura negociado con las fuerzas sociales presentes en el territorio. Tal autoridad social debe tener una posición en el mismo nivel en la estructura de poder que las autoridades económicas, con funciones de planificación y promoción claramente definidas, así como recursos financieros garantizados en la repartición presupuestaria. Su función clave es desarrollar la coordinación intersectorial.

La coordinación social busca articular programas sociales dispersos entre instituciones responsables por los diversos ámbitos de la política social. Diversos países de la Región de las Américas tienen diseños institucionales que articulan las instancias gubernamentales intersectorialmente y con la sociedad civil. En el caso de países de estructura federativa como el Brasil, se torna necesaria también la coordinación entre los diversos niveles administrativos y los sub-sectores sociales. Un enfoque de este tipo requiere necesariamente la creación de redes inter-institucionales y una nueva cultura organizacional, abierta y horizontal, que hace imprescindible mejorar la calidad de los recursos humanos involucrados y generar nuevas formas de interrelación y comunicación entre los distintos ámbitos del aparato estatal (CEPAL, 1998). Las experiencias en desarrollo son recientes en América Latina, no se dispone todavía de evaluaciones conclusivas de este nuevo modo de funcionamiento estatal.

La *intersectorialidad* puede ser definida como “el proceso en que los objetivos, las estrategias, las actividades y los recursos de cada sector se consideran según sus repercusiones y efectos en los objetivos, estrategias, actividades y recursos de los demás sectores” (OPS, 1992).

Desde el punto de vista conceptual, la intersectorialidad procura superar la visión aislada y fragmentada en la formulación de políticas y en la organización del sector salud. Significa adoptar una perspectiva global para el análisis de la cuestión salud y no solamente del sector salud, incorporando el mayor número posible de conocimientos sobre otras áreas de políticas públicas, como por ejemplo la educación, el medio ambiente, la vivienda, el transporte, la energía, la agricultura etc., así como sobre el contexto social, económico, político, geográfico y cultural donde actúa la política.

Esas áreas interactúan entre sí y con el área de la salud, y en conjunto utilizan recursos de la sociedad, influenciando la calidad de vida y las demandas sobre los servicios de salud. En el proceso de acción intersectorial se requiere obtener conocimientos tanto sobre los antecedentes, es decir, sobre los valores que llevaron a la formulación de determinada política, como también sobre el impacto que cada política sectorial tiene sobre la salud de la población.

De otro lado, la adopción de la perspectiva global supone también conocer la complejidad de las vinculaciones intersectoriales presentes en cada problema objeto de la política de salud.

O sea, la intersectorialidad puede ser vista bajo una perspectiva *desde fuera* y *desde dentro* del sector salud. Desde fuera, se liga con el reconocimiento de la importancia de diversas políticas públicas sobre la salud y el cuestionamiento de sus consecuencias sobre la salud de la población en términos globales. Desde dentro, coloca indagaciones sobre la implicancia de determinadas políticas extra-sectoriales sobre cada problema concreto de salud considerado en determinado territorio.

Estas dos formas de abordaje intersectorial son complementarias y no excluyentes. En la primera, se logra una visión más amplia de las políticas públicas en general, de cada una en particular, y de sus efectos sobre la situación de salud global o sobre algún aspecto en particular; en la segunda, se aísla un problema de salud específico y se indaga sobre el papel de diferentes sectores en su determinación y solución, cobrándose, entonces, políticas, medidas e intervenciones.

## LA EXPERIENCIA DE LA SALUD PÚBLICA: LA PROPUESTA DE LOS MUNICIPIOS SALUDABLES

La salud pública latinoamericana puede, más que propugnar la adopción de una nueva institucionalidad social, contribuir efectivamente para la construcción teórica y práctica de esta propuesta, pues se reconoce en el movimiento de los *municipios saludables* un modelo de articulación en la formulación e implementación de políticas en pro de la salud, así como de la acción intersectorial.

El movimiento de los municipios saludables nació en Europa, en el mismo año (1986) en el que se realizó la Conferencia de Ottawa en la Región de las Américas. Segundo Ashton (1992), el proyecto ciudades sanas fue concebido en la Oficina de la OMS, en Copenhague, en 1986, como un proyecto piloto restringido a 4 o 6 ciudades europeas, orientado hacia “el desarrollo de planes de acción locales para la promoción de la salud, basados en los principios de salud para todos de la OMS”. Desde entonces, el movimiento viene creciendo continuamente, involucrando hoy a más de 1.800 ciudades en innumerables redes desarrolladas en los cinco continentes.

Refrendado en la Declaración de Santa Fé de Bogotá (OPS, 1992) por la mayoría de los países latinoamericanos, y por la Carta de Promoción de la Salud en el Caribe (OPS, 1993), el movimiento de los Municipios Saludables surgió en América Latina al inicio de los años noventa. Su propuesta pretende la articulación de políticas públicas multisectoriales en la creación de los ambientes y condiciones para una vida sana con bienestar. Es, en última instancia, una forma de gobernar y administrar, que requiere y propicia la reestructuración de los sistemas de salud, y su articulación con otros sistemas en la conformación de políticas y programas integrados de desarrollo humano y bienestar.

En su publicación quadrienal sobre la salud en las Américas (OPS, 1998), la OPS presenta una revisión de gran alcance sobre lo que denomina “movimiento” de los municipios saludables en América Latina. Segundo, el documento establece que, “este enfoque centra la acción y la participación de la comunidad, así como la educación sanitaria y la comunicación para la salud en ampliar las actitudes personales y la capacidad de la comunidad de mejorar las condiciones físicas y psico-sociales en los espacios donde viven, estudian, trabajan y juegan las personas”.

Para la OPS, el movimiento de los municipios saludables avanzó rápidamente en la región de las Américas en un contexto de ampliación de la descentralización y de la participación democrática, como el que se verificó en la década de los noventa, alcanzando más de 500 municipalidades en prácticamente todos los países de la Región.

Su configuración varía en cada municipio y comprende desde programas unisetoriales y dirigidos a la promoción de los comportamientos individuales saludables hasta propuestas bastante amplias, reuniendo al sector público y a la sociedad en actividades que alcanzan diversas dimensiones y sectores políticos, sociales y económicos. Muchos países están en proceso de establecer redes nacionales para el intercambio de experiencias y la búsqueda de ventajas e incentivos en las negociaciones con los demás niveles del sector público.

La constitución de un programa de municipios saludables incluye, en general, cuatro fases: el comienzo oficial y la determinación de prioridades; la preparación de un plan de acción; la unificación de los comités organizadores y la ejecución de las actividades; y, por último, la creación de sistemas de información para el monitoreo y evaluación del proceso.

La articulación de políticas públicas municipales saludables, la acción intersectorial y la participación comunitaria constituyen las bases para el proceso de estructuración de un municipio saludable. Un gran desafío que todavía permanece es la identificación de mejores formas de institucionalidad social y de nuevas dinámicas de gestión municipal integrada y participativa, que permitan el logro de los objetivos y metas definidas para el proceso.

En América Latina, la estrategia de Municipios Saludables ha contribuido a promover nuevos pactos sociales en la búsqueda de soluciones para los problemas que

afectan la salud y el bienestar, fortaleciendo los caminos en búsqueda de una mayor equidad y llevando la salud para las agendas políticas locales y regionales. Fueron ya realizados dos Encuentros Latinoamericanos de Secretarías Municipales de Salud, en Cuba (1994) y Fortaleza, Brasil (1996), cuyos objetivos fueron consolidar la iniciativa de la red de municipios saludables en la Región de las Américas.

## REVALORIZACIÓN DE LA PROMOCIÓN Y DE LA PREVENCIÓN EN SALUD<sup>4</sup>

La promoción de la salud, como se entiende en los últimos 25 años, representa una estrategia promisoría para enfrentar los múltiples problemas de salud que afectan a las poblaciones humanas y su entorno en este final de siglo. Partiendo de una amplia concepción del proceso salud-enfermedad y de sus determinantes, propone la articulación de conocimientos técnicos y populares y la movilización de recursos institucionales y comunitarios, públicos y privados para su enfrentamiento y resolución.

En este sentido, la promoción de la salud surge como una revalorización de lo social como fuente y explicación de los problemas de salud y como recurso a ser movilizado para enfrentar los mismos, representando una importante reacción a la biologización de la salud pública que marcó los primeros 70 años de este siglo, desde el surgimiento de la teoría de los gérmenes.

El concepto moderno de promoción de la salud y la práctica consecuente surge y se desarrolla, de forma más vigorosa en los últimos 20 años, en los países en desarrollo, particularmente en Canadá, Estados Unidos y países de Europa Occidental. Cuatro importantes Conferencias Internacionales sobre Promoción de la Salud realizadas en Ottawa (WHO, 1986), Adelaide (WHO, 1988), Sundsväl (WHO, 1991) y Yakarta (WHO, 1997), establecieron las bases conceptuales y políticas de la promoción de la salud.

En América Latina, es hasta en 1992, en ocasión de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (OPS, 1992), realizada bajo el liderazgo de la OPS en Bogotá/Colombia, que el tema de la promoción de la salud adquiere mayor realce y notoriedad. Posteriormente, la importancia del tema alcanza también a la región del Caribe (OPS, 1993). Sin embargo, hasta ahora poco han influenciado en Latinoamérica las prácticas del sistema de salud y la formación de recursos humanos en las escuelas de salud pública.

La promoción de la salud es, antes que nada, un movimiento ideológico, que surge como reacción a la acentuada medicalización de la salud en la sociedad y al interior del sistema de salud. Usado inicialmente por Winslow (1920) en su admirable definición de

---

<sup>4</sup> Texto basado en Buss, P.M. *et al* (1998). *Promoción de la Salud y Salud Pública*. Rio de Janeiro: ENSP (en prensa).

salud pública de los años veinte y más tarde por Sigerist (1946), el término “promoción de la salud” pasó a ser utilizado para caracterizar solo un *nivel de atención* de la medicina preventiva (Leavell & Clark, 1965). Su significado fue cambiando y pasa a representar, más recientemente, un *enfoque* político y técnico en torno al proceso salud-enfermedad-cuidado y ya no más un *nivel de atención*.

Hoy en día, transcurridos poco más de diez años desde la divulgación de la Carta de Ottawa (WHO, 1986), uno de los documentos fundadores del movimiento actual de la promoción de la salud, este término está asociado a un *conjunto de valores*: vida, salud, solidaridad, equidad, democracia, ciudadanía, desarrollo, participación y acción conjunta, entre otros. Se refiere también a una *combinación de estrategias*: acciones del Estado (políticas públicas saludables), de la comunidad (refuerzo de la acción comunitaria), de individuos (desarrollo de habilidades personales), del sistema de salud (reorientación del sistema de salud) y de acciones conjuntas inter-sectoriales. Esto es, trabajar con la idea de *responsabilización múltiple*, ya sea por los problemas o por las soluciones propuestas para los mismos.

La gran valorización del *conocimiento popular* y de la participación social consecuente con este conocimiento está en la base de la formulación conceptual y de las prácticas de la salud. Y, finalmente, su articulación con otros movimientos sociales, con los cuales tiene en común algunas de las características referidas: el movimiento ecológico/ambientalista y el movimiento feminista. De hecho, se observa gran coincidencia entre los conceptos de promoción de la salud y los de desarrollo humano sostenible, Agenda 21, derecho a la ciudad y a la morada, y otros de naturaleza económica, como el cooperativismo. En todos ellos se trabaja con factores determinantes internos y externos a los respectivos campos a los que centralmente se refieren (desarrollo, ambiente, salud, aglomeraciones humanas y producción colectiva de bienes y servicios), lo que invoca a la acción intersectorial para el enfrentamiento de los problemas identificados.

Las diversas conceptualizaciones disponibles para la promoción de la salud pueden ser reunidas en dos grandes grupos (Sutherland & Fulton, 1992). En el primero de ellos, la promoción de la salud consiste en las actividades dirigidas a la transformación de los comportamientos de los individuos, focalizando sus estilos de vida y localizándolos en el seno de las familias y, como máximo, en el ambiente de las “culturas” de la comunidad en que se encuentran. En este caso, los programas o actividades de promoción de la salud tienden a concentrarse en componentes educativos, primariamente relacionados con hábitos de comportamiento modificables, que se encontrarían, por lo menos en parte, bajo el control de los propios individuos. Por ejemplo, el hábito de fumar, la dieta, las actividades físicas, la conducción peligrosa en el tránsito, etc. A partir este abordaje, quedaría fuera del ámbito de la promoción de la salud todos los factores que estuviesen fuera del control de los individuos.

Lo que viene a caracterizar la promoción de la salud, modernamente, es la constatación del papel protagónico de los determinantes generales sobre las condiciones de salud. Esto se sustenta en el concepto de la salud como producto de un

amplio espectro de factores relacionados con la calidad de vida, incluyendo un patrón adecuado de alimentación y nutrición, de habitación y saneamiento, buenas condiciones de trabajo, oportunidades de educación a lo largo de toda la vida, ambiente físico limpio, apoyo social para familias e individuos, estilo de vida responsable y un espectro adecuado de cuidados de la salud. Sus actividades estarían, entonces, más dirigidas al colectivo de individuos y al ambiente, entendido en su sentido amplio, de ambiente físico, social, político, económico y cultural, a través de políticas públicas y de ambiente favorables al desarrollo de la salud y del refuerzo de la capacidad de los individuos y de las comunidades (“*empowerment*”).

La promoción de la salud surge, en el caso de los países desarrollados, como una de las respuestas complementarias a los problemas sanitarios derivados de las dolencias crónico-degenerativas y de las “conductas no-saludables”, incluyendo las toxicomanías y adicciones. Lo que aún produce cierta perplejidad es que, aunque se sepa y reconozca que el motivo de este nuevo perfil epidemiológico se encuentra en la estructura social, un segmento de formuladores de la promoción de la salud persiste en una práctica centrada casi exclusivamente en la transformación de conductas individuales.

Por otro lado, nunca los cuidados preventivos en salud tuvieron tanta importancia como en la actualidad. De hecho, la mayoría de los más importantes problemas encontrados en la práctica clínica pueden ser prevenidos o diferidos por inmunizaciones, quimioprofilaxia, promoción de estilos de vida saludables y otras medidas, o detectados precozmente a través de procedimientos de rastreamiento clínico y/o laboratorio (“*screening*”) y, entonces, ser efectivamente tratados antes de que se instalen, se profundicen y produzcan efectos *deletéreos* de reparación costosa.

Lo que es una lástima es la baja utilización de las prácticas preventivas de bajo costo y de alta efectividad y externalidad, en la mayoría de los sistemas de salud de América Latina, dándose preferencia a prácticas terapéuticas de alto costo y baja externalidad. De la misma forma, se debe lamentar la ausencia de investigaciones y disciplinas en las escuelas de salud pública, que profundicen en tales conocimientos y los difundan entre las nuevas generaciones de sanitaristas.

Simultáneamente, como también nunca antes ocurrió, los clínicos tienen ahora oportunidades, habilidades y recursos tanto para prevenir dolencias y promover la salud, como para curar enfermedades. Esto es, las medidas conocidas y probadas de prevención disponibles son tanto o más eficientes que las medidas curativas existentes. Lo mismo ocurre con las llamadas medidas preventivas de masa, o sea, aquellas dirigidas a grupos poblacionales o a la población como un todo.

Para Rose (1992), las reflexiones y responsabilidades de los médicos y demás profesionales de la salud, que antes se restringían a las personas enfermas, se fueron extendiendo paulatinamente, a lo largo del tiempo, hacia la identificación de riesgos y la prevención de las enfermedades al nivel de los individuos. Entretanto, de acuerdo al autor estas medidas no bastan, pues aunque esta “operación de salvación” para

individuos bajo alto riesgo, como él denomina a tal estrategia, sea absolutamente necesaria, ella es sólo sintomática, no radical.

Una estrategia preventiva radical, para el mismo autor, consiste en identificar las causas fundamentales de los grandes problemas de salud de la población y, entonces, actuar sobre ellas. Cuando este abordaje sea debidamente considerado, los “sintomáticos” o los sometidos a alto riesgo serán considerados sólo el “extremo de una distribución continua de riesgos o comportamientos”, verdadero objeto de la salud pública y de las prácticas de prevención.

La salud pública es la articuladora de un conjunto amplio de cuidados dirigidos a la colectividad como tal, pero también a los individuos, sanos o dolientes. El conocido “iceberg” de la enfermedad, con el horizonte clínico, ilustra de manera bastante didáctica esta visión: el sujeto de intervención del sistema de salud es todo el “iceberg”, esto es, toda la población y no sólo su parte visible (la mortalidad y la morbilidad conocidas).

Es importante destacar, a estas alturas, algunos esfuerzos innovadores de intervención en promoción y prevención. Uno de ellos, por ejemplo, es el Proyecto CINDI/CARMEM, que propone una intervención articulada sobre los factores de riesgo comunes (tabaquismo, obesidad, hipercolesterolemia, sedentarismo, entre otros), a las enfermedades crónicas no transmisibles (CINDI/CARMEM, 1998 y 1998a) que en evaluaciones preliminares vienen mostrando resultados bastante promisorios. Tal intervención tiene un alcance tanto individual como comunitario e incluye acciones preventivas dirigidas a individuos de alto riesgo y acciones promocionales al nivel poblacional.

Para destacar una alianza fundamental y cada vez más necesaria entre las dimensiones colectiva e individual de la salud pública, considero pertinente referirme al *Put Prevention Into Practice Initiative (PIPI Initiative)* del *U.S. Public Health Service*, a través de la publicación dirigida a los clínicos (U.S. Public Health Service, 1998), que contiene protocolos para la provisión de servicios clínicos preventivos (pruebas de *screening* para la detección precoz de enfermedades, inmunizaciones y profilaxia para la prevención y orientación para modificación de factores de riesgo).

Otros ejemplos exitosos, con énfasis situado en el campo de la promoción de la salud, pueden ser encontrados en la Antología sobre Promoción de la Salud publicada por la OPS (OPS, 1996) y, en su dimensión intersectorial, en el Informe Final de la Conferencia Internacional sobre Acción Intersectorial para la Salud (WHO, 1997a).

## REFORMA SECTORIAL CON COMPROMISO SOCIAL

Los procesos de reforma en curso en los diferentes países de América Latina constituyen una cuestión fundamental para la salud pública, por abordar, con mayor o menor profundidad, valores, principios, organizaciones y prácticas que pueden tener

impactos significativos en la situación sanitaria de la población y en la organización del sistema y de los servicios de salud, objetos esenciales de intervención de la salud pública contemporánea.

Los procesos de reforma no son un fin en sí mismos. Los entendemos como procesos destinados a mejorar el desempeño de los sistemas y servicios de salud en términos de equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sustentabilidad y participación social, para satisfacer las necesidades de salud de la población, conforme los valores y aspiraciones de la sociedad a la que se destinan servir.

Innumerables medidas, en los ámbitos macro y micro-económico, vienen configurando las agendas de las reformas sectoriales en los diferentes países. Tales reformas asumen características diferentes en cada país, dependiendo del cúmulo de fuerzas para imponer sus proyectos y de las alianzas que los distintos actores políticos involucrados sean capaces de construir. No pretendo analizar aquí todos los componentes de las reformas en curso, sino solamente destacar algunos puntos de gran interés para la salud pública.

Lamentablemente, la mayoría de los procesos de reforma del sector salud en América Latina han sido motivados casi exclusivamente por la necesidad de reducir costos y gastos, sin preocuparse por producir salud para nuestras poblaciones. De allí que han concentrado sus esfuerzos en cambios en el financiamiento y en la organización de los servicios de atención a las personas. Muy pocas reformas consideran o incluyen otros componentes, como la salud ambiental, medidas de alcance colectivo, funciones esenciales de salud pública o las implicaciones de la cultura y de la economía en la salud.

Las contribuciones de la salud pública como campo teórico y de práctica son más que evidentes en los procesos de reforma, sea en la identificación de los determinantes de la salud sobre los cuales un sistema de salud reformado debe actuar, sea en la formulación de políticas de salud e intersectoriales o en la evaluación de los efectos de los cambios introducidos en las organizaciones y en los modelos de atención, financiamiento, regulación y prestación.

Una importante contribución a ser ofrecida por la salud pública trata respecto a las prácticas renovadas de promoción y prevención que debe propiciar un proceso de reforma y que ya comentamos anteriormente. Tales prácticas son, simultáneamente, portadoras de un elevado valor ético y social, por promover la salud y evitar o postergar la aparición de enfermedades, lo que es importante para el bienestar y la felicidad de los individuos, además de su alto grado de externalidad, lo que es importante para la sociedad. En consecuencia, también son portadoras de un elevado valor económico en la medida en que disminuyen los gastos en asistencia a la salud y contribuyen para la manutención de una población saludable, elemento vital para el desarrollo. Entretanto, poco se han preguntado, en el ámbito de la reforma sectorial, sobre las estructuras y los modelos de atención que puedan fortalecer estas acciones típicas de la salud pública destinadas a los individuos o a la colectividad.

La función reguladora de la autoridad sanitaria en cuanto a la incorporación y utilización de tecnologías diagnósticas y terapéuticas en salud es otra función típica de la salud pública que ha sido descuidada en los procesos de reforma de nuestros países. La incompetencia técnica y organizacional de los Ministerios de Salud para el ejercicio de tal función es evidente en la mayoría de los países permitiendo que el consumo desenfrenado y acrítico de tecnologías, inducido por el complejo médico-industrial, contribuye a encarecer cada vez más la asistencia médica, sin la correspondiente ampliación de la calidad o de la resolutivez.

Por otro lado, pocos procesos de reforma sectorial indagan sobre el papel del sistema y de los servicios en cuestiones extremadamente relevantes como la salud ambiental, incluyendo los aspectos más tradicionales: la calidad del agua de abastecimiento y los problemas sanitarios derivados de los residuos sólidos industriales y domésticos (incluyendo desechos hospitalarios) y de las aguas residuales urbanas. O el conjunto de problemas emergentes de salud ambiental que requieren urgentes respuestas sanitarias: la polución atmosférica, la calidad del aire de ambientes interiores, las radiaciones ionizantes y no ionizantes y los organismos genéticamente modificados, entre otros.<sup>5</sup> O, aún más, las cuestiones relacionadas con el control sanitario de productos y servicios que tienen gran impacto sobre la salud: medicamentos, alimentos, vacunas e inmunobiológicos, sangre y hemoderivados etc. Las estructuras administrativas de salud ambiental y del control de calidad en salud en los países de América Latina en general son débiles, poco desarrolladas, dispersas e incompetentes para la regulación y la fiscalización. Y, aún así, no han recibido la debida atención en los procesos de reforma.

En otras palabras, estamos “reformando” el sistema de salud sin hacer indagaciones y propuestas reformadoras sobre su papel en determinantes decisivos de la situación de salud y de la reorganización sectorial.

De ahí que una acción prioritaria de los profesionales de la salud pública será intensificar su participación en las discusiones sobre la reforma sectorial, buscando un mayor protagonismo político que intente revertir el foco restrictivo en la asistencia médica que tienen los procesos de reforma y ampliando los horizontes de la reforma para alcanzar los verdaderos determinantes de la salud.

## SALUD PÚBLICA BASADA EN EVIDENCIAS

La incorporación de innovaciones en determinado campo de intervención social, como la salud pública, necesita de evidencias empíricas para aplicación en gran escala. Es verdad que en el mundo de la política y de las prácticas sociales las cosas no

---

<sup>5</sup> Para una discusión más completa sobre el tema ver: Leal, M.C.; Sabroza, P.C.; Rodriguez, R.H. y Buss, P.M. (1992). *Salud, ambiente y desarrollo*, 2 vol. São Paulo: Hucitec.

siempre se comportan con esta lógica, con intervenciones no siempre bien establecidas y evaluadas, siendo diseminadas a grandes contingentes poblacionales y territorios geográficos.

Entretanto, para un campo de intervención social sensible como el de la salud pública, en el que las decisiones interfieren con la vida real de las personas y que, por la envergadura necesaria, en general son costosas, más se exige que las medidas propuestas estén basadas en claras evidencias científicas.

Una salud pública basada en evidencias (SPBE), que en algunos contextos se define como “mejores prácticas en salud pública” (*best practices*), “se fundamenta en la utilización conciente y minuciosa de la mejor evidencia actual como soporte para la toma de decisiones en las intervenciones dirigidas a la población y grupos poblacionales, sujeto central de las acciones de salud pública, en los dominios de la protección de la salud, prevención de enfermedades y de la manutención e incremento de la salud (promoción de la salud)” (Jenicek, 1998).

También se puede conceptualizar la SPBE como “el proceso de utilización sistemática de los resultados de hallazgos actuales de investigación para fundamentar decisiones en salud pública” (Jenicek, 1998).

Históricamente, la salud pública ha sido, dentro de las ciencias de la salud, una de las que más ha usado evidencias para fundamentar sus decisiones, particularmente en los dominios de la protección de la salud y de la prevención de enfermedades. Entretanto, el surgimiento de nuevos problemas y la permanencia de otros, así como los enormes desafíos de la modernización de la gestión en el campo de la salud, plantean la necesidad creciente de basar en evidencias las acciones de salud pública.

La identificación de evidencias en el campo de la prevención parece ofrecer mayores facilidades. Ya desarrollamos tecnologías suficientes para identificar el papel etiológico de un agente nocivo y las posibilidades y opciones para eliminación o control; el valor de las prácticas de “*screening*” para el diagnóstico precoz de enfermedades de masas; o la eficacia y efectividad de protección de programas de control o erradicación. Sin embargo la evaluación de la efectividad de políticas y de prácticas de gestión de niveles macro o micro en los sistemas de salud, así como las evidencias en el dominio de la promoción de la salud ofrecen mayores dificultades, las que precisan ser enfrentadas como desafíos futuros para las propias escuelas de salud pública.

Como en la medicina basada en evidencias, los pasos para una salud pública basada en evidencias serían los siguientes (Jenicek, 1998):

- ⇒ Formulación de una cuestión clara sobre un problema de salud colectiva.
- ⇒ Búsqueda de evidencias.
- ⇒ Evaluación de las evidencias.
- ⇒ Selección de la mejor evidencia para la decisión en salud pública.

- ⇒ Relacionar la evidencia con la experiencia, el conocimiento y la práctica de la salud pública.
- ⇒ Implementación de evidencias utilizables en la práctica de la salud pública (políticas y programas).
- ⇒ Evaluación de tales implementaciones y de la performance global de la práctica de una salud pública basada en evidencias.
- ⇒ Enseñar a otros la práctica de una salud pública basada en evidencias.

Existe, aún, una importancia práctica en trabajar con el concepto de salud pública basada en evidencias, que es el convencimiento de políticos y legisladores, así como la población, sobre la necesidad de implementarse determinadas políticas y medidas en el campo de la salud. Evidentemente, no somos ingenuos para suponer que esta será la argumentación decisiva, pero cuanto mayores fuesen las evidencias que basaran nuestras propuestas para los gobiernos y la sociedad, tanto más oportunidad tendremos de contar con su apoyo, que es fundamental para el éxito de la implementación de cualquier medida de alcance social y poblacional, como son aquellas las del dominio de la salud pública.

## PARA LAS ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA

Frente a lo expuesto, podemos inferir que las escuelas de salud pública tienen varios desafíos importantes por delante, procurando responder a los enfoques prioritarios que estamos proponiendo, algunos dentro de los tantos que ya están colocados y otros que están aún por venir.

Tales respuestas deberían ser siempre referidas a los cinco campos de acción principales de las escuelas: la producción de conocimientos y el desarrollo de tecnologías y metodologías para la salud pública; la enseñanza y la formación de recursos humanos; la cooperación técnica con las organizaciones y la sociedad como un todo; la acción política en pro de la salud, de la equidad y de la justicia social; y la acción comunitaria directa (Buss, 1998a).

La reafirmación de los valores y principios de ética, equidad, solidaridad y justicia social debe ser un legado de las escuelas de salud pública para las nuevas generaciones de sanitaristas latinoamericanos.

La preparación de los profesionales de salud pública para las indelegables funciones de defensa (“*advocacy*”) de la salud y de mediación estratégica es otro elemento que debe ser objeto de profundas indagaciones por parte de dirigentes y docentes de las escuelas de salud pública de la Región de las Américas. Todavía no se encuentran los profesionales de salud pública y, incluso, los maestros de las escuelas preparados para esto. Ni metodológica y pedagógicamente están preparados los servicios y las escuelas para estas nuevas e inpostergables funciones. La incorporación de personal de comunicación social, psicología social y científicos sociales y políticos en

los equipos de salud y en la planta de las escuelas garantizaría la multiprofesionalidad en la práctica y la multidisciplinariedad en los programas de formación y capacitación, constituyéndose en un primero y gigantesco paso en la dirección necesaria.

La renovación de la enseñanza, investigación y práctica de la promoción y de la prevención en salud y el desarrollo de programas de enseñanza e investigación que respondan a los desafíos de construcción de una nueva institucionalidad social, de la gestión social integrada, del abordaje intersectorial y de la ampliación de la gobernabilidad del sector salud son temas de futuro para nuestras escuelas. Así como apoyar la formulación y evaluación de experiencias municipales y de comunidades locales en la implementación de la propuesta de municipios y comunidades saludables, que han contribuido a materializar aquellos conceptos en el campo de la salud.

Una estrategia fundamental para ello es la reorientación estratégica de los programas de enseñanza, investigación y cooperación técnica de las escuelas objetivando la ampliación de la capacidad de gobierno del sector salud, preparándolo para la participación en la articulación intersectorial, además de la mejoría de la capacidad gerencial al interno del sector.

En la Escuela Nacional de Salud Pública del Brasil, tal reorientación tomó la denominación de Escuela de Gobierno en Salud, procurando resaltar el compromiso con la ampliación de la capacidad de gobierno sectorial, a través de la preparación de recursos humanos en programas de formación masiva, con procesos pedagógicos de educación a distancia, con flexibilidad y calidad (Buss, 1998a). Utiliza, además, la orientación de la investigación y del desarrollo tecnológico, estratégicos en salud pública; consistente en la transformación de tesis y disertaciones en metodologías y tecnologías que pasan a ser difundidas en el sistema de salud, y en la identificación de experiencias exitosas, desarrolladas por el propio sistema de salud, también transformadas en herramientas disponibles para el sistema.

En este momento, se organiza en el país una Red Escuela de Gobierno en Salud, que reúne nueve instituciones universitarias distribuidas estratégicamente en el territorio nacional.

En documento preparado para la OPS (Buss *et al.*, 1998), al cual remitimos al lector, relacionamos un amplio conjunto de recomendaciones sobre el papel de las ESP en cuanto al desafío de la revalorización de la promoción y de la prevención en salud.

La búsqueda de un efectivo protagonismo político y técnico de las ESP en los procesos de reforma sectoriales, procurando ampliar el espacio de las mismas para que efectivamente se destinen a la producción de salud y no simplemente a proyectos parciales y reduccionistas de la cuestión de la salud en nuestras sociedades es una función indelegable, en estos tiempos, de las escuelas de salud pública de América Latina. La cooperación con los servicios de salud, organizando talleres operativos con el objetivo de problematizar la reforma en sus planteamientos generales y particulares ha sido una estrategia bien sucedida utilizada por algunas escuelas de la Región.

Y, finalmente, si existe alguna institución social capaz de ofrecer una mejor contribución para que se practique, en la parte latina del continente americano, una salud pública verdaderamente basada en evidencias, éstas son las escuelas de salud pública de América Latina, con su labor investigativa y sistemática dirigida al perfeccionamiento de las prácticas sanitarias vigentes y las nuevas que nos impone la velocidad de cambio de nuestras sociedades.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALAESP/ASPH (1994). I Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública: Informe Final. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.
- Buss, P.M. et alli (1998). Promoção da Saúde e Saúde Pública: Contribuições ao Debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina. Rio de Janeiro: ENSP, mimeo, 174 pgs. (no prelo).
- Buss, P.M. (1998a). Escola de Governo em Saúde. Rio de Janeiro: ENSP, mimeo, 18 pgs. (entregue para publicação).
- Breilh, J. et alli (1990). Deterioro de la Vida. Quito: Corporación Editora Nacional-CEAS.
- Canadian Public Health Association/CPHA (1996). The Health Impact of Unemployment: Discussion Paper. Ottawa: CPHA.
- Canadian Public Health Association/CPHA (1997). Health impacts of social and economic conditions: Implications for public policy. Ottawa: CPHA.
- Castellanos, P.L. (1998). Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: Los determinantes sociales, in Navarro, F.M. et alli. Saúde Pública. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana, 1998.
- CINDI/CARMEN (1998). Protocolo y Diretrices. Washington, DC: OPS, HCN/HCP/98.001.
- \_\_\_\_\_ (1998). Manual de Evaluación de Procesos. Washington, DC: OPS.
- CEPAL (1998). Panorama Social de América Latina 1997. Santiago de Chile: CEPAL.
- CEPAL (1997). Panorama Social de América Latina 1996. Santiago de Chile: CEPAL.
- CNUMAD (1992). Agenda 21. Brasília: Senado Federal, 1996.
- Jenicek, M. (1997). Epidemiology, Evidence-Based Medicine, and Evidence-Based Public Health. *Journal of Epidemiology* 7(4): 187-197.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Health and Welfare Canada.
- Leal, M.C.; Sabroza, P.C.; Rodriguez, R.H. e Buss, P.M. (1992). Saúde, ambiente e desenvolvimento. São Paulo: Hucitec (2 volumes).
- Macedo, C.G. (1997). Notas para uma história recente da Saúde Pública na América Latina. Brasília: OPS/Representação do Brasil.
- Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud publica, in Navarro, F.M. et alli. Saúde Pública. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana, 1998.

- Ncayiyana, D.J. (1995). The New Public Health and WHO's Ninth General Programme of Work, in WHO (1996). *New challenges for Public Health – Report of an Interregional Meeting*. Geneva: WHO/HRH/96.4.
- Noronha, J.C. (1998). *Adiante para o passado?* Rio de Janeiro: IMS/UERJ (mimeo).
- OPS (1992). *Promoción de la Salud y Equidad - Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*, Santafé de Bogotá. Washington, DC: OPS.
- OPS (1992a). *La crisis de la salud publica: Reflexiones para el debate*. Washington, DC: OPS, Publ. Cient. 540.
- OPS (1993). *Caribbean Charter for Health Promotion - Port-Of-Spain, Trinidad*. Washington, DC: OPS.
- OPS (1994). *Salud en las Americas*. Washington, DC: OPS.
- OPS/CEPAL (1994). *Salud, Equidad y Transformación Productiva en America Latina y el Caribe*. Washington, DC: OPS/CEPAL.
- OPS (1996). *Promoción de la Salud: Una Antología*. Washington, DC: OPS, Publ. Cient. 557.
- OPS (1997). *Desarrollo de la Teoria y Practica de la Salud Pública en la Región de las Américas (1990-1997) - Informe Final*. Washington, DC: OPS (Mimeo não publicado).
- OPS (1998). *Salud en las Americas*. Washington, DC: OPS.
- OPS (1998a). *Simposio sobre Estrategias Nacionales para la Renovación de Salud-para-Todos*. Washington, DC: OPS/DAP/98.3.39.
- Paim, J.S. (1992). *La salud colectiva y los desafios de la practica*, in OPS. *La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate*. Washington: OPS, Publ. Cient.540.
- Rose, G. (1992). *The strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Stachtchenko, S. & Jenicek, M. (1990). *Conceptual differences between prevention and health promotion: research implications for community heath programs*. *Canadian Journal of Public Health*, 81: 53-59.
- Sutherland, R.W. & Fulton, M.J. (1992). *Health Promotion*, in Sutherland & Fulton. *Health Care in Canada*. Ottawa: CPHA.
- U.S. Public Health Service (1998). *The Clinician's Handbook of Preventive Services*. Alexandria, Virginia: International Medical Publishing, 2<sup>nd</sup> ed.
- WHO (1986). *Health Promotion - The Ottawa Charter*. Geneve: WHO.
- WHO (1988). *Healthy Public Policy - Adelaide Recommendations*. Geneve: WHO
- WHO (1991). *Supportive Environments for Health - Sundsvall Statement*. Geneve: WHO
- WHO (1997). *The Jakarta Declaration on Health Promotion in the 21st Century*. Geneve: WHO.
- WHO (1997a). *Intersectoral Action for Health: Report of the International Conference*. Geneve: WHO, PPE/PAC/97.6
- WHO (1996). *New Challenges for Public Health – Report of an Interregional Meeting*. Geneva: WHO/HRH/96.4

## COMENTARIOS SOBRE ENFOQUES PRIORITARIOS EN SALUD PÚBLICA

### NUEVOS ENFOQUES DE LA SALUD PÚBLICA

*Honorable Sam R. Aymer*  
*Ministro de Salud y Asuntos de Servicio Civil*  
*Antigua y Barbuda*

Todo intento por determinar cómo debe ser un nuevo enfoque de la salud pública debe partir del reconocimiento de lo que ha sido y de una comprensión penetrante de lo que ahora es, para luego extrapolar, basándose en la dinámica del cambio con el transcurso del tiempo, y proponer los temas principales que probablemente requieran atención en el futuro previsible.

No hace mucho tiempo, la salud pública era tan mal comprendida que se la consideraba la Cenicienta de las distintas formas de atención de la salud. Se le creía restringida a la prestación de los servicios asistenciales más básicos al sector público, predominantemente a las personas que no podían pagar la atención médica privada. A decir verdad, dentro de las profesiones sanitarias, a menudo se tenía la idea de que quienes entraban en el campo de la salud pública lo hacían principalmente porque no habían podido ingresar en otras disciplinas sanitarias.

Frente a estos prejuicios y malentendidos, los profesionales de la salud pública han tenido que acometer la empresa de darle legitimidad a su causa. Lo han hecho admirablemente y han alcanzado esa legitimidad principalmente mediante resultados en beneficio del bienestar de las poblaciones, lo que ha repercutido positivamente al nivel los individuos, de las comunidades y de los municipios en todos los estados.

Para lograr lo anterior, los interesados abordaron los problemas existentes y, en vista de los escasos recursos que caracterizaban a los servicios de salud pública, desarrollaron tecnologías apropiadas que eran a un tiempo culturalmente aceptables, económicamente factibles y técnicamente válidas.

Este enfoque, aunque inicialmente tenía carácter reactivo, adquirió una dimensión proactiva con el transcurso del tiempo y cobró un impulso y un respeto de tal medida, que los fundamentos teóricos que desembocaron en la célebre reunión de Alma-Ata y los sucesos y las decisiones trascendentales que allí se tomaron eran prácticamente inevitables. En efecto, podría decirse que, si no se hubiese producido la reunión de Alma-Ata, tendríamos que inventar algo semejante. Esa reunión nos ayudó, entre otras cosas, a hacer lo siguiente:

- ⇒ Plasmar en conceptos y con mayores detalles lo que había surgido principalmente del empirismo.

- ⇒ Determinar una estrategia común (es decir, la atención primaria de la salud) para el fortalecimiento y desarrollo continuo de los servicios.
- ⇒ Establecer planes y metas definidas para alcanzar resultados concretos realistas.
- ⇒ Identificar a los interesados directos reales y potenciales, y comprender las relaciones recíprocas entre ellos.
- ⇒ Forjar y mantener relaciones multisectoriales e interdisciplinarias eficaces entre todos los interesados directos.
- ⇒ Ampliar la variedad de proveedores mediante la creación de nuevas subdisciplinas y la extensión de las funciones tradicionales.

No obstante lo anterior, hay algunas preguntas que merecen respuesta. ¿Han tenido éxito los servicios de salud pública, como los conocemos actualmente? La respuesta sería claramente afirmativa, basándonos en que hemos reducido significativamente (o al menos eso creemos), muchas enfermedades infecciosas hasta el punto en que su incidencia es mínima. Gracias a nuestro esfuerzo colectivo, hemos logrado influir positivamente en nuestro ambiente, aunque es preciso seguir trabajando. Y hay otras áreas donde se han logrado éxitos.

Si esta y otras intervenciones de salud pública han obtenido resultados positivos, ¿por qué debemos preocuparnos de encontrar nuevos enfoques de salud pública? ¿Hace falta en verdad nuevos enfoques? ¿No será más bien que lo que hace falta es reconocer la necesidad de mantener la relación homeostática que debe existir entre las entidades de servicio y sus entornos y, de esta manera, moldear las respuestas adaptativas en consecuencia? Prefiero pensar que esto último es lo que está sucediendo. Así pues, ¿cuáles son esos cambios y qué respuestas adaptativas son necesarias para satisfacer las necesidades en los albores del siglo XXI y más allá? Los cambios y la necesidad de diferentes prescripciones son muchos, e incluyen lo siguiente:

## **LOS PATRONES EN TRANSICIÓN DE LA MORTALIDAD**

Hemos superado la etapa en que el centro de las inquietudes de salud pública era la vacunación, por importante que se pueda seguir siendo. En la realidad, el éxito en la reducción de las enfermedades infecciosas, junto con el mejoramiento de los niveles de vida y una mayor esperanza de vida, han traído consigo un aumento significativo de las enfermedades crónicas no transmisibles. Si bien hay cierta disposición genética que pone a algunas personas en riesgo, la base de gran parte de estos trastornos se encontrará en los modos de vida. De aquí se desprenden varios temas, como el del comportamiento social, posiblemente el de la economía, el de las adicciones (como en el caso del hábito de fumar cigarrillos y el consumo indebido de bebidas alcohólicas), el de las normas culturales generales que quizá no sean conducentes a modos de vida sanos, y así sucesivamente. Las soluciones a muchos de estos problemas son a largo plazo y a menudo requerirán que el prestador de asistencia esté equipado con un

conjunto diferente o complementario de aptitudes distintas de las tradicionales. Por ejemplo, esto exigirá el establecimiento de un compromiso entre las ciencias médicas y las ciencias sociales y, en consecuencia, tendrá implicaciones para los programas de estudios de salud pública.

Cuando a esto se agrega la pandemia del SIDA y sus principales precursores, como son las relaciones sexuales sin protección y el abuso de sustancias, no sólo resulta evidente sino muy real la necesidad de un enfoque interdisciplinario, que sea abarcador y no excluyente.

Y también tenemos el problema de las enfermedades emergentes como la tuberculosis, el cólera, la malaria y el dengue, lo que conduce a reflexionar sobre varios asuntos:

El trabajo de mantener un grado aceptable de salud pública en cualquier país o territorio nunca está acabado. Siempre habrá necesidad de vigilancia y esfuerzos sostenidos diariamente.

La idea de las alianzas en la salud pública debe establecerse claramente por medio de programas de promoción de la salud progresivos, innovadores e imaginativos que pretendan lograr, entre otras cosas, que el individuo comprenda la responsabilidad de su propia salud, incluida la responsabilidad con relación al ambiente.

La Función de la salud en el desarrollo nos recuerda que “la Salud es algo mucho más amplio que la medicina”. Así, la mitigación de la pobreza, que está en la base de algunas de estas enfermedades emergentes, es no solamente un asunto de políticas públicas sino que el sector de la salud debe estar preparado para participar, ya sea en una función catalizadora o de vanguardia, utilizando para el efecto la información técnica con miras a influir en la adopción de políticas públicas apropiadas.

## LA FUNCIÓN DEL ESTADO COMO ENTE PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA ESTÁ CAMBIANDO RÁPIDAMENTE

Hoy en día, prevalecen los conceptos de reducir o modificar el tamaño del Estado, e incluso hay quienes (ojalá sean pocos) prestarían su ayuda para hacerlo desaparecer. Una forma de pensar más equilibrada, sin embargo, apunta hacia la necesidad de forjar alianzas con el estado. En el Commonwealth del Caribe, por ejemplo, los servicios de salud pública se prestan por un sistema mixto. En nuestra región hay un sector privado dinámico y Allan McNaught, en un artículo recientemente publicado en *Caribbean Health*, afirma que la “información disponible indica que un 60% de los contactos de APS, 30% o más de las consultas de pacientes ambulatorios y entre 10% y 15% de los episodios de hospitalización se producen en el sector privado”. Y pasa a señalar que las personas que usan el sector privado son principalmente las de edad productiva, con lo cual son los ancianos, los escolares, los enfermos mentales y los minusválidos quienes utilizan los servicios del sector público, principalmente porque la asistencia es gratuita o está muy subsidiada. Y para complicar aún más el asunto, los mismos usuarios se

encuentran en el sector público y en el privado, cosa que también sucede con algunos proveedores.

Hay claras implicaciones para adoptar disposiciones reglamentarias adaptativas con respecto al sector privado para que este, sin tener costos prohibitivos, ayude a mantener la integridad del Estado para cumplir su responsabilidad jurídica e irrenunciable con el pueblo. Existe asimismo la necesidad de abordar el tema de los arreglos contractuales entre el gobierno y los proveedores privados, el cual requiere y seguirá requiriendo considerable habilidad política y aptitudes para negociar.

## LA REALIDAD DEMOGRÁFICA

El perfil demográfico del Caribe sigue siendo el de una población predominantemente joven. Sin embargo, gracias al acierto de diversas intervenciones de salud pública, la esperanza de vida de nuestra región ha aumentado significativamente, y en muchos territorios está muy por encima de los 70 años para los hombres y las mujeres. Nuestros esfuerzos en salud pública, por consiguiente, deben dirigirse cada vez más al área muy difícil de los adolescentes y, al mismo tiempo, prestar seria atención a las enfermedades del envejecimiento. Estas últimas están surgiendo ahora y cabe prever que alcanzarán una proporción considerable en un futuro no muy distante. Actualmente, un 10% o más de la población de los territorios del Caribe son ancianos.

El asunto de la *tecnología en transición* también debe considerarse y tiene pertinencia con relación a cualquier nuevo enfoque de la prestación de servicios. Con el mejoramiento de la educación y las comunicaciones tanto a nivel nacional como internacionalmente, los beneficiarios albergan expectativas que crecen sin cesar. Cada vez exigen una calidad más alta de la atención; es como si dijeren: "Si algo existe, sea donde fuere, debe estar a nuestro alcance, cueste lo que cueste". Aún más, la rapidez de los viajes agrega una nueva presión a la vigilancia epidemiológica y, en consecuencia, a la prevención de enfermedades en un territorio determinado. Todas estas son la realidades que habrán de abordarse.

La *propagación de la democracia* es otro factor digno de atención y que plantea sus propias dificultades como el reto de la descentralización de los servicios a las unidades subestatales y a los organismos privados, ya sea por delegación o por desconcentración. Este reto, además, debe tomar muy en serio una gran cantidad de opciones de servicios relacionados con la medicina tradicional, cuyos beneficiarios, buscando nuevas terapias, están utilizando cada vez, con o sin la anuencia de los proveedores ordinarios de asistencia. Me refiero a los servicios de medicina naturista y similares, la quiropráctica, la acupuntura y la herbolaria, todos los cuales están atrayendo el interés de los beneficiarios como proveedores alternativos. ¿Podemos permitirnos que sigan al margen de la corriente principal, por así decirlo? ¿Estamos adoptando los enfoques necesarios para darles cabida? Esto es algo que debe preocupar a los profesionales de la salud pública.

Finalmente, tendrá que abordarse seriamente el arduo problema del *financiamiento de la asistencia sanitaria* para brindar accesibilidad y equidad. La promesa de “salud para todos” tiene que ver con la administración de un sistema de racionamiento y el peor efecto de este sistema puede, a mi parecer, mitigarse si somos capaces de mancomunar recursos —posiblemente bajo la forma de algún tipo de seguro— para beneficio de todos. Debemos seguir explorando esta clase de iniciativas, lo cual exigirá mucho tiempo y esfuerzo; pero no es esto algo que arredre a los profesionales de la salud pública.

Esta ponencia es tan solo una explicación somera de algunos temas, actuales e incipientes, que debemos tener presentes acerca de los enfoques en salud pública ahora que nos preparamos a entrar en el nuevo milenio. Entre ellos figuran las modificaciones a los programas de estudios en las escuelas de salud pública; la consolidación de las mejores prácticas en la prestación de asistencia; el abordaje de los patrones de morbilidad en transición; la transformación del papel del estado y la necesidad de voluntad política y de liderazgo; el reconocimiento de la mayor participación del sector privado; el reconocimiento de las realidades demográficas, la tecnología nueva y la democratización cada vez mayor; y por último, la necesidad de seguir explorando maneras creativas de financiar el sector de la salud.

Cito nuevamente a McNaught, quien resume todo cuanto afirma: “Obviamente, no podemos regresar a una época pasada en que todo era mejor. Sin embargo, podemos avanzar y crear un sistema bastante más positivo y capaz de responder que combine lo mejor de la iniciativa privada con las mejores prácticas en la reglamentación de salud pública y el esfuerzo colaborativo”. Y concluye: “se trata de un reto de gran envergadura para quienes tengan la capacidad y la disposición de afrontarlo”. Estoy de acuerdo con él.



# 3

---

---

## LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA<sup>6</sup>

---

---

### PRESENTACIÓN

Durante los últimos años han sido múltiples las iniciativas caracterizadas de esenciales, ya sea que se trate de políticas sobre la atención, medicamentos e investigación en salud o sobre funciones o servicios de salud pública. Aunque la calificación de *esencial* encuentra aquí una acepción variada, su utilización frecuente manifiesta una búsqueda creciente de orientación y ordenamiento, y transmite una preocupación compartida para identificar los elementos centrales, constitutivos, inherentes a determinados campos de actuación en salud en medio de las transformaciones aceleradas de los contextos, de los paradigmas y de las dinámicas institucionales en juego.

La búsqueda de un entendimiento cabal y ampliamente compartido sobre las *funciones esenciales de salud pública* en la Región de las Américas se inserta en esta misma lógica. Las políticas de ajuste estructural y de redefinición del rol del Estado que caracterizaron la década pasada, pusieron de manifiesto los riesgos de una regresión epidemiológica y de una emergencia de enfermedades anteriormente controladas, y la urgencia de ponerse de acuerdo sobre un piso mínimo de funciones y de actividades indispensables, independientemente de quienes las ejecuten. En un período más reciente y quizá más favorable, las propuestas de descentralización y de redefinición concomitante del papel de rectoría del nivel central, demandan de una visión de finalidad y de un mapeo de funciones que faciliten, en medio del reordenamiento institucional, la clara identificación y definición de medios y fines, con el propósito de asegurar la ejecución de determinadas intervenciones importantes. Al mismo tiempo, dichas reformas tienen que dar respuesta a perfiles de salud más y más complejos, que

---

<sup>6</sup> Texto elaborado por un grupo de trabajo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y presentado por el Dr. Luis Ruiz, Asesor Regional de Educación Médica y Salud Pública, OPS.

exigen estrategias de intervención audaces dirigidas a modificar las condiciones de vida, las inequidades y los comportamientos individuales y colectivos.

Los equilibrios tradicionales y las relaciones entre el Estado, el sector privado y la sociedad civil están cambiando, rompiendo con la lógica de fragmentación y de sistemas-estanco paralelos, en favor del desarrollo de articulaciones múltiples en forma de red, mediante la diferenciación de roles y el fortalecimiento de la imputabilidad. Esta participación ciudadana e institucional intensificada abre nuevas oportunidades para construir la salud pero exige de los actores involucrados un lenguaje compartido y una comunicación fluida, una mayor claridad y comprensión del sistema global y de sus reglas, y una valoración de la posición y de la contribución específica que le corresponde a cada uno. Se aspira de tal forma a una dinámica de sinergia, en donde los múltiples actores coinciden en el mejoramiento de la salud y de la calidad de vida.

Una discusión de fondo sobre las *funciones esenciales de salud pública*, no tanto desde una lógica tecnocrática de elaboración de un marco normativo o de una lista exhaustiva de actividades a cumplir, ofrece la oportunidad de analizar los ideales de salud de la sociedad, los principales desafíos a enfrentar, los grandes campos de actuación para alcanzarlos y las responsabilidades correspondientes a los actores claves.

El presente documento, *Funciones Esenciales de Salud Pública*, pretende contribuir al marco de referencia para estimular y estructurar los esfuerzos nacionales y regionales tendientes a definir tales Funciones Esenciales de Salud Pública. El documento parte de una visión amplia en su exploración de las grandes áreas de actuación social tendientes a crear salud. Dicha exploración identifica seis ámbitos sociales de acción como base para el abordaje de las funciones; ellos son la construcción de entornos saludables y el mejoramiento de las condiciones de vida; el desarrollo y el fortalecimiento de una cultura de la vida y de la salud; la generación de inteligencia en salud; la atención a las necesidades y demandas en salud; la garantía de la seguridad y de la calidad de los bienes y de los servicios relacionados a la salud y la intervención sobre los riesgos y los daños colectivos a la salud.

El documento pone a consideración, de forma preliminar, un enunciado de funciones esenciales de salud pública correspondientes a las seis prácticas sociales mencionadas, e introduce el debate fundamental sobre el rol y las principales atribuciones del Estado y de los Ministerios de Salud en el cumplimiento de cada una de las funciones, en relación con la sociedad civil. Del mismo modo, las funciones esenciales de salud pública, consideradas desde la perspectiva de la sociedad, colocan la salud pública en el primer plano para el análisis de las transformaciones del sector. Requieren, por lo tanto, la exploración de sus implicaciones para el desarrollo de los sistemas y servicios de salud, y la identificación correspondiente, a un nivel operativo, de los servicios esenciales de salud pública, así como para el desarrollo de los recursos humanos en salud. La participación de la academia y la práctica de la salud pública en un proceso de esta naturaleza resulta de particular interés, tanto en términos de la

elaboración de las funciones y de la búsqueda de nuevos consensos sociales, como de sus implicaciones en sus labores de intervención, educación e investigación.

Se espera que las ideas aquí presentadas y el proceso previsto genere un auténtico y fructífero debate sobre los valores y las visiones en juego, y favorezca una mayor sinergia en los esfuerzos y aportes de un número creciente de actores sociales comprometidos con la salud y la calidad de vida.

## INTRODUCCIÓN

En los países de la Región de las Américas continúan evolucionando los procesos de reforma de los Estados. A una fase inicial de reducción del Estado mediante la privatización de sus actividades y empresas comerciales, siguió un mayor énfasis en la privatización, la transferencia o el abandono en materia de infraestructura y de utilidades. En el momento actual, simultáneamente se plantea una revalorización de lo social y un aumento correspondiente de la inversión estatal en salud y educación.<sup>7</sup>

Por otro lado, las condiciones de vida y de salud de las poblaciones de la Región reflejan la distribución desigual de sus determinantes y de los medios para compensarla. Los ideales, necesidades y problemas de salud —algunos emergentes o resurgentes— son de espectro amplio y magnitud creciente. Los recursos sectoriales de toda índole son limitados o escasos.

En el sector salud, las exigencias y presiones hacia un reordenamiento institucional proceden de complejas interacciones entre dinámicas internas e internacionales y constituyen en muchos casos limitantes rígidos. Ejercen sus efectos, aunque en forma distinta, tanto sobre los sistemas que afirman el derecho a la salud y garantizan un acceso universal a los servicios en sus esfuerzos por mantener los logros sociales alcanzados, como sobre aquellos donde amplios sectores de la población están prácticamente desprotegidos frente a los riesgos a la salud y se hacen enormes esfuerzos para mejorar su cobertura. En todos los casos, los procesos de transición en los cuales se encuentran los sistemas de salud están fuertemente influidos por la evolución de los enfoques y visiones que se tienen sobre los papeles del Estado y de la sociedad civil, sobre la dinámica entre la salud y el desarrollo y sobre la relación entre lo público y lo privado. En este contexto se reafirma la indelegable responsabilidad que les corresponde a los Ministerios de Salud por el ejercicio de la autoridad sanitaria nacional, mediante el rol de rectoría sectorial, dentro del cual se insertan competencias en materia de salud pública.

Paralelamente, la salud pública ha evolucionado en varias dimensiones en las dos últimas décadas. Su concepción como compromiso de la sociedad con sus ideales de salud está ganando aceptación, en comparación con sus otras dos acepciones mayores, esto es, como deber del Estado o como campo de profesionalización y de

---

<sup>7</sup> The World Bank Group. *Health, Nutrition and Population Sector Strategy*. Wash, DC. 1997. Pg.8.

conocimiento. Su ámbito de acción se está ampliando para incorporar con énfasis las dimensiones internacional y local de la salud. Su sentido y significado están desplazándose hacia la salud en el contexto del desarrollo humano sostenible, a pesar del todavía predominante énfasis en la enfermedad.

Todo lo anterior refuerza la necesidad de que, en el marco de los procesos de Reforma de la Salud y de desarrollo de la Rectoría de los Ministerios de Salud, los diferentes países redefinan dinámicamente la acción del Estado y de la sociedad civil en el campo de la salud pública, en su dimensión social, en términos tanto de problemas como de tareas para responder a ellos. Ello facilita el proceso decisorio, la adjudicación de los recursos y la ejecución, monitoría y evaluación de las acciones.

En este sentido, las tareas de los distintos actores sociales interesados en la salud están siendo denominadas genéricamente “funciones esenciales de salud pública”. La OPS ha formulado la presente propuesta de sistematización y discusión al respecto para contribuir a tal redefinición. Se trata fundamentalmente de ubicar los procesos de reforma en un marco más amplio de sociedad, de mantener la visión claramente puesta en las finalidades de salud y bienestar de la población que se persiguen, y de reconocer y legitimar un universo grande y rico de prácticas sociales de creación de la salud. En esta perspectiva se establece una distinción entre los quehaceres relativos a la sociedad en su conjunto (*prácticas*), las atribuciones del Estado y de la sociedad civil (*funciones*), y las responsabilidades y competencias de los diferentes entes institucionales públicos y privados que prestan servicios de salud (*servicios*).

Como prácticas fundamentales de la Sociedad para el desarrollo integral de la salud se han identificado las siguientes: construcción de entornos saludables y mejoramiento de las condiciones de vida, desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y la salud, generación de inteligencia en salud, atención a las necesidades y demandas en salud, intervención sobre riesgos y daños colectivos a la salud, y garantía de la seguridad y calidad de bienes y servicios relacionados a la salud. Las funciones esenciales de salud pública que el Estado debe asumir en este marco, para lograr niveles óptimos de salud y de bienestar de las poblaciones, constituyen el fundamento de la autoridad sanitaria. Su naturaleza es técnica, pero su definición es política y específica para cada país. Ellas ponen de manifiesto los equilibrios complejos a alcanzar entre el Estado y la sociedad civil, entre el sector salud y otros sectores y entre una función y las demás, por mencionar los más importantes.

## MARCO CONCEPTUAL

Se han asumido las opciones siguientes en la formulación de la base conceptual de la presente propuesta:

- ⇒ El concepto de función hace referencia a un quehacer, un papel, orientado a un propósito o finalidad definidos. Alude a un ente o sujeto a quien se atribuye o se responsabiliza el cumplimiento de una función dada, así como a un objeto al que se dirige u orienta la acción del ente. Con otras palabras, las

funciones se ubican en el plano de las relaciones entre ente y objeto. Para propósitos del presente proceso se asume como el ente a la sociedad, dentro de la que destaca el Estado —o sus expresiones de gobierno en el campo de la salud— y la sociedad civil. El objeto de la acción del Estado es la población y el ambiente en que vive (en sus dimensiones biológica, física, química y sociocultural).

- ⇒ El concepto de esencial hace referencia a la sustancia o esencia de las cosas, es decir es inherente a lo sustantivo del ente, condición *sine qua non* que resulta necesaria al mantenimiento de la expresión continua y plena de un sistema entero o complejo. Para fines de la presente propuesta, no se entiende a lo esencial como equivalente de lo básico, entendido como lo mínimo indispensable, ni como lo prioritario, sino como lo relevante y legítimo para el funcionamiento óptimo de un sistema.
- ⇒ El concepto de salud pública, entendida como el compromiso de la sociedad con sus ideales de salud, hace referencia al conjunto de prácticas sociales —y los valores, creencias, actitudes y conocimientos formales y no formales subyacentes— que en una sociedad tienden a desarrollar, preservar o mejorar la salud de la población y del ambiente. La salud pública incluye pero no se limita a las actividades de promoción y de prevención.

Tomando en cuenta que estos elementos se definen como funciones esenciales de salud pública, los procesos y movimientos de la Sociedad que constituyen condiciones *sine qua non* para el desarrollo integral de la salud y el logro del bienestar, y como tales orientan y modulan la organización y el comportamiento de los campos, sectores y actores que componen una Sociedad dada. El aparente énfasis en las *prácticas* esenciales no significa que se ve a éstas como independientes de los *finés* que se persiguen y de los *valores* que los sustentan. Al igual que en una cultura, el proceso de definición de una deontología (esencial), debe reafirmar al mismo tiempo la teleología y axiología implícitas en las políticas nacionales de salud, autónomamente definidas y asumidas.

## EL CONTEXTO

Existen grandes tendencias que determinan cambios sustantivos de la salud pública y generan los procesos de reforma del sector. Los agrupamos bajo seis principales rubros:

- ⇒ El fenómeno de la globalización constituye una fuerza poderosa de cambio, en diferentes niveles. Ya sea que se trate de los procesos de liberalización del comercio o de integración económica o de la conciencia y de las representaciones que se tiene del mundo, el espacio nacional queda más y más corto como unidad de acción y de explicación de lo que sucede en salud. El número de actores internacionales, trátense de individuos, asociaciones o instituciones, se está multiplicando a una velocidad vertiginosa. Las

referencias y las expectativas de los ciudadanos se modifican en la medida que disponen de información globalizada.

- ⇒ Las políticas de ajuste estructural y las prescriptivas de eliminación del déficit fiscal determinan en muchos países que los procesos de reforma del sector salud procedan fundamentalmente de imperativos financieros de reducción del gasto. Por esta razón, el principal reto que enfrentan los ministerios de salud es mantener el liderazgo de la reestructuración del sector frente a los ministerios de hacienda o de planificación. La revalorización de lo social, que emerge en los últimos años como consecuencia del impacto negativo de las políticas económicas y de mayor claridad de las posibilidades de desarrollo integral, se traduce en la mayor prioridad que se está dando a la formulación de políticas sociales y a la creación de instancias varias a nivel del gobierno, como los fondos de compensación social.
- ⇒ Las presiones impuestas al Estado en todos los países de la Región por las tendencias globales del desarrollo, la democracia participativa y la liberalización de la economía, han demandado modificar sus estructuras tradicionales y revisar su participación en la economía y sus relaciones con la sociedad civil. En la actualidad se ha planteado la necesidad de concentrar la acción del Estado en roles estratégicos para el desarrollo del capital humano y del capital social.<sup>8</sup> En todas las propuestas de reforma del Estado destacan el fortalecimiento del poder regulador y de producción de políticas públicas del gobierno y la desgubernamentalización de la producción de los bienes y servicios públicos. Con otras palabras, se ha planteado un nuevo rol del Gobierno resultante de su concentración en las funciones promotoras de la cohesión social, facilitadoras de la participación ciudadana y reguladoras de la producción y distribución de los bienes y servicios de interés público.
- ⇒ La noción de lo público se refiere a lo que es de todos y por ende interesa a todos; alude también a las instancias y actores que adoptan las decisiones de interés común y protegen y producen los bienes públicos. La cuestión clave que levanta este enfoque es que la acción colectiva no solamente involucra la afirmación de derechos ciudadanos; se trata también de la producción de bienes públicos desde la sociedad. Bajo la perspectiva anotada, adquieren relevancia otros valores y prácticas que bien pueden ser calificados de públicos (público-social) pero que no son los tradicionales estatales (público-estatal). En la última década se reivindica la constitución de ámbitos públicos voluntarios de interrelación social, capaces de autodeterminarse sin mediación

---

<sup>8</sup> World Bank. World Development Report 1997. The State in a Changing World. Washington, DC. 1997.

Kliksberg, Bernardo. Repensando el estado para el desarrollo social. Más allá de dogmas y convencionalismos. Naciones Unidas, División de Gobernabilidad, Administración Pública y Finanzas. New York, 1997.

del Estado.<sup>9</sup> Igualmente, la reafirmación de la sociedad como actor de las decisiones y producción de bienes públicos, remite necesariamente a los valores, derechos y responsabilidades de los ciudadanos como sujetos en la formación de la opinión y voluntad públicas en la gestión pública.

- ⇒ La salud se ha redimensionado como proceso y producto social y como componente substantivo del desarrollo humano.<sup>10</sup> El desarrollo humano implica la profunda relación de al menos cinco componentes, a saber: salud, educación, crecimiento económico, ambiente sano, y libertad. En consecuencia, el ámbito de la política de salud y de la salud pública empieza a exceder los marcos limitados de las tradicionales políticas, planes y quehacer del sector salud, para considerar los factores de condiciones de vida y bienestar social. Esto ha significado la necesidad de que la salud pública sea revisada y replanteada como un campo de intervención intersectorial en el que diversos actores sociales, y no solamente el gobierno y los proveedores de los servicios médicos de salud, se preocupan, deciden e intervienen sobre los factores determinantes y condicionantes del estado de salud.
- ⇒ La evolución de la situación de salud y poblacional que se aprecia en el cambio en la frecuencia y distribución de enfermedades (patrones diferenciales entre países y entre regiones, ciudades y segmentos urbanos de un mismo país) y en la estructura y dinámica de la población (mayor envejecimiento, urbanización, industrialización y migración) de los países de la Región, en general, tiende a seguir la evolución observada en los países desarrollados. Por otro lado, el desarrollo tecnológico está cambiando radicalmente las posibilidades de decisión-acción y las reglas de juego correspondientes, ya sea que se trate de las tecnologías de información, comunicación o educación, o de las tecnologías de diagnóstico e intervención propiamente médicas.

Estos vectores de cambio determinan riesgos y oportunidades, e influyen no sólo sobre los arreglos institucionales sino también sobre la legitimidad de dichas instituciones, y las representaciones que se tienen de la salud y de sus determinantes. Los principales riesgos, en un contexto general caracterizado por la inclusión política y la exclusión social, son sistemas de salud más y más fragmentados, inequidades crecientes en los niveles de salud y en el acceso a los servicios, grandes dificultades en cuanto a su gobernabilidad y pérdidas de eficiencia como sistema.

---

<sup>9</sup> Cunill, Nuria. Repensando lo público a través de la sociedad. Nuevas formas de gestión pública y representación social. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD), Caracas, 1997.

<sup>10</sup> OPS/OMS: "La Salud en el Desarrollo", Consejo Directivo, 1991. Washington DC.

- Rodríguez-García, R and Goldman, A: "The Health Development link", 1994 GWU - PAHO/WHO, Washington, DC. Pags. 26-59.

Las oportunidades, sin embargo, existen en base a las presiones para una mayor racionalización del gasto y de los sistemas de salud, un protagonismo distinto del Gobierno, las exigencias de estándares más elevados en los procesos de integración y una conciencia creciente de la importancia de la salud en el desarrollo social y económico, en un entorno de mayor competencia a nivel internacional.

En resumen, los requerimientos generales del desarrollo, las características del Estado moderno y los desafíos emergentes, en el escenario de transformación de la gestión estatal y de la salud, han configurado una situación que demanda y condiciona la definición y el desarrollo de la salud pública y de las funciones esenciales de salud pública de responsabilidad estatal. Estas últimas deben concurrir efectivamente al ejercicio de la función rectora del Estado y al esfuerzo global de desarrollo humano sustentable con equidad.

## JUSTIFICACIÓN

Como se ha esbozado previamente, la justificación del proceso de definición de las FESP y las implicaciones subsecuentes para el Estado y los sistemas de salud, radica en lo fundamental en lo siguiente:

- ⇒ En el marco de las megatendencias sociales contemporáneas (cambios de paradigmas, procesos de globalización y de integración económica, y aparición y consolidación de nuevos actores, incluyendo la sociedad civil, entre las más importantes), se necesita operar conjuntamente con los países de la Región en la redefinición del papel y funciones del Estado en el campo de la salud. En dicho marco, las funciones esenciales de salud pública contribuyen a la definición del nuevo estado, al reconocer su participación legítima en ciertos procesos y movimientos sociales atinentes a la salud y el bienestar. Con otras palabras, las funciones esenciales de salud pública propias del Estado *dan el sustento al ejercicio de la autoridad sanitaria* en el campo de la salud. Considerando que el carácter esencial de cada una de dichas funciones está dado por su imprescindibilidad en la generación de la salud, la cuestión central se vuelve el equilibrio adecuado entre las respectivas funciones y la anticipación de los riesgos y consecuencias de la omisión de una u otra de ellas.
- ⇒ Los países de la Región, ya sea que se trate del primer plano de sus gobiernos o ministerios de salud, o de las comunidades, organizaciones, asociaciones y ciudadanos que conforman la sociedad civil, están buscando alcanzar un equilibrio precario entre opciones muchas veces conflictivas y ciertamente limitadas. Las funciones esenciales de salud pública *contribuyen al fortalecimiento y desarrollo de una política de salud de carácter suprasectorial* que, al reflejar el compromiso de la sociedad con sus propios ideales de salud, tiene la potencialidad de convocar y movilizar al conjunto del Estado. En tal sentido, permiten dimensionar la salud como componente del

desarrollo y no como actividad remedial ante el fenómeno de la enfermedad; plantean el consenso social existente sobre la igualdad de los ciudadanos a satisfacer sus necesidades y expectativas de salud, y establecen la corresponsabilidad social e individual en definir, promover y preservar la salud como bien colectivo.

- ⇒ La propuesta de funciones esenciales de salud pública ha sido desarrollada teniendo en mente el espacio que constituye una sociedad dada, con un marco jurídico-constitucional definido. La importancia creciente de las demandas de autodeterminación, autosustentación y autogestión a nivel local, y los procesos de globalización e intercambios y flujos entre los países a nivel internacional, configuran sistemas abiertos, permeables e interdependientes que obligan a pensar las funciones desde una perspectiva ampliada consistente con el desarrollo de las sociedades. Desde la sociedad local, recuperando los movimientos de control social y construcción de ciudadanía; desde la sociedad nacional, tomando en cuenta la diversidad y la complejidad de sus arreglos y ordenamientos institucionales y, desde la sociedad internacional, considerando las instituciones, actores y prácticas que la conforman. Las funciones esenciales de salud pública, por tanto, *facilitan la conciliación de los abordajes local, nacional e internacional al desarrollo de la salud y el bienestar.*
- ⇒ Las funciones remiten al montaje institucional y social que requieren las responsabilidades para su desempeño, resaltando la importancia crítica no sólo de servicios y programas, sino también de competencias, recursos, relaciones, sistemas y valores. En tal sentido, *favorecen que las decisiones políticas que se tomen estén dotadas de adecuadas condiciones de infraestructura* que permitan iniciar o retomar el camino hacia el logro de los nuevos objetivos a ser asumidos. La monitoría y vigilancia tanto de las condiciones que se pretendan modificar cuanto de la pertinencia e impacto de las acciones que se desarrollen se hará sobre bases más precisas y por tanto más comparables. La implementación, monitoría y evaluación de las acciones de los países hacia la meta Salud para Todos ha sido, en general, un proceso difícil y complejo a nivel nacional y en el plano agregado internacional, al no tomarse debida cuenta de los aspectos antes mencionados.

## LA PROPUESTA

El discurso institucional tanto sobre *funciones* como sobre *servicios esenciales de salud pública* ha cobrado fuerza en los últimos años. No existe todavía, sin embargo, un concepto predominante o una aceptación generalizada sobre el significado y las implicaciones de su definición.

## PRINCIPALES ANTECEDENTES

En 1988, el Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias de los Estados Unidos estudió el sistema de salud pública de ese país, desde la perspectiva de una misión y una sustancia de la salud pública previamente definidas. Las funciones centrales (*core functions*) de salud pública de las agencias que componen el gobierno en sus diferentes niveles, fueron identificadas como *análisis/evaluación* de situaciones-problema, *desarrollo de políticas*, y *aseguramiento* de la provisión de servicios necesarios para alcanzar los objetivos acordados. El abordaje privilegia el enfoque analítico y su base epidemiológica. La promoción de la salud y la prevención de enfermedades están comprendidas bajo el rubro educación de la función de aseguramiento (cuyos otros rubros son inspección, licenciamiento, ambiente, salud personal y desarrollo de recursos).

La noción de funciones ha sido a veces aplicada, además de a sistemas e instituciones, a la fuerza de trabajo en salud pública, en este último caso adjudicándoseles un significado más cercano a la noción de capacidades o competencias. En la I Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública y XVI Conferencia de ALAESP “Democracia y Equidad: Repensando la salud pública” (Río de Janeiro, Brasil, agosto de 1994) se identificaron las funciones que caracterizarían al nuevo profesional de salud pública en el contexto de los procesos de reforma de la salud. Ellas fueron las funciones histórico-política, y de agregación de valor, administración de conocimiento, gerencia estratégica, mediación estratégica, y abogacía. Este planteamiento genérico debe ser complementado con el abordaje específico que requiere el quehacer de la salud pública.

El Comité Conductor del proyecto Funciones de Salud Pública del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos adoptó en 1994 las siguientes funciones de salud pública: prevención de epidemias y de la diseminación de enfermedades, protección contra los riesgos ambientales, prevención de lesiones, promoción y estímulo de comportamientos saludables, respuesta a los desastres y asistencia a las comunidades en su recuperación, y garantía de la calidad y accesibilidad de los servicios de salud. Sobre esta base se definieron posteriormente los servicios esenciales de salud pública, frente a los cuales se están reexaminando los perfiles y competencias requeridos de la fuerza de trabajo, entre otros objetivos de infraestructura. Este esfuerzo complementa el proceso de aprobación de los objetivos de salud para la nación en el año 2010.

En 1996, la OMS definió aperturas de referencia para facilitar la identificación de las funciones esenciales de salud pública.<sup>11</sup> Ellas fueron: gerencia de información; protección del ambiente; promoción y educación de salud; prevención, vigilancia y control de enfermedades transmisibles; legislación y regulación; investigación;

---

<sup>11</sup> Essential Public Health Functions: A New Initiative in Support of Health for All. A Brochure of WHO, Geneva, February 13, 1997, p.2.

desarrollo e implementación de políticas, programas y servicios; desarrollo de recursos humanos; evaluación y estandarización de tecnologías; salud ocupacional; y provisión de servicios seleccionados a poblaciones especiales. Un estudio Delphy en proceso persigue precisar mejor el concepto de funciones esenciales de salud pública, establecer el consenso internacional sobre las funciones de salud pública que son esenciales, determinar cuáles FESP parecen ser las más esenciales en todos los países en el futuro, y confirmar cuáles funciones de salud pública requieren la elaboración de estándares de desempeño.

En el Seminario Internacional y XVII Conferencia de ALAESP “Renovando la Estrategia de Salud para Todos” (Río de Janeiro, mayo de 1997), uno de los temas abordados fue las funciones esenciales de salud pública. La propuesta de la OMS, en su estado de definición en aquel momento, fue analizada principalmente frente a: el concepto de *esencia*, la integralidad de la prestación de servicios, la amplitud y complejidad de los problemas de salud (y sus determinantes) y de los problemas de los servicios; y la especificidad de las realidades de país. Se enfatizó que cada sociedad engendra, históricamente, su propia salud pública y se propuso que un enfoque adecuado a una renovación conceptual de la salud pública debería partir de una mejor caracterización del trabajo en salud colectiva/salud pública.

En suma, lo que parecen señalar los esfuerzos anteriores es la necesidad, en un contexto de cambios profundos y acelerados del pensar y el hacer de los sistemas de salud, de un enunciado genérico de política que permita orientarse en la complejidad de los cambios sin perder de vista la esencia de lo que se quiere alcanzar y de la razón de ser del sector.

## PRÁCTICAS DE LA SOCIEDAD Y FUNCIONES DEL ESTADO

La presente posición institucional sobre el particular pretende orientar la definición de funciones esenciales de salud pública por parte de los países miembros de la OPS, contribuyendo así a la construcción en y entre las diferentes sociedades de una cultura de salud pública orientada al desarrollo integral de la salud y el bienestar. A este fin cobran particular relevancia el apoyo al esfuerzo de la sociedad, la agregación de intereses de los actores sociales comprometidos con éste y, la búsqueda de la mejoría constante de la calidad e idoneidad de la promoción y protección de la salud de la población y el ambiente.

Con base en lo anterior y en el contexto de la creación social de la salud, identificamos seis prácticas fundamentales de salud pública. Estas *prácticas sociales* dependen de la historia, la tradición, la cultura, modo de producción y tipo de organización sociopolítica que caracteriza a cada sociedad.

## CONSTRUCCIÓN DE ENTORNOS SALUDABLES Y MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE Vida

Se refiere a la creación de entornos, comportamientos y relaciones sociales, así como de condiciones de vida (educación, alimentación, vivienda, trabajo, recreación, etc.) favorables al desarrollo humano. La participación activa del Estado y la sociedad civil en la generación de condiciones a través de los cuales la salud y el bienestar están siendo creados, requiere adecuar y fortalecer los mecanismos que definen las ofertas y demandas sociales en salud en un contexto de papeles y responsabilidades cambiantes de ambos actores. Las características específicas que adopta la acción intersectorial correspondiente están determinadas por los ideales, conocimientos, actitudes y prácticas sociales con relación al desarrollo de la salud y al logro del bienestar, los que en conjunto determinan el Modelo Social de Prácticas de Salud.

A nivel del Estado el correlato de esta práctica es la *Promoción de la Salud*. A ésta contribuyen los componentes de *Conducción*, *Orientación de la Provisión* y *Regulación* comprendidos entre las responsabilidades de rectoría del Ministerio de Salud.

## DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE UNA CULTURA DE LA Vida y LA SALUD

Se refiere a la capacidad de convertir la salud en un referente básico para la actividad y el desarrollo humanos, a través del estímulo a una mayor valorización de la salud y la mejoría de la información al público sobre salud. Tal capacidad se complementa con el necesario liderazgo institucional, entendido éste como la potencialidad de una organización de irradiar valores, generar reconocimiento y lograr compromiso con dichos valores por parte de la población y otras organizaciones. Se trata también de defender la causa de la salud a través de la comunicación objetiva de los daños y riesgos que inciden sobre ella, su inclusión en la agenda política como referente para la formulación de todas las políticas públicas, la denuncia de políticas adversas de otros sectores o actores, la promoción de las acciones requeridas en ámbitos fuera de su competencia, y la agregación de valor a los esfuerzos de la sociedad civil que atiendan los objetivos de salud de la nación.

Derivan de este quehacer social fundamental las funciones de *Desarrollo de Políticas* y *Abogacía de la Salud* a cargo del Estado. Para su implementación son centrales la *Conducción* y la *Modulación del Financiamiento*, entre las responsabilidades de rectoría de los Ministerios de Salud.

## GENERACIÓN DE INTELIGENCIA EN SALUD

Alude a la generación de conocimiento e información socialmente idóneos sobre determinantes, condicionantes y riesgos a la salud, así como sobre los efectos positivos y negativos de éstos. Corresponde a la sociedad, por una parte, analizar la situación y anticipar los cambios en las condiciones de salud y bienestar, en sus escenarios y en los comportamientos de los actores relevantes en el campo. Y, por otra, vigilar y monitorear la idoneidad, equidad y calidad de los servicios de salud pública y de

atención a las personas y de las tecnologías que los sustentan. Implica el análisis detenido, continuo y prospectivo de la salud y sus prácticas en el país y de sus relaciones con la situación y tendencias a escala internacional. Los quehaceres mencionados son inherentes a la función pública porque contribuyen a formar la base de evidencia de la acción pública. En este sentido, la formulación de políticas, para ser legítima, debe tomar en cuenta toda la información relevante disponible y estar basada, en la medida de lo posible, en factores objetivos.

Las funciones correspondientes al Estado son *la Monitoria y Vigilancia de la Salud* y el *Análisis de Actores y Escenarios*. Por el lado de la rectoría de los Ministerios de Salud cobran valor la *Conducción y la Modulación del Financiamiento*.

### ATENCIÓN A LAS NECESIDADES Y DEMANDAS EN SALUD

Es la capacidad de la sociedad para dar respuesta a los problemas de salud de los ciudadanos y para garantizar el acceso y la calidad de los servicios poblacionales e individuales que ellos necesitan. La incorporación acrítica de tecnologías —sobre todo de alto costo y complejidad— y la falta de aplicación o de aplicación plena del conocimiento científico ya validado, tienen a juicio de muchos implicaciones macroéticas y ameritan la participación activa de todos los actores sociales en su corrección. El aseguramiento de condiciones adecuadas de prestación, organización y financiación de los servicios esenciales supone mecanismos y estrategias que faciliten no sólo la recuperación de la capacidad institucional del sector después de un período de crisis (como la económica de la década anterior), sino además la adquisición de condiciones adecuadas para actuar, definidas estas como objetivos de infraestructura. Los servicios de salud pública y de cuidado de la salud personal (Modelo de Prestación de Servicios de Salud) deben proyectarse y articularse coherentemente con el Modelo Social de Prácticas de Salud que los contiene.

Esta práctica social orienta las funciones del Estado relativas a *Prestación de Servicios de Salud Pública y de Salud Personal*. En el plano de la rectoría de los Ministerios de Salud destacan a este nivel las atribuciones de *Conducción, Articulación de la Provisión, Modulación del Financiamiento, Garantía del Aseguramiento y Regulación*.

### GARANTÍA DE LA SEGURIDAD CALIDAD DE BIENES Y SERVICIOS RELACIONADOS A LA SALUD

Es el control social que se ejerce sobre la producción y comercialización de bienes y servicios vinculados a la salud y sus prácticas, acción que se facilita cada vez más en el contexto actual de crecientes democracia participativa y diseminación de información. Una función central a esta finalidad es asegurar que se provean los insumos necesarios y se implanten las prácticas apropiadas para alcanzar los objetivos establecidos en salud, ya sea estimulando al sector privado, solicitando dichos servicios, o proporcionándolos directamente. Requiere el ejercicio de autoridad para vigilar el cumplimiento de los mandatos legislativos y mantener las responsabilidades

estatutarias. Incluye la regulación de los servicios y productos que existen o se ofrecen en los sectores público y privado, así como la facilitación de la capacidad de la gente para pedir cuentas, fijando objetivos y estándares e informando sobre los progresos hacia su alcance.

El correlato de este quehacer a nivel del Estado es la *Regulación Sanitaria*. En el plano de la rectoría de los Ministerios de Salud las atribuciones correspondientes son las de *Conducción y Regulación*.

## INTERVENCIÓN SOBRE RIESGOS y DAÑOS COLECTIVOS A LA SALUD

La gestión de riesgos se refiere a asegurar las condiciones óptimas para reducir y controlar los riesgos y daños a la salud fuera del control de los individuos. Comprende, en particular, intervenciones sobre el ambiente (biológico, físico y químico) orientadas a minimizar la producción y diseminación de factores de riesgo, así como la exposición frente a ellos. Contribuye de este modo a aumentar la calidad de los ambientes comunitario, laboral y domiciliario. Comprende también el manejo de las consecuencias sobre personas, familias y comunidades de la exposición indebida a dichos factores de riesgo, así como la respuesta y movilización sectorial, intersectorial y social rápidas y oportunas frente a epidemias y situaciones de desastre. Con otras palabras, está estrechamente ligada a la construcción de entornos saludables, la promoción de mecanismos regulatorios favorables a la salud, y la acción de los programas de salud pública.

El correlato de esta práctica a nivel del Estado es el *Control Ambiental y la Prevención y Control de Riesgos y Daños a la Salud*. En el plano de la rectoría de los Ministerios de Salud las atribuciones correspondientes son las de *Conducción, Orientación de la Provisión y Regulación*.

Habida cuenta de las distancias y relaciones entre Estado y Gobierno, parece comprensible que el cumplimiento de las FESP requiere una gestión de gobierno flexible o de modalidad múltiple, a fin de facilitar su conciliación con las exigencias de cada una de dichas funciones.

La descripción de estas prácticas fundamentales de salud pública de la Sociedad se consigna en el Anexo 1. Las funciones esenciales de salud pública comprendidas en cada una de las prácticas sociales antes mencionadas, así como las principales atribuciones del Estado, y su relación con la Rectoría de los Ministerios de Salud se presentan con algún detalle en el cuadro 2 del anexo. Su desempeño implica el fortalecimiento de capacidades y el dominio, cuando conveniente, de determinados mecanismos de acción.

El cumplimiento pleno de estas funciones permitiría que el Estado, y sus instancias de gobierno correspondientes, desempeñen mejor el papel rector, regulador y negociador que exigen los tiempos nuevos de la Región.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- The future of Public Health.* Institute of Medicine(U.S.). Committee for the Study of the Future of Public Health, The National Academy of Sciences, Washington D.C., 1988, 225p.
- The Crisis of Public Health: Reflections for the Debate.* Pan American Health Organization, Scientific Publication No. 540, Washington D.C., 1992, 46p.
- On the Theory and Practice of Public Health: One Debate, Several Perspectives.* Pan American Health Organization, Human Resources Development Series No. 98, Washington D.C., 1993, 258p.
- I Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública y XVI Conferencia de ALAESP "Democracia y Equidad: Repensando la Salud Pública". (Rio de Janeiro, Brasil, 14-18 agosto 1994). Informe final.* ALAESP, Rio de Janeiro, 1995, 67p.
- New Challenges for Public Health. Report of an interregional meeting (Geneva, 27-30 November 1995):* World Health Organization, WHO/HRH/96.4, Geneva, 1996, 90p.
- Enfocando la Salud: La Salud Pública en la Reestructuración de los Servicios de Salud.* Asociación Canadiense de Salud Pública, Ottawa, 1996, 28p.
- Canada Health Action: Building on the Legacy.* Synthesis Reports and Issues Papers. National Forum on Health, Ottawa, 1997.
- La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los Procesos de Reforma del Sector Salud.* Washington, D.C., OPS, 1997., pp. 70.
- La Rectoría de los Ministerios de Salud en la Reforma del Sector.* Organización Panamericana de la Salud. 40a. Reunión del Consejo Directivo. Documento CD40/13. Washington, D.C. OPS, 1997
- Seminario Internacional y XVII Conferencia de ALAESP "Renovando la Estrategia de Salud para Todos" (Rio de Janeiro, Brasil, 21-23 mayo 1997) Informe Final.* ALAESP, Rio de Janeiro, 1998, 36p.

## ANEXO

CUADRO 1: PRÁCTICAS SOCIALES DE SALUD PÚBLICA

Prácticas	Descripción
▪ Construcción de entornos saludables y mejoramiento de las condiciones de vida	Se refiere a la promoción de entornos, comportamientos y relaciones sociales favorables a la salud y el desarrollo humano. Se sustenta en la participación activa del Estado y la sociedad civil en la generación de condiciones a través de las cuales la salud y el bienestar están siendo creados y sostenidos.
▪ Desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y la salud	Es entendida como la capacidad de convertir la salud en un referente básico para la actividad y el desarrollo humanos. Esta capacidad se complementa con el liderazgo institucional para irradiar valores y lograr el compromiso con dichos valores por parte de la población y otras organizaciones.
▪ Generación de inteligencia en salud	Se basa en el análisis y en la previsión de los cambios en las condiciones de salud y bienestar. Implica la observación detenida, continua y prospectiva de la salud y sus prácticas así como de sus condicionantes y determinantes, en el país y sus relaciones a escala internacional.
▪ Atención a las necesidades y demandas en salud	Se refiere a la respuesta a los problemas de salud y al aseguramiento de condiciones adecuadas para el acceso y la prestación de los servicios esenciales de salud pública, incluyendo los de atención individual. Implica la recuperación de la capacidad institucional y la creación de condiciones óptimas para actuar, definidas éstas como objetivos de infraestructura.
▪ Garantía de la seguridad y calidad de bienes y servicios relacionados a la salud	Alude al control social que se ejerce sobre la producción y comercialización de bienes y servicios en los sectores público y privado, vinculados a la salud y sus prácticas. Incluye la facilitación de la capacidad de la gente para pedir cuentas.
▪ Intervención sobre riesgos y daños colectivos a la salud	Se refiere a asegurar las condiciones óptimas para reducir y controlar los riesgos y daños a la salud fuera del control de los individuos. Comprende, en particular, intervenciones sobre el ambiente (biológico, físico y químico) orientadas a minimizar la producción y diseminación de factores de riesgo así como la exposición frente a ellos.

CUADRO 2: PRÁCTICAS SOCIALES Y FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA

Prácticas Sociales	FESP	Principales Atribuciones del Estado	Componente de la Función Rectora del Ministerio de Salud
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Construcción de entornos saludables y mejoramiento de las condiciones de vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promover un modelo de desarrollo socioeconómico favorable a la salud</li> <li>▪ Desarrollar ámbitos de vida saludables (familias, escuelas, comunidades, lugares de trabajo, municipios)</li> <li>▪ Promover comportamientos y relaciones sociales saludables</li> <li>▪ Determinar el balance deseado entre la inversión total en salud y la inversión en otros sectores de actividad con impacto positivo para la salud y el bienestar (educación, empleo, vivienda, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promover la adopción de políticas públicas saludables</li> <li>▪ Establecer un equilibrio óptimo en la distribución de recursos entre el sector salud y otros sectores de actividad.</li> <li>▪ Construir un sistema de incentivos para asegurar que todos los sectores toman en consideración el impacto de sus políticas sobre la salud humana</li> <li>▪ Articular las políticas sociales a las políticas de salud (lucha contra la pobreza, analfabetismo, poblaciones vulnerables)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conducción</li> <li>▪ Orientación de la Provisión</li> <li>▪ Regulación</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y la salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promover el respeto a la vida, la salud como valor y la equidad de oportunidades</li> <li>▪ Promover la participación, el control y la responsabilidad de los individuos, comunidades y organizaciones sobre lo que afecta su salud</li> <li>▪ Afirmar y defender los derechos individuales y colectivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formular una política nacional de salud de carácter suprasectorial</li> <li>▪ Establecer los objetivos nacionales de salud</li> <li>▪ Legitimar y apoyar los intereses y la movilización de la sociedad civil en salud.</li> <li>▪ Favorecer la participación activa de la sociedad civil en la formulación de las políticas de salud</li> <li>▪ Acción intersectorial en salud a los niveles local, regional y central</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conducción</li> <li>▪ Modulación del Financiamiento</li> </ul>

continúa...

*DESAFÍOS PARA LA EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA*

...continuación Cuadro 2

<b>Prácticas Sociales</b>	<b>FESP</b>	<b>Principales Atribuciones del Estado</b>	<b>Componente de la Función Rectora del Ministerio de Salud</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Generación de inteligencia en salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fomentar la generación de información socialmente pertinente y basada en evidencia, tanto para los ciudadanos como usuarios, prestadores y administradores de los sistemas públicos.</li> <li>▪ Promover la generación de la evidencia apropiada para la toma de decisiones y la determinación de orientaciones en salud</li> <li>▪ Democratizar el acceso y uso de la información en salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desarrollo de un sistema integrado de información sobre la salud y sus determinantes, los factores de riesgo y el resultado de las intervenciones.</li> <li>▪ Diseño e instrumentación de políticas y planes de investigación esencial en salud</li> <li>▪ Vigilancia y monitoría de la salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conducción</li> <li>▪ Modulación del Financiamiento</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atención a las necesidades y demandas en salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Asegurar el acceso universal a servicios de salud integrados, continuos y de calidad</li> <li>▪ Asegurar una organización integrada, eficiente y responsable del sistema de salud</li> <li>▪ Asegurar la infraestructura necesaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Determinar la importancia financiera y los roles respectivos de los sectores público y privado, y entre los niveles central y descentralizados</li> <li>▪ Determinar el equilibrio adecuado entre los tipos de servicio: institucional/ comunitario, recuperación/prevenición/promoción</li> <li>▪ Formular una política de atención de salud</li> <li>▪ Establecer una política de desarrollo de tecnologías para la salud</li> <li>▪ Formular una política de desarrollo de la infraestructura, con énfasis en los recursos humanos y financieros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conducción</li> <li>▪ Articulación de la Provisión</li> <li>▪ Modulación del Financiamiento</li> <li>▪ Garantía del Aseguramiento</li> <li>▪ Regulación</li> </ul>

continúa...

### 3. LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA

...continuación Cuadro 2

Prácticas Sociales	FESP	Principales Atribuciones del Estado	Componente de la Función Rectora del Ministerio de Salud
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Garantía de la seguridad y calidad de bienes y servicios relacionados a la salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Regular la producción y comercialización de bienes y servicios vinculados a la salud.</li> <li>▪ Garantizar la equidad, eficacia e idoneidad de insumos y prácticas de salud.</li> <li>▪ Asegurar la idoneidad y seguridad para la salud de los alimentos, medicamentos, biológicos y otros productos de consumo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coordinar, a nivel intersectorial e internacional, la aplicación de políticas, normas y satisfacción de estándares de calidad relativos a insumos y prácticas de salud.</li> <li>▪ Formular políticas, normas y estándares de calidad relativos a bienes y servicios de salud.</li> <li>▪ Establecer mecanismos de vigilancia y control en la producción y comercialización de bienes y servicios de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conducción</li> <li>▪ Regulación</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervención sobre riesgos y daños colectivos a la salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Asegurar la protección de la población contra los principales factores de riesgo ambiental.</li> <li>▪ Actuar frente a situaciones de epidemias y desastres que afecten la salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Asegurar la acción intersectorial en cuanto a la aplicación de políticas, normas y satisfacción de estándares de calidad relativos a factores de riesgo para la salud.</li> <li>▪ Controlar las enfermedades</li> <li>▪ Investigar brotes de enfermedades</li> <li>▪ Vigilancia y monitoría de la salud ambiental.</li> <li>▪ Movilización social para la actuación frente a epidemias y desastres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conducción</li> <li>▪ Orientación de la Provisión</li> <li>▪ Regulación</li> </ul>

## COMENTARIOS SOBRE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA

FUNCIONES DE SALUD PÚBLICA Y DESEMPEÑO ESENCIAL.  
RETOS DE MEDICIÓN PARA LA SALUD PÚBLICA.  
MANEJO Y RECURSOS HUMANOS EN  
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

*Dr. Paul Halverson*

*Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, Atlanta)*

Un estudio reciente realizado por la OMS ha revelado que es posible alcanzar consenso mundial para determinar un conjunto de Funciones Esenciales de Salud Pública. Muchos países desarrollados ya están desarrollando sus propias funciones centrales o servicios esenciales en un intento de definir mejor la función y la imagen de la salud pública. Las funciones esenciales de salud pública proporcionan un marco sobre el cual construir un sistema de prestación de servicios de salud pública. Estas funciones pueden ser priorizadas de acuerdo al contexto nacional y en base a un sistema eficiente de distribución de los servicios diseñado con un enfoque bien organizado alrededor de los mismos. Las razones para reformar los sistemas de atención de la salud alrededor de estos lineamientos varían, pero la razón fundamental es la responsabilidad que tienen los encargados de la formulación de políticas de definir un conjunto de servicios que pueda presupuestarse sobre la base de una cantidad limitada de recursos. Este proceso de pensamiento es importante para las regiones en desarrollo donde los recursos limitados tienen que utilizarse sin sacrificar los temas de equidad en el financiamiento y de asegurar el acceso universal igual a la atención de salud, especialmente para las poblaciones vulnerables. En esta región, los recursos financieros limitados tienen que utilizarse de modo que produzcan la mayor equidad mayor y eficiencia posible en la prestación de los servicios de salud y que se dé una mejor coordinación entre los proveedores de asistencia sanitaria públicos, privados y de seguridad social.

Los sistemas de suministro de atención de salud pública a veces requerirán de modificaciones drásticas en su estructura orgánica una vez que se adopte la decisión en relación a la prestación de un conjunto de servicios esenciales. Esto puede imponer nuevos retos en el componente de los recursos humanos de estos sistemas. Los retos más importantes son: a) el desarrollo de normas de rendimiento que evalúen el sistema de entrega de una manera dinámica, indicando no sólo las áreas de alta eficiencia, sino también aquellas áreas de bajo rendimiento sistemático, y b) la ejecución de programas de liderazgo que asegure la competencia de un gerente de personal para el sistema, capaz de transferir un elemento de habilidades para los negocios en un área

tradicionalmente conducida mediante la intervención por crisis y crónicamente corta de presupuesto.

En los Estados Unidos, la Salud Pública es entregada por medio de una variedad de sistemas que involucran a las agencias y organismos de salud estatales y locales, incluyendo a organismos gubernamentales y no gubernamentales. Para evaluar la eficacia del sistema estamos en vías de desarrollar un sistema nacional de normas de rendimiento en la salud pública, cuyo objetivo es medir la eficiencia a lo largo de diversos puntos en el sistema. Las normas de rendimiento y los indicadores apropiados para cada una de las Funciones Esenciales de Salud Pública permiten a los encargados de tomar decisiones y de formular las políticas de salud en la región medir el progreso y desempeño. Este es un reto para la gerencia en todos los ministerios de salud del área. El diseño de los indicadores no es una tarea fácil porque ellos deben integrarse con otros organismos que participan en la prestación de salud pública y deben medir el insumo, la estructura, la capacidad y los resultados. Una vez convertidos en una parte del sistema, permitirán mayor responsabilidad a los encargados de formular las políticas, y una mejor asociación entre la fuerza laboral y las tareas realizarse. Así también debe darse un importante vínculo con nuestras escuelas de salud pública. A través de una clara articulación de lo que debe medirse, los profesores pueden empezar a recalcar importantes habilidades y áreas de conocimiento que prepararán a los estudiantes para cumplir con dichos estándares. ¿Qué es el Programa Nacional de Normas de Rendimiento de Salud Pública?

El otro reto para los Recursos Humanos al reformar el proceso de salud a fin de incluir las Funciones Esenciales de Salud Pública es el desarrollo de liderazgo. En los Estados Unidos hemos reconocido esta necesidad y hemos elaborado un Programa de Liderazgo Nacional para el entrenamiento de líderes en salud pública. Esto se hace conjuntamente con las escuelas de salud pública y otros organismos interesados en el entrenamiento. Ustedes quizá también desean mencionar la nueva directiva del Dr. Koplan para aumentar la función de IH del CDC y cuan interesados podrían estar los PHPPO/DPHS en compartir su experiencia en esta área sobre una base global.

Todos los gobiernos en la región están emprendiendo el proceso de reforma del sector salud. Ahora es por consiguiente el tiempo óptimo para, a partir de cero, identificar las Funciones Esenciales de Salud Pública y diseñar un sistema que incorpore las medidas de desempeño y los indicadores apropiados. Todos estos retos deben ser alcanzados para asegurar que el sistema de prestación de salud pública permita a la región entrar en el siglo XXI.

### COMENTARIO FINAL

La presente posición ha sido tomada en el plano de la sociedad, considerando la perspectiva del Estado y el actor gubernamental y, consecuentemente, del ente rector en salud dada su responsabilidad indelegable de liderar y promover la salud pública. Convoca, sin embargo, al conjunto de la Sociedad, en la medida que reconoce e implica

en su definición a los múltiples actores sociales involucrados en salud, desde el simple ciudadano hasta las organizaciones más complejas.

Es claro que la contribución de OPS que se propone parte de otro momento histórico y de otra perspectiva a los de los esfuerzos previos. Dado que los sistemas de salud y de atención a la salud se encuentran, por diferentes razones, en fase de transición, resulta teóricamente útil la formulación y discusión de una propuesta de política sobre las FESP como instrumento que permita enfrentar la turbulencia actual en los sistemas de salud generada por la aparición de nuevos actores, la confusión relativa sobre sus roles y responsabilidades respectivos, la indefinición de sus articulaciones y la ausencia o el vacío de nuevas reglas de juego, de principios orientadores y de mecanismos de control y evaluación.

En este sentido, las funciones esenciales de salud pública propuestas deben ser consideradas como grandes áreas de actuación colectiva por la salud de la población. Queda a cargo de cada país la discusión sobre la estructura más adecuada para cumplir dichas funciones, o sobre la conveniencia de que determinadas funciones sean ejecutadas, delegadas, financiadas o coordinadas por el Estado.

El papel central del Estado en este nuevo contexto consiste precisamente en mantener la direccionalidad, la coherencia y el ordenamiento óptimo de las nuevas configuraciones institucionales en función del mayor bienestar posible de la población, lo que se ha denominado el papel rector. En algunos países de la Región se trata literalmente de un nuevo papel para el Estado, lo que vuelve el desafío todavía más complejo, por qué se tiene que hacer el camino al andar, en un momento de vulnerabilidad. Para otros países con una fuerte tradición de intervención del Estado, el desafío consiste más bien en hacer los ajustes críticos para el mantenimiento o preservación del sistema en sintonía con sus principios básicos.

La identificación de las FESP, por consiguiente, debe ser considerada como parte integrante del esfuerzo de clarificación dinámica del papel rector del Estado sobre la base de una cultura de debate y de búsqueda de consenso entre las principales partes interesadas. Las FESP deberían de proporcionar un mapeo del terreno, una visión de conjunto que dé perspectiva y permita estructurar la reflexión, antes que un paquete básico de intervenciones de salud pública o una lista detallada de verificación para asegurarse que no falte nada en medio del caos de la reestructuración.

En fin, el proceso de identificación de las funciones esenciales de salud pública puede contribuir de manera relevante a orientar apropiadamente los procesos de reforma de la salud actualmente en curso. Estos procesos han privilegiado fundamentalmente la eficiencia de los sistemas públicos, pero han descuidado la equidad de la provisión de servicios a la sociedad, así como omitido la participación organizada y coherente de la sociedad civil en la formulación de una política suprasectorial de salud que de sentido y significado a los cambios propuestos. El reexaminar los desafíos y enfoques de la salud pública en el plano de la sociedad contemporánea constituye una contribución importante para el desarrollo de los sistemas y servicios de salud. Es decir, pueden favorecer la superación de los enfoques

fundamentalmente endógenos y tecnocráticos a dicho desarrollo. La potencialidad de visitar los procesos de reforma de la salud, en el marco de las funciones esenciales de salud pública, a nuestro juicio, es bastante alta. Lo mismo aplica a la posible contribución de las FESP en la definición y legitimación de las atribuciones del Estado en el campo de la salud, en un contexto de cambios rápidos y profundos.

Las funciones resultan igualmente relevantes para el continuo de los servicios de salud, pero nuevamente con una intensidad relativa y opciones de acción distintas, ya sea que se traten de la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la protección de la salud; la manutención de la salud y del bienestar, el autocuidado y la ayuda mútua; los cuidados comunitarios; el cuidado en establecimientos y el cuidado institucional especializado.<sup>12</sup> Sin embargo, la presente reflexión esta centrada en la superestructura que crea u orienta las funciones de los diversos actores —como la de rectoría— y no tanto en la micro-estructura de ejecución.

Es en esta visión que se anticipa la definición de *los servicios o programas esenciales de salud pública*, que serán el objeto de un abordaje posterior dentro de este proceso.

## LAS FUNCIONES DE LA SALUD PÚBLICA

*Dra. Sylvie Stachenko*

*Directora Departamento de Política y Servicios de Salud*

*Oficina Regional para Europa (EURO)*

*Organización Mundial de la Salud (OMS)*

El documento sobre las Funciones Esenciales de la Salud Pública presenta una estructura de las mismas en función de las prácticas sociales, las funciones del Estado y la rectoría de los ministerios de salud. Esta es sin duda una tipología útil para analizar las tareas o las responsabilidades a diversos niveles que permite tratar el tema en forma concisa e integral. Con respecto a este asunto, hay tres aspectos que merecen ser tratados con mayor detenimiento: la rectoría del Estado, la importancia del liderazgo, y las acciones de salud pública al nivel de la comunidad.

### LA RECTORÍA DEL ESTADO

Tal vez sea necesario aclarar en qué medida se aplican las funciones que se le han asignado porque, en la mayoría de los países, el “Estado” —a diferencia del ministerio de salud— no es una entidad institucional concreta. En este contexto, quizás valga la pena mencionar la experiencia acumulada con modelos de consejos interministeriales a los que se les ha encargado la coordinación de la política del

---

<sup>12</sup> Ver la Asociación Canadiense de Salud Pública: *Enfocando la Salud La Salud Pública en la Reestructuración de los Servicios de Salud*, Ottawa, Febrero 1996. También ver anexo 2.

gobierno y el cumplimiento de las responsabilidades señaladas en el documento referido. Otra característica del concepto de “Estado” que tiene que ver con las funciones de la salud pública es la diversa configuración de las responsabilidades jurisdiccionales en función de la estructura centralizada o descentralizada del sistema de salud. Este aspecto interfiere con la capacidad del sistema de salud pública para llevar a cabo sus funciones, y bien puede determinar en qué medida pueden aplicarse las recomendaciones implícitas.

La importancia del liderazgo en el ámbito de la salud pública y de las alianzas para movilizar y organizar los recursos.

El principio básico de un sistema exitoso y sostenible para la salud pública es el liderazgo al nivel local, regional, nacional e internacional. En los últimos años se ha redefinido el liderazgo en la salud pública y ahora se reconoce que, habida cuenta de los múltiples elementos de la trama social que se requieren para trabajar en colaboración, no es posible que una sola entidad asuma toda la responsabilidad o goce de total autoridad. Una función importante de la salud pública es hacer posible el liderazgo y las alianzas, para lo cual será necesario determinar quiénes van a formar parte de las alianzas, consultarlos y lograr su participación. Los programas de salud pública que demuestran que existe buena coordinación y que evitan una repetición de esfuerzos darán más credibilidad a la salud pública. Pero si no se presta la debida atención a la forma en que se administran estas alianzas, se disipará la energía y la frustración socavarán los esfuerzos individuales.

## **LAS ACCIONES DE LA SALUD PÚBLICA AL NIVEL DE LA COMUNIDAD**

Las acciones de la salud pública que se requieren al nivel de la comunidad dependen de la disposición de esta para responder. La identificación de las comunidades que cuentan con capital social adecuado para iniciar y mantener programas y servicios viables mejorará la probabilidad de éxito desde el comienzo. Es importante evaluar y desarrollar capital social si se han de cumplir con eficacia las funciones de la salud pública.

## **DESARROLLO DE ESPACIOS SANOS Y MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE VIDA / DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE UNA CULTURA DE VIDA Y SALUD**

El marco de higiene ecológica que suponen estas dos funciones es sumamente importante para promover la salud. Las iniciativas de política que repercuten en los ambientes humanos también forman parte del marco ecológico y se refieren a tales aspectos como la protección y la seguridad del medio ambiente, la energía y el transporte, la economía, la política alimentaria, etc. El marco debe ayudar a sopesar los beneficios potenciales que encierra el mejoramiento de la salud y los costos de las iniciativas de política.

En la medida en que se propone que la reglamentación sea una función rectora del ministerio de salud, habrá que mencionar la importancia de la educación sanitaria y de

la sensibilización del público como políticas de apoyo que facilitarán la adopción de decisiones que promuevan la salud. En estas funciones está implícito el fomento de un debate basado en conocimientos sólidos y de otras interpretaciones o formulaciones posibles de un problema de salud, pero en la práctica no es tan sencillo. La formación de una cultura de la salud en la población facilitaría la toma de decisiones en materia de salud pública. Como ha señalado Nancy Milo, tal vez sea posible destacar el hecho de que la adopción de políticas acertadas de salud pública puede contribuir a resolver cuestiones prioritarias no vinculadas directamente a la salud, por ejemplo, el hecho de que los medios de transporte no contaminantes también permiten conservar energía no renovable y que un régimen alimentario sostenible consume menos energía intensiva y es menos inflacionario.

### GENERACIÓN DE CONOCIMIENTOS E INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD

Entre las funciones tradicionales de la salud pública cabe mencionar el desarrollo de sistemas de información sanitaria y vigilancia activa. En el documento se recalca, muy atinadamente, la importancia de la generación de conocimientos y de información sobre los factores determinantes de la salud. Conviene señalar que la nueva política de salud para todo el siglo XXI de la OMS (SPT21) destaca algunas áreas hacia las que deberán enfocarse los sistemas de vigilancia, entre otras: la aplicación de normas, directrices y reglamentos internacionales, el avance de la reducción de desigualdades sanitarias y las repercusiones sectoriales sobre la salud. Por ejemplo, mediante un inventario de cuestiones de política y medio ambiente que promueven o perjudican la salud al nivel nacional y local, actualizado con regularidad y de amplia divulgación, podrían documentarse los avances realizados y estimular acciones. Además, la política SPT21 hace hincapié en el monitoreo del desempeño de los programas, que es otro nombre con el que se conoce la evaluación de los procesos. Lamentablemente, es muy escasa la experiencia que se tiene con sistemas de información para poder dar seguimiento a los servicios y programas de salud pública. Se carece de una taxonomía de los servicios y programas, y de mecanismos para recopilar de manera continua la información sobre los costos de la ejecución de programas.

### ATENCIÓN A LAS NECESIDADES Y EXIGENCIAS EN MATERIA DE SALUD

El establecimiento de la infraestructura, la organización y el financiamiento de un conjunto de servicios esenciales es una tarea crítica de la salud pública. En el documento sobre las Funciones Esenciales de la Salud Pública se mencionan diversas capacidades y tipos de infraestructura, pero es pertinente agregar lo siguiente:

- ⇒ La infraestructura científica apoya a todas las funciones de la salud pública. Las necesidades van más allá de las que requiere la salud pública tradicional y exigen que se investiguen los factores determinantes de la salud, se evalúe la tecnología, etc.
- ⇒ Es necesario contar con capacidad para formular políticas, que incluye la vinculación de los órganos pertinentes al nivel nacional o local para aprender y

compartir las enseñanzas y estimular la acción y la creatividad, en tanto se mantienen estrategias adecuadas para la cultura del país o de la comunidad.

- ⇒ No puede evitarse la responsabilidad de captar recursos financieros para los programas y servicios de salud pública. A medida que se descentralizan las responsabilidades sanitarias como está sucediendo en muchos países, también deben descentralizarse los recursos para satisfacer estas exigencias. Es esencial contar con recursos adecuados para la planificación, gestión de proyectos, capacitación y apoyo operativo a fin de garantizar la eficiencia de la salud pública.
- ⇒ La salud pública es responsable de asegurar la distribución equitativa de los programas y los servicios. La equidad debe ser la consideración fundamental del desarrollo institucional y de los mecanismos financieros.
- ⇒ No debe soslayarse la participación del sector privado. Al nivel de la comunidad, la salud es un tema común a todos y el sector privado puede ser un socio valioso para desarrollar y poner en práctica las iniciativas.

La experiencia indica que donde convergen diversas capacidades es posible mantener la eficacia de la organización con los recursos y los conocimientos científicos de los que se dispone. Estas infraestructuras crean sinergias que ofrecen a la comunidad excelentes oportunidades de mejorar la salud.

### **GARANTÍA DE SEGURIDAD y CALIDAD DE LOS BIENES y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD/ INTERVENCIONES ANTE LOS RIESGOS COLECTIVOS y PELIGROS PARA LA SALUD**

Estas dos funciones se apoyan mucho en la reglamentación y en la verificación del cumplimiento y, por esa razón, son funciones tradicionales de la salud pública. Sin embargo, la índole de los nuevos riesgos y la complejidad que supone la reglamentación de numerosos productos nuevos y procedimientos de mercadotecnia de reciente creación constituyen grandes retos para la salud pública. Cabe recalcar que, en algunos países, existe una tendencia a revitalizar el sistema de salud pública y de asignarle funciones de prevención y control de enfermedades crónicas, lo que requeriría capacitación específica y creación de capacidad de recursos humanos. Es evidente que no será fácil lograr un consenso en torno de las funciones de la salud pública una vez que se atraviesan las fronteras nacionales, pero los conceptos planteados en el documento y la oportunidad que ofrece este coloquio representan un importante paso.

# 4

---

## CONSECUENCIAS DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA PARA LA EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA: PERSPECTIVA CANADIENSE<sup>13</sup>

---

### INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años se ha observado un cambio en la naturaleza de las funciones de la salud pública. Se prevé que dichas funciones continúen variando los años venideros. El gran énfasis dado a los estilos de vida y a la salud ambiental se ha traducido en un énfasis aún mayor en la educación y promoción de la salud, entendiendo esto como un medio para abordar muchos de los problemas de salud actuales vinculados el modo de vida, tales como el embarazo en adolescentes, la malnutrición, el hábito de fumar, la condición física, el uso indebido de alcohol y drogas y, cada vez más, el manejo del estrés. Estos cambios tienen importantes implicaciones para el futuro papel de la salud pública, de los recursos humanos y de la educación en salud pública.

Así, el presente documento tiene como finalidad examinar estos temas desde la perspectiva canadiense. En especial, se discute el papel cambiante de la salud pública y sus funciones esenciales. Por otra parte, se examina la repercusión de las reformas del sistema de salud en la salud pública y en el desarrollo de los recursos humanos en el ámbito de la salud pública. Finalmente, se establecen algunas conclusiones importantes.

---

<sup>13</sup> Presentación del Prof. Douglas E. Angus, Profesor Adjunto y Director del Programa de Maestría en Administración Sanitaria, Facultad de Administración, Universidad de Ottawa.

## SALUD PÚBLICA: PAPEL CAMBIANTE Y FUNCIONES ESENCIALES

Aunque, por lo general, los debates en torno a la reforma de la atención de salud tienen que ver con la organización, suministro, financiamiento y prestación de servicios de salud, se ha dado menos importancia a factores clave relacionados con la demanda, en particular aquellos relativos a los determinantes de la salud de la población. Con respecto a este último elemento, las instancias normativas deben cerciorarse de que las reformas del sector salud realmente conlleven mejoras en la salud de la población y que se cuente con una sólida infraestructura de salud pública que refuerce esa dirección para, de la misma manera, servir de apoyo a las reformas del sector salud.

Esto significa que la reforma de los servicios de salud debe evaluarse en un contexto más amplio, es decir, “uno que reconozca el impacto de un social, físico y económico más amplio en el estado de la salud y viceversa” (Saltman y Figueras, 1997: 66). Significa igualmente que la infraestructura de salud pública debe poder llevar a cabo evaluaciones adecuadas de necesidades, proponer y poner en práctica políticas y programas clave que permitan atender dichas necesidades, y luego evaluar la eficacia (e incluso la eficacia en función de los costos) de tales programas. Sin la capacidad técnica necesaria para asumir estas importantes funciones, la infraestructura de salud pública no podrá contribuir al logro de reformas positivas en el sector de la salud.

Parte de la dificultad en establecer una infraestructura moderna en el sector de la salud pública tiene que ver con el hecho de que no existe una definición clara de la salud pública. Sabemos, por ejemplo, que los servicios de salud pública siempre se han considerado de manera independiente de los servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en el sector médico y hospitalario. No obstante, algunos profesionales de la salud han comprendido (e incluso aceptado) siempre de manera implícita la interdependencia de dichos servicios. Esta relación tiene que pasar a ser explícita gracias a la colaboración y el apoyo brindados por ambos sectores a la organización y prestación de servicios de salud basados en la salud de la población.

La salud pública, por lo tanto, debe considerarse desde una perspectiva amplia que abarque los principales actores en materia salud, incluidos los servicios médicos y de salud pública tradicionales. Como se indica en Saltman y Figueras (1997: 67), Frenck considera que:

*La nueva salud pública aborda los esfuerzos sistemáticos por identificar las necesidades en materia de salud y por organizar servicios amplios de salud sobre una base poblacional bien definida. Por lo tanto, incluye el proceso de información que se requiere para la caracterización de las condiciones de la población y la movilización de los recursos necesarios para dar respuesta a dichas condiciones. En este sentido, la esencia de la salud pública es la salud del público. Por ende, incluye la organización del personal y las instalaciones a fin de ofrecer todos los servicios de salud necesarios para la promoción de la*

*salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, y la rehabilitación física, social y vocacional.*

Aunque el enfoque multisectorial de la salud de la población ha venido ganando mucho terreno durante el último decenio, cabe destacar que dicho concepto se estableció claramente en Canadá hace casi 25 años con Lalonde (1974) y se reforzó con la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud en 1986.

Dada la escasez de definiciones comunes sobre la salud pública, no es sorprendente que exista muy poco material escrito que describa la naturaleza de los servicios de salud pública. En su examen sobre la reforma del sector salud europeo, Saltman y Figueras (1997: 69) señalaron que en el Reino Unido, el informe Acheson definía la medicina de salud pública como:

*La rama de la medicina que se especializa en la salud pública. Sus principales responsabilidades son velar por la salud de una población, identificar sus necesidades en materia de salud, fomentar la formulación de políticas que promuevan la salud y evaluar los servicios de salud.*

Si tuviésemos que adoptar un enfoque más amplio que el de medicina de salud pública, esta definición resultaría bastante funcional. La razón por la cual debemos adoptar una perspectiva más inclusiva es que muchos cargos al nivel superior en el sector de la salud pública no son ocupados por médicos generales sino, más bien, sociólogos, epidemiólogos no médicos, analistas de políticas y economistas (Saltman y Figueras, 1997: 70).

Tal y como lo está realizando un número cada vez mayor de organizaciones de salud pública tanto al nivel nacional como internacional, se está llevando a cabo el desarrollo de una infraestructura de salud pública en el marco de cinco grandes temas: control de enfermedades transmisibles e higiene del medio; prestación de servicios para grupos específicos; promoción de la salud; la puesta en servicio, planificación y evaluación de los servicios de salud; y la investigación en el campo de la salud pública. Un ingrediente importante de estas funciones es el papel del sector público.

## CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES E HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE

En la mayoría de los países, el control de las enfermedades transmisibles y la higiene del medio ambiente constituyen funciones centrales de la salud pública que, en virtud del surgimiento de nuevas enfermedades (aquellas causadas por bacteria resistente a los medicamentos, por ejemplo), deben mantenerse en los sistemas de salud reformados. Pese a que existen diferencias notables en la manera como se desempeñan tales funciones de un país a otro, un importante requisito común parece ser la existencia de vínculos fuertes entre los centros de control de enfermedades y otras organizaciones relevantes, "ya sea en el sistema de salud o en otros organismos públicos, y la necesidad de que existan vínculos estrechos entre los médicos generales y las instancias normativas" (Saltman y Figueras, 1997: 70).

Otra razón importante por la cual debe considerarse el control de las enfermedades transmisibles como un elemento integral de la reforma del sector de la salud es la repercusión que cada elemento puede tener en el otro. "Cualquier falla en el control de las enfermedades transmisibles puede acarrear consecuencias económicas considerables para los servicios de salud, tanto a nivel del costo directo que implica el tratamiento de pacientes infectados como a nivel de los costos indirectos que representan los brotes para la sociedad. El cierre de fábricas, por ejemplo, puede repercutir en el crecimiento económico nacional. La reforma del sector de la salud puede afectar igualmente los sistemas existentes destinados a la vigilancia y control de las enfermedades transmisibles. Muchos países, especialmente aquellos que cuentan con un gran número de proveedores independientes, no han creado amplios sistemas integrados de vigilancia... la reforma del sector de la salud que conduce a la fragmentación de las redes de laboratorios podría comprometer las actividades de vigilancia existentes" (Saltman y Figueras, 1997: 71).

En el plano de la higiene del medio ambiente, la necesidad de crear enfoques multidisciplinarios adecuados es quizás más crítica que para el sector del control de enfermedades transmisibles. Dada la necesidad de información disciplinaria en cuanto a geografía, economía, análisis de políticas y elaboración de modelos matemáticos, y en menor grado de la medicina, un modelo óptimo de salud pública del medio ambiente es aquel donde "el control del medio ambiente se basa en una combinación de la exposición y la vigilancia del estado de salud, con las destrezas necesarias para integrar ambos elementos y diseñar y poner en práctica políticas adecuadas que abarquen las respuestas económicas, educacionales y reglamentarias" (Saltman y Figueras, 1997: 71).

## PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA GRUPOS ESPECÍFICOS

Otro sector clave para la salud pública es el relacionado con los servicios de salud para grupos específicos, tales como los niños, los ancianos, las personas con deficiencias de aprendizaje y las personas con enfermedades como la tuberculosis. Dado que por lo general el sector privado no puede atender estos elementos externos, la responsabilidad tiende a recaer sobre el sector público.

Tal y como hemos venido señalando, no sólo se está observando una mayor integración en el seno del sector de la salud, sino que se está produciendo una integración entre los sectores de atención de la salud y el de la salud pública. Esta integración tiene como objetivo reducir la fragmentación y duplicación, el resultado tiene como consecuencia una calidad deficiente de los servicios en ambos sectores. Una de las ventajas de esta integración es el mejoramiento de la atención primaria de salud, que es uno de los elementos clave para la promoción de la salud y el control de enfermedades.

Al igual que en cualquier entorno de planificación, Saltman y Figueras (1997: 72) hacen hincapié en el hecho de que la "integración debería llevarse a cabo en un marco de objetivos explícitos y medibles, con sistemas eficaces de vigilancia y

retroalimentación, y dando a los encargados de efectuar el cambio la oportunidad de utilizar una amplia gama de mecanismos”, una vez más se refuerza la necesidad de que las infraestructuras de salud pública desempeñen un papel integral en la planificación, gestión y evaluación de las políticas. Como se mencionó en relación con la fragmentación de los servicios para controlar las enfermedades transmisibles, la integración también es importante en este caso a objeto de compensar los riesgos asociados al pluralismo”. En aquellos países donde se han creado servicios integrados, la introducción de la competencia entre los proveedores puede conducir a la ruptura de relaciones cuidadosamente cultivadas (Saltman y Figueras, 1997: 73).

## PROMOCIÓN DE LA SALUD

El enfoque de la promoción de la salud que se está adoptando en Canadá (particularmente en la Universidad de Ottawa con la creación de su programa de Doctorado en Salud de la Población) se basa en el modelo de la salud poblacional, el cual comprende disciplinas tales como la medicina, las ciencias de la salud, las ciencias sociales, la psicología, el derecho y la administración sanitaria. No obstante, en numerosas otras jurisdicciones, la promoción de la salud se basa en el enfoque del modelo médico más estrecho y fragmentado (Saltman y Figueras, 1997).

Aunque las actividades de la reforma del sector de la salud prevalecen en Canadá, y a pesar de que la salud de la población reviste una importancia significativa, la promoción de la salud (en sí) no desempeña ningún papel central en este sistema tan cambiante. De hecho, hoy en día resulta difícil encontrar referencias específicas a la *promoción de la salud*. Parece más bien que el tema hubiese sido incluido en la iniciativa de salud de la población. Parte del problema tiene que ver con “una falta de comprensión de lo que implican las actividades de promoción de la salud, la falta de una infraestructura de promoción de la salud y la resistencia de los sistemas tradicionales de salud pública” (Saltman y Figueras 1997: 73).

Saltman y Figueras (1997) consideran que para que las iniciativas de promoción de la salud sean exitosas, tal vez sea necesario que exista el respaldo de leyes, de una política nacional de salud que de lugar a un centro nacional de promoción de la salud bien financiado, o el desarrollo de la promoción de la salud en el marco de la prestación, particularmente al nivel de la atención primaria de salud. Este último enfoque pareciera ofrecer un buen potencial para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, especialmente si la reforma del sector de la salud ha conllevado un cambio de énfasis hacia la atención primaria de salud.

Otro problema que enfrenta los profesionales de la promoción de la salud es su dificultad al evaluar la eficacia en función de los costos de la promoción de la salud, especialmente en lo referente a las intervenciones clínicas. Sin embargo, esa es precisamente la barrera que habrá de franquearse ya que “hasta tanto no existan formas convincentes de evaluar las intervenciones en la promoción de la salud que satisfagan las necesidades de los gerentes, clínicos y promotores de la salud, no se reconocerá el potencial pleno de la promoción de la salud. Las oportunidades de

incrementar el trabajo de promoción de la salud en la esfera de la atención primaria de salud tampoco han sido aprovechadas” (Saltman y Figueras, 1997: 74).

## PUESTA EN SERVICIO, PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El futuro moldeado por las reformas del sector de la salud implica que los profesionales de la salud pública participen de una manera más activa en la gestión y dirección de los servicios de salud. Los servicios de investigación, en los cuales la salud pública está desempeñando un papel más importante, han comenzado a documentar “la subutilización de las intervenciones eficaces y el uso excesivo de intervenciones ineficaces, variaciones en las tasas y los resultados de la intervención, y una desigualdad en el acceso a la atención que afecta a algunos de los grupos más vulnerables” (Saltman y Figueras, 1997: 75). Esto ha resaltado la necesidad de que la infraestructura de salud pública participe en la puesta en servicio, planificación y evaluación de los servicios de salud. En aquellas jurisdicciones en las cuales se están promoviendo los servicios de salud esta exigencia es aún más importante (Saltman y Figueras, 1997). Una vez más, las evaluaciones de las necesidades en materia de salud, el establecimiento y evaluación de opciones de políticas, la reducción de las barreras a tales programas, así como la evaluación de la eficacia global y la eficacia en función de los costos, son elementos fundamentales de la nueva infraestructura de salud pública.

## INVESTIGACIONES SOBRE SALUD PÚBLICA

Esto conduce entonces a otra función importante de la salud pública es la de llevar a cabo investigaciones. Aunque gran parte de las investigaciones se están realizando en el campo de las ciencias biomédicas, es fundamental que las investigaciones en el ámbito de la salud pública adquieran un mayor impulso, enfoque y presencia. Para Canadá, el enfoque de la salud de la población constituye una iniciativa importante en este respecto. En tal sentido, las investigaciones deben “incluir la utilización de métodos epidemiológicos que permitan describir las necesidades sanitarias de una población, identificar los riesgos para la salud y los determinantes sociales de las enfermedades, y apoyar la formulación de políticas destinadas a abordar estos riesgos y determinantes, incluida la evaluación de intervenciones específicas. Lamentablemente, pocos países emprenden tales investigaciones y, cuando lo hacen, las mismas no forman parte de una estrategia bien pensada con el fin de satisfacer las necesidades de salud de las poblaciones en cuestión” (Saltman y Figueras, 1997: 76).

## PAPEL DEL SECTOR PÚBLICO

Los sistemas de salud están firmemente arraigados en las características inherentes a cada país, incluidos algunos aspectos tales como los valores políticos y

culturales, los valores económicos vinculados a la política sanitaria, la geografía, la demografía, los acuerdos comerciales y los arreglos constitucionales y legislativos (Angus y Turbayne, 1995). No sólo los enfoques son diferentes, sino también los resultados. Por ejemplo, entre los países existen grandes variaciones al nivel de las tasas de tabaquismo y el número de muertes ocasionadas por accidentes automovilísticos (Saltman y Figueras, 1997: 77).

Un aspecto importante de una infraestructura adecuada de salud pública es el papel que desempeña el sector público en la política global de salud de un país. Esto abarca el grado de centralización-descentralización, el grado de intervención del gobierno en la política sanitaria y el estado del desarrollo de tal infraestructura de salud pública. Como se observará más adelante, otro elemento importante es el grado en que los profesionales de la salud pública participan en el proceso de toma de decisiones (Angus y Turbayne, 1995; Saltman y Figueras, 1997).

En términos generales, entonces, es cada vez más evidente que el enfoque de la salud pública debe contemplar las enfermedades transmisibles y la higiene del medio ambiente, la integración de los servicios de salud a los servicios principales, un enfoque multidisciplinario de la promoción de la salud, una mayor participación en la planificación, puesta en servicio y evaluación de los servicios de salud y un foco de atención más evidente de las investigaciones. Para que el nuevo modelo funcione de manera eficaz, es fundamental que se establezca un número significativamente mayor de mecanismos de coordinación. Como lo destacan Saltman y Figueras (1997: 78), “existe una necesidad particularmente urgente de incrementar la disponibilidad de las destrezas en materia de salud pública en aquellos países que están introduciendo reformas del sector de la salud basadas en el mercado”.

Las reformas del sistema de salud y el desarrollo de una infraestructura adecuada de salud pública serán exitosos “si se cuenta con suficientes profesionales y si se les capacita adecuadamente” (Saltman y Figueras, 1997: 78). El rediseño, la capacitación y el aprendizaje continuo serán la norma para los profesionales de la salud pública, independientemente de sus funciones. Las formas de remuneración cambiarán y las personas trabajarán en situaciones multidisciplinarias menos estructuradas. Los límites entre las ocupaciones se difuminarán y se asumirá responsabilidad por los resultados que a su vez serán mejor definidos, incluyendo como las responsabilidades comunales e individuales. (Angus y Turbayne, 1995).

## EFFECTOS DE LA REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

### Salud Pública

Un estudio realizado en nombre de la Asociación canadiense de salud pública por un estudiante del Programa de Maestría en Administración de Salud de la Universidad de Ottawa, impulsó esfuerzos dedicados a entender los efectos de la reforma del sistema de salud en Canadá enfocados desde el punto de vista de la eficacia y la

eficiencia global del sistema de salud pública, su alcance, calidad, provisión de fondos y dotación de personal, las funciones básicas de salud pública, y las repercusiones previstas de futuras reformas (Karpetz, 1997).

En general, la impresión expresada por los peritos en salud pública sugiere que las reformas no han tenido un efecto importante en los programas y servicios de salud pública. En aquellas jurisdicciones en las que los servicios de salud pública formaban parte de una organización regional de salud y, por ende, en las que los profesionales de la salud pública participaban en el proceso de toma de decisiones, las reformas sanitarias parecen haber tenido un efecto positivo en la eficacia y eficiencia global de los programas. Las nuevas estructuras regionales parecen permitir una mayor colaboración y labor mediante programas integrados (Karpetz, 1997).

Con respecto al alcance, calidad, provisión de fondos y dotación de personal, los sistemas de salud no han afectado de manera importante el alcance ni la calidad de los programas y servicios de salud pública; sin embargo sí parecen haber tenido un importante efecto negativo en la provisión de fondos y dotación de personal para dichos servicios (Karpetz, 1997).

En Canadá, las cinco funciones básicas de salud pública engloban lo siguiente: promoción de la salud, prevención de enfermedades, protección de la salud, vigilancia y control de enfermedades, y políticas públicas en pro de la salud. Los resultados del estudio indicaron que las reformas del sistema de salud han tenido las siguientes consecuencias:

- ⇒ un efecto positivo en la promulgación de políticas públicas en pro de la salud,
- ⇒ un efecto neutro en la promoción de la salud,
- ⇒ ningún efecto importante en las funciones básicas más tradicionales de salud pública como son la protección de la salud, la prevención de enfermedades y la vigilancia y control de enfermedades (Karpetz, 1997). Sin embargo, este resultado se pone en duda en cierta medida ante las iniciativas surgidas recientemente en Canadá y dirigidas a la modificación de las funciones reguladoras del estado.

En lo concerniente a los efectos de futuras reformas del sistema de salud, los profesionales de la salud pública en Canadá pronosticaban un resultado positivo hasta cierto punto en cuanto al alcance de los programas y servicios de salud pública, mientras que en el caso de la calidad no esperaban un efecto importante. No resulta sorprendente, especialmente dadas las restricciones fiscales de Canadá, que los profesionales de la salud pública canadienses opinaran que las reformas futuras tendrían un efecto negativo en la provisión de fondos y, por extensión, en la dotación de personal (Karpetz, 1997).

## FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Las reformas del sistema de salud han tenido importantes consecuencias en lo tocante a la formación de recursos humanos en el campo de la salud pública. Dado que la mayor proporción de gastos de funcionamiento de los sistemas de salud se destinan a cubrir costos de personal, el factor recursos humanos es crítico para el desarrollo de la infraestructura de salud pública y exige atención. Es importante considerar con especial cuidado la formación profesional, la convalidación de programas universitarios, la combinación de requisitos y varios mecanismos y estructuras de incentivos y remuneración.

A consecuencia de que en muchos países la planificación de los recursos humanos en el sector de la salud es inadecuada, en los sistemas de salud hay un exceso de médicos en nómina. Además de abordar el problema de la sobrecapacidad, hay que examinar el papel que cumplen los médicos en el sector de la salud pública, la división del trabajo entre los diversos profesionales de la salud pública, y la distribución general del personal. Sin duda, si han de tener éxito las reformas del sistema de salud, será necesario garantizar que se cuente con personal debidamente capacitado con las competencias necesarias. “Entre los sectores que requieren atención especial se incluyen la salud pública y la medicina general y familiar (es decir, atención primaria de salud), capacitación en administración y enfermería” (Saltman y Figueras, 1997: 241).

No se debe subestimar el papel clave que desempeñan las enfermeras en el sector de la salud. Ellas han sido y seguirán siendo “el punto más constante de contacto que tienen los pacientes con el sistema de atención de la salud y se les considera un recurso eficaz en función de los costos para el suministro de servicios de salud, en particular en los campos de la salud pública y de atención primaria de salud” (Saltman y Figueras, 1997: 241).

Además de abordar los temas relativos a los médicos y enfermeras, así como para facilitar el desempeño permanente de funciones nuevas y tradicionales de salud pública, es imperativo realizar esfuerzos dirigidos a tratar asuntos de recursos humanos en el sector de salud pública a lo largo de los años venideros. Según observó la Asociación Canadiense de Salud Pública (1993), las políticas de recursos humanos en salud pública deben ser formuladas en colaboración con las organizaciones correspondientes, y deben ser congruentes con las políticas y programas generales de salud ya existentes. Al armonizar las políticas se incrementará la probabilidad de que se logren los objetivos en materia de salud.

Lo mencionado apunta a la necesidad de abordar ciertos puntos claves. En primer lugar, aunque parezca evidente, en torno a la salud pública debe contarse con objetivos que constituyan el timón mediante el cual se guíe al sistema de salud pública. Las políticas en materia de recursos humanos para la salud pública deben basarse en los objetivos de dicho sector. De ahí que las estrategias y programas aplicados en el campo de recursos humanos deban basarse en las mencionadas políticas. Además, los planes y políticas de recursos humanos de salud deben ser de muy amplio alcance. Es

necesario considerar todos los elementos relativos a la planificación de recursos humanos del sector de la salud como son el suministro, la distribución, la retención y la contratación de trabajadores. El plan de recursos humanos del sector de la salud debe constituir una consideración importante en la planificación de servicios de salud y en la determinación de niveles de matrícula para lograr programas adecuados de instrucción y capacitación profesional. Otro factor importante es reconocer la necesidad de hacer mayor hincapié en la planificación a largo plazo. Si bien los gobiernos si llevan a cabo planificación de recursos humanos de salud pública de algún tipo, la mayor parte de dicha labor se concentra en la identificación de necesidades a corto plazo. Para que el sistema de salud pública funcione sin problemas, en particular en este difícil período de transición, será necesario abordar las necesidades de recursos humanos a largo plazo. Es necesario emprender la planificación desde un punto de vista multidisciplinario que garantice que la planificación en torno a recursos humanos del sector de salud pública no ocurra aislada de otras actividades de planificación y suministro de servicios. Por último, deben forjarse vínculos más estrechos entre (por lo menos) los sectores de salud, servicio social y educación a fin de tratar asuntos relativos a los recursos humanos del sector de la salud pública canadiense. Una mayor participación permitiría la elaboración de planes y estrategias de recursos humanos en el campo de la salud, que sean amplios y complejos.

Con respecto al papel crítico que desempeña el sector público, se subrayó la idea de que la participación gubernamental en el mercado laboral de trabajadores de la salud pública no tiene por qué entorpecer el proceso ya en marcha de descentralización de la planificación. Por ejemplo, los gobiernos provinciales y territoriales podrían fijar normas de dotación de personal y de servicio para guiar la planificación y el suministro de servicios por parte de las unidades de salud pública.

## CONCLUSIONES

La gestión del establecimiento de políticas en torno a la capacitación para el sector de la salud pública en el marco de la reforma del sistema de salud exige una variedad de destrezas. Una de dichas aptitudes clave es el análisis de políticas para el que son críticas las evaluaciones de entorno externo con el propósito de identificar posibles barreras y facilitar la implementación de las políticas. En esencia, se trata de una necesidad de entender los elementos que constituyen la administración estratégica, para lo que es importante saber fijar objetivos, delegar responsabilidades, valerse de la legislación y de los incentivos financieros, y establecer el ritmo del proceso de cambio y puesta en práctica de nuevas políticas.

## FIJAR OBJETIVOS

A fin de alcanzar la meta final y facilitar el consenso, es esencial definir objetivos explícitos al principio del proceso. Si esto no se hace, quizás la ejecución de los primeros cambios no se vea afectada pero, a la larga, la falta de objetivos claros podría

crear una fuerte oposición y, por ende, sería contraproducente para todo el proceso. Saltman y Figueras (1997: 262) señalan que “se definan o no los objetivos en lenguaje claro y sin ambigüedades o, por el contrario, sean definidos en términos que permiten diversas interpretaciones, dependerá en parte de si el gobierno cuenta con un fuerte mandato político y tiene confianza en su capacidad de llevar a término la reforma a pesar de encontrar oposición”.

## DELEGAR RESPONSABILIDADES

La medida en que los países centralicen-descentralicen sus sistemas de organización y administración influirá en el éxito que pueda tener la reforma del sistema de salud. Algunas jurisdicciones no poseen mecanismos claros, sino que dependen de incentivos legislativos y profesionales para la consecución de sus objetivos. Otras autoridades adoptan enfoques tecnocráticos a fin de emprender la implantación de reformas, por ejemplo, “por medio de la promoción de la necesidad de reforma (los aspectos referentes a relaciones públicas y mercadeo), la elaboración de procesos de consulta y el cultivo de alianzas con grupos inclinados favorablemente hacia la reforma (Saltman y Figueras, 1997: 262). Aun en el caso de este método, no deja de existir la necesidad de una sólida base de apoyo político, legislación e incentivos administrativos y financieros”.

## LEGISLACIÓN

La legislación es un mecanismo necesario pero que por sí solo no basta. “La promulgación de legislación adecuada (y relativamente clara y sencilla) en las primeras etapas del proceso puede facilitar en gran medida la reforma, aunque la vigencia de dichas leyes no garantice automáticamente la ejecución de las reformas. Las reformas apoyadas en reglamentos específicos son más fáciles de implantar, mientras que las que dependen de negociaciones entre diferentes grupos son mucho más difíciles de poner en práctica ... La legislación, si bien es importante, necesita del respaldo de otras medidas para producir el resultado deseado” (Saltman y Figueras, 1997: 263). Desde una perspectiva administrativa, es esencial saber cuándo y cómo valerse de estos medios legislativos así como de otras medidas.

## INCENTIVOS FINANCIEROS

Uno de los instrumentos más eficaces que pueden utilizar los administradores del proceso en el sector público son los incentivos financieros, tanto para iniciar el cambio como para mantener su vigencia. Por ejemplo, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales pueden suministrar recursos y modificar los mecanismos de reembolso a fin de sentar las bases para la utilización de los servicios de una amplia diversidad de profesionales de la salud pública en ámbitos de atención de salud, para crear sistemas pertinentes de administración e información, y para dedicar esfuerzos a la educación permanente.

## DETERMINACIÓN DEL RITMO DE CAMBIO E IMPLANTACIÓN DE NUEVAS POLÍTICAS

Los profesionales del campo de la salud pública tienen opiniones encontradas en lo referente al momento de decidir con cuánta celeridad realizar los cambios. En los casos en que las estructuras de gobierno y la voluntad política se encuentren firmemente establecidas y sólidas, la economía parezca relativamente sana, se cuente con un nivel razonable de apoyo de parte de los interesados más importantes y las estrategias de ejecución hayan sido elaboradas cuidadosamente, quizás sea factible optar por un proceso de cambio rápido y a gran escala.

Sin embargo, si no es probable que se reúnan las condiciones mencionadas, puede resultar más eficaz un "proceso de tipo más bien incremental, en el que el cambio se ponga a prueba al nivel local antes de elevarse al nivel nacional. De esta forma se obtienen más datos acerca de la eficacia de distintos modos de abordar el asunto, lo cual permite obtener mejores pruebas en las cuales basar decisiones con respecto a la eficacia de distintos enfoques, lo cual a su vez conduce a una mejor toma de decisiones" (Saltman y Figueras, 1997: 264). El resultado a largo plazo de este enfoque bien puede ser políticas socialmente más sostenibles y aceptables que las que es posible lograr mediante cambios a escala total. Sin embargo, debe hacerse hincapié en que el método incremental exige un alto nivel de consenso entre los principales interesados. De no contarse con dicho consenso, el ritmo más lento de cambio permitiría a los grupos de intereses más fuertes formar efectivamente una oposición y barreras al cambio. La estrategia que se ha de adoptar depende en gran medida de las características del país en el que se pretenda llevar a cabo los cambios. "La prueba que todo método deberá enfrentar será, por supuesto, demostrar su capacidad de lograr reformas de manera sistemática y sostenible. En este respecto, al igual que en otros dentro del marco de la reforma de los sistemas de salud, la tarea más difícil es la de lograr un equilibrio en el que la elaboración de políticas en función de sus resultados actúe como contrapeso a la idoneidad política" (Saltman y Figueras, 1997: 264).

Ya habrá quedado claro que el éxito en la implantación de reformas e iniciativas de educación en salud pública depende de la solidez de la capacidad administrativa y técnica con que se cuente, así como de la disponibilidad de información correcta y pertinente. En la ausencia de cualquiera de dichos elementos resulta difícil concebir cómo, desde un punto de vista práctico, se pueda lograr un progreso real. "En pocas palabras, si la infraestructura y las capacidades técnicas y administrativas necesarias para la reforma de los sistemas de salud no se desarrollan de manera conjunta con legislación y esquemas políticos, serán poco probables el éxito de los cambios y su sustentación" (Saltman y Figueras, 1997: 265).

## CAPACITACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD PÚBLICA: COMENTARIOS FINALES

Es necesario que los programas de enseñanza en el campo de la salud pública, además de formar profesionales de la salud pública, generen líderes y administradores, es decir, personas dispuestas a arriesgarse para tomar las medidas necesarias que permitan suministrar servicios de salud de forma eficaz, eficiente y equitativa.

Si los programas de instrucción en salud pública no son capaces de satisfacer esa necesidad crítica, se corre el riesgo de que, junto con otros elementos del sistema "tradicional" de salud pública, se vuelvan redundantes. El sistema se encuentra en un estado de transformación constante y cambio fundamental; de ahí que la instrucción en el campo de la salud pública deba cambiar también.

En resumen, ¿qué entraña esta capacidad de liderazgo que se pide a la instrucción en salud pública?

- ⇒ La capacidad y la dedicación para instrumentar cambios desde los niveles más básicos, lo cual por supuesto significa una interacción real con todos los interesados.
- ⇒ Desarrollar metas y objetivos compartidos.
- ⇒ Fuerza para tomar decisiones difíciles y tolerar niveles increíbles de tensión.
- ⇒ Pensar en función de resultados en torno a la salud, así como en el proceso.
- ⇒ Ser capaz de manejar cambios de gran magnitud.
- ⇒ Estar dispuesto a asumir responsabilidad, ser honesto y demostrar integridad y perseverancia.
- ⇒ Pensar en función de alternativas: ¡no caer en la trampa binaria!
- ⇒ No reaccionar de forma exagerada ni dar falsas alarmas, pues hacerlo conlleva el riesgo de perder credibilidad.
- ⇒ Pensar en función de intereses a más largo plazo que tengan en cuenta las necesidades del público, los proveedores y el gobierno.
- ⇒ Ser capaz de elevar el nivel de los programas comunitarios.
- ⇒ Formular normas eficaces y vincular la utilización de recursos a sus resultados en el campo de la salud: el líder o administrador de servicios de salud pública no sólo tendrá que ser eficiente sino que además deberá asegurarse de que el sistema produzca ruedas redondas y no cuadradas.
- ⇒ Capacidad de ponerse –por lo menos mentalmente– en el lugar de otras personas (ya sean médicos, administradores, empleados de hospitales, consumidores, etcétera, y hacer todo lo posible por moldear su situación según el concepto propio de lo que resultaría más grato). Ello significa

conseguir que dichas personas se conviertan en parte real del proceso de toma de decisiones.

⇒ Una gran disposición para la colaboración.

No se debe olvidar que existe una necesidad real de formar administradores de salud pública a nivel de posgrado. En la actualidad, no se está satisfaciendo esa necesidad en medida suficiente en las escuelas de salud pública. Una parte de los ajustes necesarios para la facilitación de este proceso exige que las universidades modifiquen sus incentivos de manera que el aspecto académico se incluya más fácilmente en los programas de capacitación profesional e investigación aplicada. Por último, existe una necesidad con respecto a la formación administrativa que es pertinente al sector de salud pública: este campo no puede contar con que los programas de posgrado en administración de empresas sigan satisfaciendo sus necesidades. Luego la pregunta que viene al caso es la siguiente: ¿Cuentan sus programas con las características que permitan cumplir estas tareas y formar los profesionales de salud pública que requieren las sociedades?

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Angus, Douglas E. and Elizabeth Turbayne (1995), Path to the Future: A Synopsis of Health and Health Care Issues, Canadian Nurses Association, Ottawa.

Canadian Public Health Association (1993), Public Health Human Resource Planning Program: Final Report (mimeo.), CPHA, Ottawa.

Karpetz, Heather (1997), Health Reforms: A Double-Edged Sword for Public Health in Canada, Research Project Undertaken for the University of Ottawa MHA Program and the Canadian Public Health Association, Ottawa.

Lalonde, Marc (1974), A New Perspective on the Health of Canadians, Health and Welfare Canada, Ottawa.

Saltman, Richard and Josep Figueras (Eds.) (1997), European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

# 5

---

## TENDENCIAS DE LA EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA<sup>14</sup>

---

### INTRODUCCIÓN

“Los estudios postgraduados en Salud Colectiva comparten con el sistema nacional sus éxitos y problemas, poseen un grado de madurez suficiente para promover las inflexiones necesarias a los cambios conceptuales y organizacionales que el momento histórico requiere, preservando su tradición ordinaria y reafirmando sus compromisos académico y social” Con esta consideración, Cecilia Minayo, resume un ambicioso proceso de evaluación del área, realizado en Brasil, durante los años 1995 y 1996, a solamente tres años, suficientemente actual para el momento presente.

Aunque no se pueda generalizar tal observación, empezando por el título de salud colectiva que es poco usado en el contexto hispano parlante, es posible admitir que los aspectos señalados indiquen en algún grado, una tendencia evolutiva, y encuentren eco, en términos más generales, en toda Latinoamérica.

En este caso, el hallazgo destaca una posición favorable que, hasta cierto punto, supera las expectativas resultantes de observaciones anteriores, de más largo plazo. Sorprende, incluso, el compartir con el sistema nacional sus éxitos y problemas y más aun la asertiva en cuanto al grado de madurez que hoy estará permitiendo a los posgrados ajustarse a los cambios conceptuales y organizacionales.

Este no era, por supuesto, el panorama de los años setenta, cuando la creación de ALAESP, ocasión en que las escuelas, encerradas en la rutina de la clásica salud

---

<sup>14</sup> Texto elaborado por un grupo de trabajo integrado por los Dres. José Luis Ferreira, José Roberto Ferreira y Jesús Rico Velasco, ALAESP; la Dra. María Helena Machado, FIOCRUZ; el Dr. Javier García de Alba, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México; y los Dres. Daniel López-Acuña, Rodrigo Barahona, Charles Godue, Laura Ramírez y Luis Ruiz, OPS; y presentado por el Dr. José Roberto Ferreira, ALAESP.

pública, parecían distanciarse de la realidad de los servicios y de las necesidades de la sociedad.

Desde luego, hay que tener en cuenta, que en este período, el número de escuelas y programas de formación y capacitación en salud pública ha crecido y se ha diversificado ampliamente, lo cual puede ser demostrado en 3 de los países de mayor porte en la región —Argentina, Brasil y México— en los cuales, partiendo de 2 instituciones en cada uno, al principio de los 70, se pudo constatar hoy en día, la existencia, respectivamente, de 52 programas en el primero, 25 en el segundo y 34 en el tercero.

Poco más de 50% de los programas en funcionamiento, que hoy ya sobrepasan de una centena, han sido establecidos en los últimos 10 años y, no sólo los más nuevos tienden a ajustarse mejor a la situación local, sino que algunos de ellos pueden servir de motivación para el cambio de los más tradicionales, en todo caso, prevalece la preocupación de acercarse a la realidad concreta del sector para justificar mejor su existencia. Se han expandido y consolidado los cursos de maestría y los programas de doctorado tanto en los departamentos de medicina preventiva y social como en las escuelas de salud pública. Concomitantemente, ha habido una gran ampliación de la oferta de cursos de especialización, perfeccionamiento y actualización. Igualmente, se han establecido programas de capacitación, con la creación de residencias en salud pública y núcleos con concentración de recursos orientados a reforzar la gestión en los servicios.

De mayor significado, en este desarrollo, ha sido la creciente incorporación de las ciencias sociales en el quehacer de la educación en salud pública, lo cual, sin perjuicio de la orientación biologicista predominante, viene tratando de articularse con ella, en una evolución del abordaje eminentemente técnico hacia otro que involucra la acción política, realizando el ejercicio del poder decisorio y un mayor potencial de participación social en el sector.

Este fenómeno, ya observado en forma incipiente en algunos países de la Región (especialmente Chile y Argentina), se acentuó en los departamentos de medicina preventiva de unas pocas facultades de medicina, para luego pasar por una rápida diseminación, estrechamente asociada a un mayor potencial de investigación en algunas de estas instituciones. Esta apertura, involucró inclusive a las escuelas de salud pública más antiguas, en un proceso que se acompañó de una amplia capacitación de los equipos docentes y expansión de sus cuadros de maestros y doctores, ahora también incorporados en un mayor esfuerzo de investigación.

Aún, sin intentar un análisis detallado de ese proceso evolutivo puede plantearse la hipótesis de que él haya contribuido para la conformación de un contingente de líderes que, aun conviviendo con regímenes totalitarios que en aquel entonces predominaban en la región, fueron capaces de avanzar en estudios de mayor profundidad y, en algunos casos, sentar las bases de reformas sanitarias relacionadas con el planteo de la estrategia de atención primaria de salud y de la meta de salud para todos, propuestas por la OMS.

Más recientemente, ya en el ámbito de la democratización y, bajo la influencia de los cambios macroeconómicos y de la reorientación del rol del Estado, entró la Región en el proceso de la Reforma Sectorial. Con su sesgo neoliberal, la reducción del tamaño del Estado, busca, en el caso del sector salud, superar la crisis financiera generada por la espiral inflacionaria del costo de la atención curativa/individual pero, incorpora elementos planteados en la reforma sanitaria, referida anteriormente, incluyendo la amplia descentralización del sector con grado variable de autonomía al nivel municipal y participación social, con mayor control de las acciones de salud a este nivel.

En este contexto podemos, en el momento actual, entender la observación, referida al principio de esta intervención, al encontrarnos, por lo menos las escuelas de salud pública de mayor desarrollo, con un cuerpo docente de alta titulación, ya más dedicado a la investigación, y que comparte con el sistema de servicios de salud sus problemas y orientaciones, y participa en el proceso de ampliar la capacidad de gestión en un sector que trata de descentralizarse.

## LA ÚLTIMA DÉCADA

Con estos antecedentes, entramos a la consideración de la década más reciente que en el caso de América Latina, empezó con el reconocimiento del avance insuficiente de los países en el campo de la salud, demarcado por “la incapacidad de las sociedades de promover y proteger su salud en la medida en que sus circunstancias históricas lo requieren”.

La crisis, que en los E.U.A. ya se venía debatiendo desde 1974 a partir de una iniciativa del Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias, parecía resultar de la inercia al aferrarse al “status quo” frente a la sensación de cambio inminente y de la necesidad de que la salud pública transite hacia un “nuevo espacio potencial”. De ahí se generó un movimiento continental orientado a revisar su teoría y práctica como un todo, en la búsqueda de nuevos referentes para el servicio, la educación y la investigación.

El debate que antecedió y luego siguió a este planteamiento se desarrolló a lo largo de 8 años, involucrando especialistas de todos los países de la región y un sin número de reuniones y publicaciones, viniendo a culminar en la Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública, realizada en Río en 1994.

En esta oportunidad se aprobó una Declaración resaltando que “el papel de la salud pública consiste en fortalecer la capacidad de la sociedad para construir su salud y realizar completamente su potencial humano” y se enfatizó la promoción del desarrollo local con la descentralización del poder, en el contexto de la reforma sectorial. Para esto, y, a efecto de participar más efectivamente en la educación en salud pública, se señaló que las instituciones tendrían que enfrentar varios desafíos, entre los cuales:

- ⇒ el desarrollo de una nueva ciencia basada en un nuevo entendimiento de la salud;

- ⇒ el establecimiento de un sistema de valores basado en la equidad, sustentabilidad y democracia;
- ⇒ el fortalecimiento de las relaciones entre los trabajadores y las comunidades locales, involucrando el cuerpo docente y los estudiantes;
- ⇒ el fortalecimiento de la enseñanza interdisciplinaria;
- ⇒ la búsqueda de un equilibrio entre la enseñanza, la investigación y la práctica de los servicios.

Todo esto contribuyendo para el debate que se generalizaba en la región, acerca del agotamiento del paradigma de salud vigente y la discusión que se siguió en los países desarrollados, sobre la nueva salud pública, conducente a la caracterización de lo que se está llamando funciones esenciales de la salud pública.

En este intento de recoger opiniones en la región, sobre los principales elementos que han influido en el pensamiento y la acción en salud pública, en el pasado reciente, aunque se haya quedado muy lejos de cubrir un universo suficientemente representativo, se pudo observar lo que sigue:

En primer lugar, de hecho constituye el telón de fondo de todo el “desarrollo” contemporáneo, la repercusión de la crisis económica, vivida con mayor intensidad en los años ochenta y reduciéndose en la presente década pero, que puede considerarse como nunca realmente superada, en la medida que recrudece ahora con gran intensidad. Su consecuencia, más extrema y general, se evidencia en el aumento de la pobreza, afectando en el contexto de la salud, el aumento de ciertas enfermedades, unas nuevas y otras que se creían superadas y contribuyendo para el deterioro de los servicios. El ajuste económico sólo agravó esta situación, en la medida que se contrapuso a los enfoques más equitativos promovidos después de Alma-Ata. Todavía, no ha sido suficiente la concesión de una nueva prioridad a los sectores sociales, que empezaba a ser promovida en un intento de ajustar los efectos de la primera “ola” de enfoques eficientistas neo-liberales.

Sin embargo, ha sido posible registrar opiniones positivas reflejando ideas fuerza que marcan el desarrollo de salud pública en este período, las cuales se pueden agrupar en tres categorías:

- ⇒ aquellas relacionadas a valores básicos fundamentales, incluyendo la equidad y el compromiso social con la democratización de la salud, en cuyo contexto se destaca la preocupación con la reducción de las desigualdades sociales (planteo incorporado ahora por el FMI), todo esto, bajo la óptica de nuevas formas del bienestar social;
- ⇒ en un segundo nivel los cambios estructurales, incluyendo la reforma sectorial ya referida, con el refuerzo del papel del Estado en la reglamentación, financiamiento y descentralización llevando al nivel municipal a alcanzar el máximo de su autonomía, donde mayor capacidad gerencial, y un mayor control social sobre las acciones de salud; y

- ⇒ finalmente, un tercer grupo relativo a los determinantes de la salud y la adopción de mejores prácticas para una mejor calidad de vida transformación del perfil de morbi-mortalidad; proposición de modelos asistenciales basados en la producción social de la salud y en la concepción de vigilancia en salud; y, énfasis en la prevención y promoción de la salud, con la práctica de ambientes saludables, bajo la óptica de la intersectorialidad y de los cambios de estilo de vida a nivel individual y colectivo.

Igualmente, ha sido posible detectar orientaciones relativas a la enseñanza de la salud pública que acompañan y fortalecen las ideas-fuerza apuntadas en el desarrollo de la salud, incluyendo dos tipos de influencias:

- ⇒ las primeras relativas a la calidad de la enseñanza, buscan vincular el aprendizaje a la práctica de los servicios, en especial a nivel local; tratan de incentivar la realización de investigaciones estratégicas; y, dan énfasis a una mayor participación política en el curso de la formación; y
- ⇒ el segundo grupo, más relacionado al ajuste del potencial del aparato formador a la mayor demanda por estudiar salud pública, propugna por la descentralización de la enseñanza, por la enseñanza a distancia con énfasis en el aprendizaje autónomo y en un abordaje metodológico centrado en el alumno y basado en problemas.

## EDUCACIÓN

A partir de las ideas-fuerza observadas, se vienen evidenciando tendencias innovadoras en la dimensión educativa que afectan a la oferta y contenidos educativos, al abordaje metodológico y a las relaciones con los actores (profesores y alumnos).

La oferta educativa ha sido la más afectada, primero con la diversificación de los tipos de programas, tanto en los de orientación académica (maestría y doctorado), como los más profesionalizantes (residencias, especializaciones, perfeccionamientos, actualizaciones y capacitaciones varias). El predominio de algunas de estas modalidades está en función de un más estrecho acercamiento, sea con la investigación, con la docencia propiamente dicha, o con el servicio, siendo que este último parece ser el más marcante, llegando, incluso, en algunos casos, a promover combinaciones cruzadas de cursos académicos con orientación profesionalizante.

Otra línea de innovaciones, corresponde a la aparición de actividades docentes interinstitucionales, llegando en determinados contextos al establecimiento de redes multi-institucionales, entre las cuales puede citarse el ejemplo de Brasil con la Rede — Escola de Gobierno en Salud— proyecto que trata de aprovechar el recurso más capacitado de varias instituciones para el desarrollo de programas y materiales de instrucción y luego, utiliza los miembros de la red en la diseminación de los cursos descentralizados, en una escala de captación masiva de grandes contingentes del alumnado.

En por lo menos un caso, hubo mención a la posibilidad de desarrollo de un programa de formación en salud pública a nivel de pregrado, que podría llevar al grado de Bachiller o Licenciado en Salud Pública, experiencia todavía no realizada. Otra variante importante, se refiere a las áreas de concentración ofrecidas, las cuales presentan más aperturas con tendencia especializada, en campos como salud ocupacional, salud mental, políticas públicas, salud internacional, toxicología, ambiente, etc., además de las clásicas áreas de epidemiología y administración de salud.

Igualmente, merece destacarse la incorporación de nuevos contenidos en los currícula de salud pública, resaltándose en los aspectos disciplinares, una mayor importancia a la ética y la bioética; la introducción de interpretaciones más modernas en el campo de las ciencias sociales; un mayor énfasis en la epidemiología aplicada a los servicios de salud, en la misma línea que favorece la profesionalización; la incorporación de análisis cuantitativos más elaborados en los abordajes epidemiológicos; una amplia diversificación de la gestión, incorporando aspectos relativos a la economía de salud, refuerzo del liderazgo y evaluación de los servicios, entre otros, e involucrando contenidos que posibilitan la gestión de los “fines”, direccionados a la conducción política del sistema (governabilidad), en asociación a los aspectos más tradicionales para la gestión de los “medios” (governanza).

Todavía, son incipientes en América Latina, con excepción de Chile, Puerto Rico y algunas incursiones realizadas en México, Colombia, Costa Rica y Brasil, los programas relativos a la promoción de salud, pasando por abordajes innovadores en comunicación social y utilización de nuevos tipos de agentes, que asumen funciones de promoción, más directamente en contacto con las comunidades. En este campo, la acción intersectorial que demanda el desarrollo humano y ambiental sostenible conduce a un enfoque interdisciplinar correspondiente a toda la gama de determinantes de la salud.

Entre los avances metodológicos se destaca, aunque poco desarrollada, la tendencia al desplazamiento de la conducción del proceso de enseñanza y aprendizaje del profesor hacia el alumno, otorgando a este último una mayor autonomía en la dirección de su propia formación. Esta estrategia se insinúa en cursos modularizados incluyendo la enseñanza semipresencial y muy especialmente, la educación a distancia, que empieza a ganar más importancia en el contexto de la descentralización y de la rápida ampliación del mercado potencial al nivel municipal que se viene abriendo a las escuelas. En este ámbito, se amplía la utilización de distintos tipos de media, como la televisión y el internet, diseminando materiales de autoaprendizaje.

Se integra en la orientación pedagógica, el abordaje de la problematización, utilizado ya sea en cursos regulares o en actividades de reforzamiento periódico o actualización. En ambos casos constituyéndose en el método de educación permanente, así llamado, no por su vinculación a la continuidad temporal del proceso, sino por su incorporación —para toda la vida del profesiona— de un enfoque estratégico que le permite orientar su propio desarrollo. Tal proceso se centra en la actividad de rutina, la cual trata de problematizar en la misma realidad en que se esté actuando, buscando la superación de esta actividad y del desempeño profesional.

En el plano de los actores, especialmente los docentes, observase menor uniformidad en la región, con el crecimiento de este grupo y ampliación del número de maestros y doctores, actuando a tiempo completo, en unas pocas instituciones, pero, con el predominio del extremo opuesto, con la reducción del profesorado que trabaja a dedicación exclusiva y aumento de los de tiempo parcial, para los cuales la docencia no representa la ocupación principal.

Por otro lado, como ya indicamos antes, el público-objeto de los programas de capacitación se ha ampliado, siguiendo la misma tendencia de descentralización del manejo de los servicios hacia los niveles municipales, a punto de la demanda superar en ciertas situaciones la oferta ya aumentada de las escuelas. Cambia, igualmente, la demanda en relación al tipo de profesional que hoy busca estudiar salud pública, los cuales, antes procedían fundamentalmente de la medicina, por cuanto hoy incluyen enfermeros, antropólogos y sociólogos e incluso administradores. Otra característica de esta demanda, esta dada por el predominio de personal que ya está ocupando puestos de gerencia en los servicios, y estos —los servicios— están hoy absorbiendo mayores contingentes de egresados de las escuelas de salud pública que el sector académico.

Una demanda muy específica esta surgiendo con relativa fuerza, y consiste en la búsqueda de orientación en salud pública, predominantemente en vigilancia epidemiológica y promoción de la salud, para la formación de los profesionales que se incorporan al Programa de Salud de la Familia.

En todo este amplio rango de alteraciones, que incluye innovaciones, cambios y hasta transformaciones importantes, queda difícil caracterizar un modelo de desarrollo predominante en la formación de salud pública, sin embargo, se puede, adoptando parámetros extremos, indicar algunas tendencias evolutivas, que incluyen:

- ⇒ un mayor equilibrio entre la orientación académica y la profesionalizante;
- ⇒ la evolución de la educación centralizada hacia la micro regionalizada;
- ⇒ de la autosuficiencia hacia la asociación y establecimiento de alianzas;
- ⇒ de las prácticas pedagógicas tradicionales a orientaciones que combinan prácticas presenciales innovadoras con uso variado de media y abordajes metodológicos de autoaprendizaje y problematización;

Todo esto, apuntando hacia una tendencia a avanzar de la escuela real a la escuela virtual, en una situación en que la escuela no más tiene que reproducir el conocimiento, sino que es ella misma, la vida y el trabajo, siendo necesario solamente el manejo de estrategias facilitadoras y el desarrollo de materiales de apoyo para el aprendizaje.

## INVESTIGACIÓN

Las limitaciones que ha enfrentado la investigación en las escuelas de salud pública, fueron referidas por Chorny, en un estudio realizado por la OPS al principio de

la presente década, “como consecuentes a la generalidad de los conocimientos impartidos por estas instituciones, a la preponderancia de la formación teórica sobre la práctica, y al permanente desfase entre los conocimientos manejados en salud y aquellos provenientes de otras áreas del conocimiento, que les dan sustento, haciendo que muchas veces en este campo se trabaje con conceptos que ya han sido dejados de lado por las disciplinas que les dieron origen”.

En otra parte de este trabajo, al referirse a la crisis de paradigmas que enfrenta la salud pública, se considera que “ es ahí que la investigación aparece como uno de los instrumentos posibles para apuntar caminos que permitirían superar la crisis”. En la práctica, lo que se observa es que esto sólo está efectivamente ocurriendo en los ámbitos más desarrollados, adonde, en el contexto de la investigación, los aspectos explicativo-causales se redondean con la comprensión de los procesos.

Los temas relacionados con las condiciones y los estilos de vida, muy centrales en la revisión paradigmática; además de los temas de salud física, mental, ambiente, adolescencia, tercera edad, etc. convergen y se mezclan planteando pesquisas y preguntas originales, que abren nuevos horizontes en la investigación en salud. Sin embargo, esto sigue siendo la excepción, que caracteriza un pequeño número de programas más avanzados.

El mismo autor señala, que “en la última década los programas de postgrado buscaron desarrollar mecanismos que permitiesen integrar las diversas áreas del conocimiento, al mismo tiempo que, con el fin de mejorar la calidad de la producción científica, intentaban intensificar la formación y la preparación de docentes.” “La información disponible señala que a pesar de los esfuerzos realizados persisten problemas y dificultades, destacándose entre los más importantes: la preparación inadecuada de buena parte del cuerpo docente, la expansión del acervo bibliográfico no accesible a las escuelas, y el apoyo financiero insuficiente para la ejecución de los proyectos de investigación”. Este último punto, es importante que se diga, parecería no depender exclusivamente de la escasez de recursos, sino que puede estar también relacionado a políticas externas que valoran más una normatividad biomédica que descalifica enfoques localistas y socioculturales.

Así mismo, se observan avances que merecen ser referidos, empezando por la tendencia a la composición de grupos de investigación, superando la práctica del investigador individual de antaño, permitiendo un trabajo multidisciplinario, y en algunos casos multicéntrico, involucrando distintas unidades o institutos, usualmente más asociados con los programas de doctorado.

También en la orientación temática se han observado importantes cambios que incluyen, de un lado una mayor diversificación de líneas de investigación, y de otro, un enfoque predominante de la realidad puntual, en sus diferentes ámbitos y dimensiones, a diferencia del período anterior que privilegiaba abordajes más extensivos. Una tendencia, que surge en los últimos tiempos, es la promoción de una investigación estratégica procurando dar respuesta a problemas del sistema de salud y desarrollar

tecnologías y metodologías aplicables al análisis de la situación de salud y a la intervención en salud pública.

Los temas más comúnmente presentes en la agenda de investigaciones incluyen los relativos a violencia y su impacto en salud; evaluación y gerenciamiento de salud ambiental; desigualdades sociales, calidad de vida, ciudad y salud; investigación-acción para desarrollar estrategias y métodos apropiados para la planeación de políticas intersectoriales para la promoción de la salud; evaluación y gerencia de riesgos y procesos de trabajo; proceso de decisión de políticas públicas y salud; práctica social de los Consejos de Salud; evaluación de impacto del incentivo a la participación popular en el control social de los servicios de salud, entre varios otros.

Tal diversidad destaca el carácter multidisciplinar de la salud pública y lleva a considerar el potencial integrador de la investigación, articulando realidades científicas, políticas y socio-culturales. Ya no es posible limitar su desarrollo a la labor académica del profesor o tenerla como importante orientación metodológica en el desarrollo del doctorado en salud pública. Se observa en varios contextos, la introducción de la investigación como eje de la formación postgraduada en general, desplazando otros temas, como el estudio tradicional de la comunidad, sobre todo en aquellos programas cuya tendencia no es profesionalizante ni generalista. Por otro lado, asume esta práctica mayor transcendencia en la medida que, como fue referido anteriormente, encuentra cada vez más aplicación en los mismos servicios de salud, llegando, inclusive, a envolver en su desarrollo el personal que actúa en este nivel.

## VÍNCULOS ACADEMIA –SERVICIOS DE SALUD

Al empezar esta presentación, con la mención a la acción compartida de los postgrados de salud pública con los sistemas de servicios y re-enfatizar esta relación con referencia a situaciones concretas en las actividades educacionales y de investigación, estamos llamando la atención para un tipo de relación diferente de lo que se observaba hacía poco más de una década.

Aquí se pueden distinguir dos tipos de relaciones, una que corresponde a estructuras más tradicionales y mantiene el alejamiento de antaño o se limita a buscar una relación exclusivamente en provecho propio, la cual se considera de interés para la docencia; y, la otra, intermediada por factores que caracterizan estructuras más modernas, tanto al nivel de la academia como del servicio, destacándose en este último las relacionadas a la reforma sectorial, con la descentralización y mayor participación social.

Estos vínculos se establecen en una gran variedad de situaciones, destacándose los que se relacionan con los *programas educativos*, los que se dan en función de las *iniciativas de promoción de la salud*, y aquellos involucrados con la *acción política y de creación de opinión* en la propia comunidad.

## EL VÍNCULO CON EL SERVICIO EN LA EDUCACIÓN DEL PERSONAL

La relación, que podríamos caracterizar como moderna, no está estrictamente enfocada a la utilización de los servicios como campo de práctica, aun que pueda incluir este cometido, pero intenta dar respuesta a la expansión de la demanda de gestores, introduciendo nuevos contenidos sobre programación local, financiamiento, vigilancia en salud, regulación y control, todos necesarios para el nuevo orden que se quiere implantar en todo el sistema. En este contexto los vínculos ya no se establecen solo a través de asignaturas específicas, para el desarrollo de las tesis o trabajos de investigación de los estudiantes de posgrado, o para las rotaciones programadas como parte de la práctica asistencial. Las instituciones académicas ahí pasan a tener una posición de mayor liderazgo ofreciendo su potencial en la búsqueda de soluciones para los problemas que enfrentan los servicios, sea para la capacitación del recurso humano incorporado sin la formación adecuada, sea para la realización de estudios estratégicos e investigaciones operacionales.

La orientación de Escuela de Gobierno, recién adoptada en Brasil, corresponde a este abordaje, no tratando de indicar con este nombre una relación de pertenencia e interacción pasiva con las soluciones del Gobierno de turno, sino ejerciendo liderazgo en el ámbito de la nueva agenda sectorial con una respuesta propositiva a las exigencias de capacitación del moderno gestor de sistemas, servicios, organizaciones y programas, cooperando en la implantación de abordajes innovativos y en la formulación y evaluación de políticas en general.

En otros países, como es el caso de Colombia, el vínculo entre academia y servicios está reglamentado de manera legal a través de los convenios docente-asistenciales establecidos por la ley, que en un principio se aplicó a las escuelas de medicina, y por ende integrando sus departamentos de medicina preventiva, pero que posteriormente se amplió a otras escuelas como enfermería, rehabilitación, laboratorio clínico y las propias escuelas de salud pública.

Las respuestas de las escuelas en cuanto a la capacitación en áreas específicas, para perfeccionamiento y/o actualización, siguen, en general el patrón de la educación continuada, tratando de renovar competencias para el ejercicio de la práctica convencional, sin embargo, ya se observa, en algunas situaciones, como referimos anteriormente, la incorporación del abordaje de la educación permanente, mas centrada en la realidad de los servicios y tratando de corregir las distorsiones entre esta y la educación formal, pudiendo llegar a la propia transformación de la práctica.

Nunca será demás destacar el mayor acercamiento entre el aparato formador y los servicios de salud, en los diferentes niveles de acción que se van consolidando con la descentralización, o en programas y proyectos especiales que promueven ambientes saludables (municipios/ciudades saludables), en ambos casos constituyéndose en situaciones favorables para un trabajo conjunto y más eficiente.

## PROMOCIÓN DE SALUD Y ACCIÓN COMUNITARIA

En el contexto de la promoción de la salud, con el énfasis en la acción intersectorial, las políticas públicas saludables y el “empoderamiento” de la población, la interacción social de las escuelas que incorporaran este enfoque, se ha incrementado de forma significativa, a través de programas que buscan la expansión de las posibilidades de trabajo y renta, que buscan desde la conservación del ambiente hasta la mejoría de la vivienda, que amplían la oferta de servicios de salud propiamente dichos con la cobertura de acciones de protección, prevención y atención de salud, y con el estímulo a actividades de educación y recreación en el seno de la comunidad.

Un abordaje bastante novedoso en este campo, se ha podido observar con la iniciativa de una Institución pública en apoyo a la formación de una Cooperativa, manejada por la comunidad, a través de la cual, la propia escuela de salud pública pudo terciarizar una serie de actividades de servicios generales, creando nuevos empleos para la población carente de la zona de influencia. Otro aspecto a que se ha dado grande importancia en esta área es el acceso a las informaciones, para lo cual se ha trabajado con salas de situación accesibles a los profesionales de salud y a la comunidad, en el monitoreo de las metas movilizadoras de los sistemas micro-regionales de servicios de salud. En por lo menos una institución se ha creado un Centro de Análisis de la Situación de salud, que actúa con este objetivo.

La participación de la academia en todo este esfuerzo de introducción de un abordaje macro de la promoción de la salud vinculado con los servicios, se complementa, aunque en forma bastante incipiente, con el desarrollo de agendas de investigación, que son trabajadas con los servicios y las mismas comunidades, buscando demostrar la efectividad de la promoción; reforzar la importancia de la pesquisa participativa; analizar cuestiones metodológicas; y transferir para la aplicación práctica los conocimientos obtenidos sobre la producción social de la salud.

## ACCIÓN POLÍTICA Y CREACIÓN DE OPINIÓN

La participación de las escuelas en la acción política en salud se ha incrementado, después de la apertura democrática en los países latinoamericanos y, aun admitiendo que en ciertas situaciones el discurso puede estarse volviendo cada vez más técnico y poco político, todavía se encuentra una actuación política que incluye desde un nivel macro relacionado con los niveles jerárquicos superiores hasta la acción directa en la propia comunidad.

En Brasil se ha observado una importante interacción con el Congreso Nacional influenciando la formulación de la nueva Constitución en los aspectos relativos a la salud, además las escuelas participan en las audiencias públicas en las Asambleas Legislativas y mantienen contacto con los Consejos de Salud, en los niveles estatal y municipal y, con otros segmentos de las comunidades, que refuerzan la ciudadanía y la democratización, promoviendo políticas de concientización y deberes de los ciudadanos.

En este ámbito se ha conformado un Programa —Red de Educación Popular y Salud, integrando las instituciones formadoras con los servicios y, por medio de ellos con segmentos de la sociedad civil, compartiendo conocimiento en salud y reconociendo e incorporando el saber popular, con el objeto de apoyar, en último análisis, una más efectiva participación social en las decisiones de los órganos colegiados al nivel local.

Una otra promoción innovadora, influenciada por la academia, ha sido la constitución de un Consejo de Desarrollo Sustentable, en apoyo a la acción intersectorial en busca de la calidad de vida, incluyendo la participación de la comunidad y de las instancias de gobierno correspondientes, con la responsabilidad de definir prioridades y acompañar los esfuerzos realizados.

En Colombia hay un movimiento de defensa de la salud pública en general que no depende de la academia. Además, existe también un movimiento de Salud y Paz, y ambos buscan identificar las cuestiones y puntos más comunes, rescatando la idea de que la salud es un deber del Estado y derecho ciudadano. Es también una respuesta a las tendencias neoliberales, donde cada vez más el Estado tiene menos participación y responsabilidad.

En México se forman los colegios de salud pública, que además de certificar los títulos profesionales, establecen foros permanentes de debate y desempeñan la función de interlocutor frente al Estado.

De un modo general, las escuelas han buscado acompañar y ayudar la elaboración de leyes, normas, y proyectos orientados al desarrollo de la salud. Sin embargo, la opción metodológica de trabajar predominantemente en los niveles municipales o locales, consecuente con la descentralización, puede condicionar la pérdida de la visión general e histórica, más amplia de los problemas de salud.

## LOS PARÁMETROS DE LA CRISIS

A partir de todo este análisis es posible puntualizar los aspectos más marcantes que, en este campo, condicionan las instituciones a aferrarse al “status quo” o a avanzar hacia un nuevo espacio potencial.

Entre los primeros que caracterizan las posiciones más conservadoras, se destacan:

- ⇒ la baja visibilidad de la salud pública frente a la atención médica y poca valoración de la formación en salud que, a veces, se mantiene subordinada a la carrera médica;
- ⇒ la deficiente formación ética y humanística de las profesiones de salud y el énfasis en la especialización médica, con gran distanciamiento de la realidad de servicios y de las necesidades de salud de la comunidad;

- ⇒ la crisis de la producción de conocimiento y de los paradigmas que informan la práctica académica, inadecuados para redefinir las prácticas de salud pública y los modos de intervención sobre la salud;
- ⇒ las limitaciones de los profesores, en cantidad y calificación para la diversidad de acciones y programas a ser desarrollados en la docencia;
- ⇒ la relativa falta de compromiso y, en algunos casos descalificación de los docentes, para actuar en los servicios, especialmente tratándose de un nuevo modelo de atención;
- ⇒ la retracción del financiamiento en general, afectando en especial el potencial esfuerzo de investigación en el área;
- ⇒ las dificultades culturales y metodológicas en la implantación de innovaciones pedagógicas y la insuficiencia de recursos instruccionales para hacer frente a la ampliación y diversificación de actividades que requieren las nuevas orientaciones del proceso de enseñanza y aprendizaje;
- ⇒ inadecuación de los currícula y contenidos a las necesidades de salud locales;

Sin embargo, a estas deficiencias relativas se contraponen una otra serie de factores que vienen posibilitando el avance de las escuelas y su efectiva participación en el desarrollo de la salud, los cuales señalamos a continuación:

- ⇒ resalta, en primer lugar, la influencia de los mandatos y planteamientos internacionales, incluyendo las Conferencias de Cúpula de Naciones Unidas, las Declaraciones sobre Desarrollo Humano y Promoción de la Salud y el proceso, más reciente, de revisión de la teoría y práctica de la salud pública y caracterización de sus funciones esenciales;
- ⇒ los nuevos paradigmas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades y el desarrollo de las ciencias sociales en salud, incluyendo los avances en el campo de la ética y la bioética, cuestionando los enfoques centrados en los modelos asistenciales y curativos de las décadas pasadas;
- ⇒ el redimensionamiento del rol del Estado y la reforma sectorial, con la descentralización y reorientación del proceso de gestión, presionando sobre las escuelas para desarrollar una nueva agenda política con innovaciones en la relación academia-práctica y ampliación de la demanda por capacitación;
- ⇒ nuevos tipos y características de los profesionales que buscan capacitación en salud pública llevando a la flexibilización de los contenidos programáticos y mayor ajuste a las condiciones de los sitios de trabajo;
- ⇒ el reconocimiento de una problemática social más diversificada que afecta la salud y de la aparición de nuevas enfermedades de prevalencias sobresalientes en la población o la reaparición de otras aparentemente controladas;

- ⇒ nuevas iniciativas o estrategias educacionales, alianzas y coaliciones interinstitucionales y la posibilidad de programas ajustados a los acuerdos geopolíticos subregionales;
- ⇒ la variedad de enfoques metodológicos que combinan prácticas presenciales con situaciones de auto-aprendizaje, utilizando sistemas modularizados de educación a distancia y los amplios recursos de la tele-informática;
- ⇒ mayor acercamiento al servicio, no solo como campo de práctica, sino como objeto de trabajo, capaz de transformar la realidad de salud a través de la reorientación de la práctica;
- ⇒ y, la amplia actuación de las escuelas en el contexto político, en las más variadas formas, incluyendo desde la promoción de la educación popular y concientización ciudadana, hasta la introducción de mecanismos de acción colegiada que favorecen mayor participación en la toma de decisiones.

De la aproximación de las instituciones existentes a algunos de los patrones señalados en las dos series de parámetros, parece resultar una gran variedad de modelos organizativos y esquemas programáticos, diferenciándose todos de la visión tradicional de la escuela de salud pública, en sus orígenes.

La primera disociación importante entre instituciones vinculadas a los ministerios de salud y las dependientes de las universidades ha evolucionado para otras modalidades relacionadas con grupos corporativos, asociaciones, instituciones de seguridad social, secretarías de salud a nivel provincial, etc. El vínculo, casi exclusivo, con las facultades de medicina sufrió una diversificación que pasó a incluir escuelas de administración pública y de empresas, institutos de ciencias humanas o escuelas de sociología, y facultades de ingeniería y, hasta de arquitectura.

En la I Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública, la ponencia introductoria, de Rodolfo Rodríguez, planteaba "el fortalecimiento del proceso de diferenciación con las facultades de medicina, a través de la transformación de su estructura formal tendiendo a la generación de redes institucionales agregadoras de valor, basadas en la transdisciplinariedad, la flexibilidad, la desestructuración de roles y el desarrollo de la investigación aplicada.

Tal proposición era a un mismo tiempo la percepción de una tendencia que se venía delineando, aparentemente con mayor potencial de éxito, y la proyección de la visión de un futuro, centrado en una mayor autonomía y autosuficiencia para un desarrollo sostenible.

De hecho, se vienen destacando, cada vez más, los posgrados autónomos, independientemente de su vínculo con la universidad o con los servicios y, bajo la designación de escuela, instituto o facultad, siempre y cuando cuenten con la posibilidad de captar recursos y desarrollar sus cuadros docentes y de investigadores, con menor dependencia biomédica y con orientación netamente interdisciplinaria.

Esta misma autonomía es que viene posibilitando a cerca de 10% de los centros académicos de salud pública de mayor desarrollo en América Latina destacarse con una programación de capacitación, investigación y cooperación técnica y proyectarse en sus respectivos países como entidades que influyen la salud en una dimensión verdaderamente intersectorial.



# 6

---

## IMPLICACIONES DE LAS REFORMAS SECTORIALES Y LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA EN LA EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA EN LAS AMÉRICAS<sup>15</sup>

---

### INTRODUCCIÓN

Uno de los temas que surge de las demandas de educación en salud pública en los países de América Latina y el Caribe en la actualidad es el rol que actualmente juegan las escuelas de salud pública en el quehacer en salud, cuál es su aporte a la elaboración de políticas sectoriales y cuán cerca se encuentran de los problemas que enfrenta la atención de salud. En síntesis, cuál es hoy la importancia de estas entidades en el sector salud de los países de la región.

Con relación a lo anterior, este documento pretende someter a la opinión de los lectores dos planteamientos: en primer lugar, que *“algo ha estado ocurriendo”* en el sector salud en los países de la región, algo que ha cambiado la visión de cuáles son los problemas más importantes a resolver en materia de salud pública y ese algo es el proceso de reformas en salud. Y en segundo lugar que, aún cuando pareciera que algunas escuelas de salud pública de la región se han quedado fuera de la mesa de

---

<sup>15</sup> Texto elaborado por un grupo de trabajo integrado por el Dr. Michael Gemmel y la Lic. Elizabeth Weist, ASPH; el Dr. Fernando Muñoz, CLAISS; el Dr. Mauricio Vargas, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica; el Dr. Jainilson Paim, Instituto de Salud Pública de la Universidad Federal de Bahía, Brasil; y los Dres. Daniel López-Acuña, Rodrigo Barahona, Charles Godue, Alberto Infante, Laura Ramírez, Luis Ruiz y el Lic. José María Marín, OPS; y presentado por el Dr. Fernando Muñoz, CLAISS.

discusión actual en el sector, existen múltiples oportunidades que pueden ser aprovechadas para lograr su inserción en los temas que constituyen materia de debate y preocupación en la salud pública de hoy en día, ya que de los procesos en curso surgen múltiples demandas hacia las escuelas y hacia la educación en salud pública.

Tratándose de un ensayo, los lectores no encontrarán datos estadísticos que avalen estos planteamientos; sin embargo, se espera que la somera revisión de los procesos en curso en la región que se expone más adelante, contribuya a validarlos como insumos destinados a enriquecer la discusión de los actores involucrados en el tema.

## LAS REFORMAS SECTORIALES DE SALUD

### ¿POR QUÉ REFORMAS EN SALUD?

En los últimos veinte años, los países de la región han experimentado profundos cambios culturales, sociales, políticos y económicos que han modificado su realidad. El perfil epidemiológico al interior de ellos se ha tornado más heterogéneo y la resolución de los problemas de salud parece depender cada vez más de múltiples factores extra-sanitarios. Del mismo modo, los hábitos de vida, las necesidades y las expectativas de las personas han cambiado y también sus demandas en salud.<sup>16</sup>

Debido a ello, los que hasta ayer parecían arreglos institucionales apropiados para el manejo de los problemas de salud, hoy son percibidos por las personas y por actores relevantes al interior de los gobiernos como insuficientes o poco adecuados y ha surgido la necesidad de buscar nuevas formas de organización para los sistemas de salud. Es en este contexto donde emergen los procesos de reforma en salud de la presente década.

Consecuentemente, la mayoría de los países de América Latina y el Caribe han comenzado, en los últimos años, procesos de reforma en sus Sistemas de Salud, tal como lo hicieron otros países del mundo en décadas anteriores y a comienzos de los noventa.<sup>17</sup>

Los motivos que en general han aducido los Gobiernos para apoyar las reformas en salud se relacionan con variaciones en la demanda de servicios de salud, la creciente insatisfacción de las personas con la calidad, cantidad y oportunidad de los servicios de salud entregados y la percepción de actores relevantes de ineficiencia en el uso de los recursos en salud, particularmente en lo referido al subsistema público.

---

<sup>16</sup> "Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe". Serie Documentos Reproducidos N° 41. Cepal-OPS, Marzo de 1994.

<sup>17</sup> Ejemplos paradigmáticos en este sentido han sido las reformas del Reino Unido, Nueva Zelandia y Holanda en la OECD y las de Colombia y Chile en Latinoamérica.

Existen otras razones que inducen dichas reformas, a menudo no explícitas pero no por ello menos importantes.<sup>18</sup> Entre ellas, la situación macroeconómica del país y sus requerimientos, los intereses de los gremios y sindicatos del sector salud, motivos ideológicos y de conveniencia política de grupos de poder y las agendas de las instituciones internacionales de apoyo técnico y financiero. La influencia de los medios de comunicación en la difusión y posicionamiento de temas en el interés público es otro elemento que ha adquirido importancia en la toma de decisiones en el sector salud, constituyéndose en un importante elemento de presión en muchos países de la región.

La mayoría de las reformas responden a una combinación de los motivos explícitos e implícitos planteados, tanto en su concepción inicial como en su puesta en marcha. Como resultado de esto, con frecuencia ellas no corresponden a un plan u objetivo puramente del Ministerio de Salud y su éxito depende en gran medida de otros actores políticos claves como el Ministerio de Hacienda (Finanzas), los gremios de la salud y otros grupos de poder.

Los factores macroeconómicos parecen haber sido determinantes de la decisión de la mayor parte de los gobiernos latinoamericanos que introdujeron cambios significativos en la estructura del financiamiento del sector durante los años ochenta. La inestabilidad de las economías de los países de la Región durante esos años desencadenó la necesidad urgente de reducir los déficits fiscales y/o bajar los costos de la empresa privada para fortalecer la economía y asegurar su competitividad internacional. Unida a este factor, la percepción de los ministerios de hacienda acerca de lo que consideraban ineficiencia del sector público de salud, significó un fuerte impulso a la actividad privada en el área, tanto a nivel del aseguramiento como de la provisión directa de servicios, lo que en algunos casos sirvió también de compensación para las capas medias que pudieron acceder a mayor libertad de elección a cambio del incremento de sus cotizaciones de salud consecutivo a la reducción del aporte fiscal al sistema público.<sup>19</sup>

*Desde el punto de vista de las demandas a la educación en salud pública, la trascendencia política que asumen los cambios en salud, la importancia relativa de los actores económicos en la decisión en materia de reformas y la necesidad de asumir el tema de la gestión de los recursos como central para los servicios y sistemas de salud, obligan a los actores educacionales a fortalecer la calidad de su reflexión y la de sus programas de educación en economía de salud, gestión pública y privada en salud y análisis de políticas de salud.*

---

<sup>18</sup> "Taking Stock of Health Sector Reform in Latin America". Dr. Cristián Baeza, Centro Latinoamericano de Investigaciones de Sistemas de Salud. Santiago, Chile, Marzo de 1998.

<sup>19</sup> Id a cita 4. El caso chileno es ejemplificador respecto a este tema. Durante los ochenta se produjo una significativa caída del gasto fiscal en salud y los aportes de las personas pasaron de 3 a 7% de los salarios, lo que favoreció la aparición de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) que hoy controlan el 30% del mercado de seguros de salud.

## EL CAMBIO PARADIGMÁTICO: LA IRRUPCIÓN DEL USUARIO

En el pasado, la atención de los gobiernos en salud ha estado centrada en satisfacer las necesidades de los equipos de salud de los servicios públicos, bajo el supuesto que, al mejorar sus condiciones laborales y dotarlos de mayores recursos, la atención de salud a la gente mejora en forma casi automática. Las realidades de países como Chile y Argentina han demostrado que ello no sólo no ocurre, sino que puede generar fuertes incentivos para que los trabajadores del sector público se opongan a las reformas en el ámbito de la gestión y de la asignación más eficiente de recursos.

Por otra parte, la transformación de las personas de consumidores pasivos en “clientes” activos en casi todas las esferas del accionar social —excepto en salud, donde aún se les considera “beneficiarias”— sus grados crecientes de insatisfacción con la atención de salud y la naturaleza de los problemas sanitarios y sus soluciones, han ido configurando un cuadro donde poco a poco las personas comienzan a expresar sus demandas de mejor atención de salud, cobrando cada vez más importancia la participación de los ciudadanos en las decisiones en materia de salud.

La figura del usuario-cliente de los servicios de salud representa un aliado potencial de las reformas a través de su participación en organizaciones y mediante la expresión de sus demandas, lo que obliga a redefinir el rol del estado como “defensor del derecho de los ciudadanos”, en contrapartida a la figura del estado burocrático centrado en sí mismo y en sus funcionarios.

El nuevo sistema de salud que se esboza a través de todos estos cambios tiene que ver con comprender que los problemas de salud obedecen a una pluralidad de causas que exceden los límites de acción sectorial, y cuya resolución efectiva sólo es posible mediante el uso de tecnologías menos medicalizadas, con énfasis en el fomento de la salud y en la prevención, donde los ciudadanos juegan un rol fundamental y donde el accionar de las instituciones de salud debe girar en torno a los usuarios de sus servicios.

No obstante lo anterior, el aumento de la satisfacción de los usuarios con los sistemas de salud y con los servicios entregados en cuanto a calidad, cantidad y oportunidad, es un elemento que sólo recientemente se ha incorporado al itinerario de reforma de la mayor parte de los países de la región. Como la educación y organización de los “consumidores” de servicios de salud es muy primaria, la presencia de los usuarios en la toma de decisiones en materia de reforma en salud es insuficiente e incapaz de contrarrestar la visión predominante de los “expertos” y los trabajadores de salud.

*Desde la perspectiva educativa, y especialmente desde la de las escuelas de salud pública, la irrupción del usuario como centro del quehacer de los servicios de salud pone de relevancia la necesidad de una reflexión acerca del equilibrio entre las demandas “espontáneas” de las personas en materia de salud y la demanda “educada” de las mismas por sistemas de salud integrales, que se centren en la salud más que en la enfermedad. En lo práctico, el tema del usuario pone de relevancia la necesidad de*

*considerarlo también como “cliente” de los programas educativos y como participante en la gestión y decisiones de las escuelas de salud pública.*

## LOS EJES CENTRALES DE LAS REFORMAS EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

Los objetivos de las reformas en salud son comunes para la mayoría de los países de la región. Entre ellos, los más importantes son mejorar el estado de salud de la población, garantizar la equidad en el acceso y cobertura de los servicios de salud y en la distribución y uso de los recursos, garantizar la calidad, cantidad y oportunidad de las prestaciones de salud, mejorar la gestión de las instituciones públicas de salud y la eficiencia del sistema de salud en su conjunto, mejorar la eficiencia en la distribución y asignación de los recursos y alcanzar el equilibrio financiero del sistema de salud.<sup>20</sup>

Las áreas que se identifican como centrales para las reformas en salud son el área financiera, el área de gestión del financiamiento (área de compra o de seguros de salud), el área programática, el área de la provisión y el ámbito de la regulación.<sup>21</sup> De ellas, se ha avanzado especialmente en el área de gestión del financiamiento, introduciendo en algunos países nuevos instrumentos de pago a los proveedores de atenciones de salud, a través del llamado “modelo de compra”, orientado a generar incentivos para que dichos proveedores mejoren su eficiencia técnica y su productividad y se orienten al usuario de los servicios de salud.

En la misma área se han registrado cambios importantes con la emergencia de seguros privados y, en algunos países, con medidas destinadas a modernizar y fortalecer las instituciones de seguridad social, consolidándolas como seguro público.<sup>22</sup>

En el área programática, algunos países han comenzado a utilizar nuevos instrumentos técnicos para el establecimiento de las prioridades sanitarias y la redefinición de los programas de salud de acuerdo al perfil epidemiológico como primer paso de un proceso de definición sanitaria más acabada del contenido de los modelos de compra ya mencionados.

Por su parte, la provisión y la regulación son áreas donde pareciera que los cambios están pendientes en la mayoría de los países de la región, especialmente en el ámbito de la organización y gestión de la provisión privada y pública. En la primera, en

---

<sup>20</sup> Estos principios también forman parte del marco de referencia utilizado para evaluar el estado de las reformas en salud en países de América Latina y el Caribe, de acuerdo al documento “Base line for follow-up and evaluation of Health Sector Reform”. OPS-OMS, Mayo de 1998.

<sup>21</sup> Para establecer estos ejes, se requiere el ejercicio previo –al menos teórico- de separar las funciones que debe realizar el sistema de salud. La “separación de funciones” por tanto, ha sido un elemento que ha estado presente desde el inicio de las reformas en salud.

<sup>22</sup> Los casos de Chile y Costa Rica son ejemplo (con altibajos) de esta tendencia a consolidar seguros públicos capaces de implementar “modelos de compra” como los descritos.

lo que dice relación con la necesaria limitación que deberá introducirse a los modelos de “pago por servicio” a los proveedores individuales o institucionales y en la segunda, en lo que respecta al carácter de la gestión de los establecimientos y a la gerencia de los recursos humanos en el sector público de salud.

Sin embargo, y pese a la dificultad de encontrar los equilibrios necesarios para avanzar en estas materias, es posible apreciar hoy en Latinoamérica tendencias similares a las que estuvieron presentes en los Estados Unidos en el explosivo crecimiento de formas “administradas” de organización de la provisión privada de servicios de salud, amén de embrionarios cambios en materia de una mayor descentralización y autonomía de la gestión de los establecimientos públicos de salud.

El tema de los recursos humanos sigue siendo uno de los menos abordados por las reformas, tanto en lo que respecta a la calidad de los trabajadores de salud necesarios para los cambios como en relación a un mayor estudio del mercado de trabajo en salud y de las posibilidades de introducir formas más flexibles de gestión del personal en los establecimientos públicos del sector. La cultura organizacional del sector, acostumbrado a la lógica de la asignación histórica y vertical de recursos que no requieren ser justificados sobre la base de resultados de salud, constituye una de las áreas más difíciles pero imprescindibles de cambiar y resulta en un desafío importante para la educación en salud pública.

## LOS RESPONSABLES DE IMPLEMENTAR LAS REFORMAS EN SALUD Y SUS NECESIDADES

En la mayoría de los casos se espera que sean los líderes sectoriales de salud quienes conduzcan los procesos de reforma y los lleven a buen término, a menudo imponiéndoles, desde el ámbito político de gobierno, la doble exigencia de implementar los cambios y evitar la aparición de conflictos al interior del sector. El cumplimiento de ambas condiciones es muy difícil de lograr, dado que las reformas con frecuencia entran en contradicción con los intereses gremiales y corporativos de los trabajadores de la salud y con los de la industria médica privada.

La complejidad de los sistemas de salud en cuanto a su estructura, funcionamiento y responsabilidades determina la necesidad de contar con técnicos y profesionales bien entrenados y conocedores de las diversas áreas de trabajo del sistema, más aún si se trata de proponer e implementar cambios en su operación. Si a ello se agrega que dichos cambios tienen alta probabilidad de generar conflictos al interior del sistema, entonces, *a la capacidad técnica y al conocimiento del funcionamiento del mismo se deben agregar habilidades de liderazgo y negociación y una comprensión del entorno político que rodea a las decisiones técnicas. Existe urgente necesidad de contar con recursos humanos que cumplan con este perfil.*

## ¿QUIÉN ES QUIÉN EN LAS REFORMAS EN SALUD? ANÁLISIS DE ACTORES

Con el fin de alcanzar una mayor comprensión de las implicancias que las reformas en salud tienen para la educación en Salud Pública, resulta necesario intentar un somero análisis de los actores que participan en el cambio ya sea desde la perspectiva de obstaculizarlos o promoverlos. Recordando el propósito de este trabajo y la ausencia relativa de participación de lo académico en el escenario de las reformas de salud resulta particularmente interesante analizar a estos actores en su relación con las escuelas de salud pública.

### Los Ministerios de Salud

Los ministerios de salud se han visto enfrentados a la necesidad de hacer reformas en el sistema de salud y de responder a nuevas demandas de su población usuaria. Han debido enfrentar estas demandas con los mismos recursos humanos con que lo hicieron en las décadas anteriores, lo que ha creado un gran vacío de capacidades y ha contribuido a una mayor ineficiencia en la resolución de los problemas. En la vorágine de enfrentar los cambios y los conflictos políticos y gremiales generados por ellos, los ministerios de salud no han dedicado tiempo ni esfuerzo a definir el tipo de profesional que se requiere para las reformas. Por tanto, no han sabido demandar a los centros formadores —como las escuelas de salud pública— un perfil definido de profesionales capaces de diseñar y ejecutar los cambios.

En el ámbito de la investigación, los ministerios tampoco han reconocido capacidades en las escuelas de salud pública para aportar nuevas visiones. En varios países, las investigaciones de nuevos modelos y demandas de atención, así como los análisis de viabilidad económica y política de la reforma han sido realizados por centros de estudios o institutos universitarios no ligados a las ciencias de la salud.

En algunos países de la región, las reformas de salud han estado asociadas a la recuperación de la democracia luego del período dictatorial anterior. Este hecho ha obligado a los gobiernos a conducir reformas sociales en un ambiente en que la legitimidad de los cambios de la era autoritaria es cuestionada, independientemente de la racionalidad y pertinencia de los mismos, lo que agrega mayor importancia aún a la demanda de una discusión académica del tema.

Estos mismos gobiernos hoy deben dialogar con las agencias internacionales respecto de las reformas que en su opinión son necesarias. Dado que las agencias tienen sus propias agendas, la necesidad de contar con profesionales capaces de asumir el rol de contraparte nacional con prestancia se transforma en otra demanda a la educación en salud pública.

## **LAS AGENCIAS INTERNACIONALES**

Las agencias dedicadas al estudio y al apoyo técnico y económico de los cambios en los sistemas de salud de América Latina ya no son las que tradicionalmente han tenido la rectoría en los lineamientos de salud pública, como OMS y OPS. Hoy aparecen fuertemente aquellos organismos de menor tradición técnica específica en el ámbito de salud pero con capacidad financiera (BID, Banco Mundial) dispuestos a financiar reformas en los sistemas de salud, pero introduciendo fuertemente variables económicas, estimaciones de carga de enfermedad sobre la base de indicadores con ajuste por discapacidad, evaluación de costo/efectividad y eventualmente de costo-beneficio para definir intervenciones de salud y prioridades dirigidas a conformar planes garantizados de beneficios o “paquetes básicos de servicios” y mayor racionalidad en el gasto en salud. Este enfoque se plasma en exigencias a los gobiernos para conducir las reformas con acuerdo a las condiciones de los créditos. Las que pueden ser diferentes a las decisiones que los propios gobiernos habrían adoptado de acuerdo a su análisis de la realidad y a sus potestades.

Como se ha mencionado, estos organismos internacionales no siempre encuentran en los países equipos capaces de actuar como sus contrapartes en cuanto a investigación, diagnóstico, diseño e implementación de las reformas, lo cual determina en algunos casos que su rol en el diseño de dichas reformas adquiera un protagonismo que le debería corresponder a los equipos locales. Más aún, ellos han ocupado, en términos de diseño teórico de las reformas, parte del espacio que naturalmente corresponde a las escuelas de salud pública.

En la actualidad, organismos como OMS y OPS han asumido la decisión de incorporarse a estos procesos con mayor decisión, lo que representa la gran oportunidad de desarrollar un espacio más “propiamente sanitario” que genere en los países las confianzas necesarias para la reflexión conjunta en materias de reforma. Un ejemplo de este tipo de espacios se experimenta a través de los “grupos de apoyo a la reforma” en varios países de la región.<sup>23</sup>

## **Los Políticos —PARLAMENTARIOS, PARTIDOS POLÍTICOS**

Los procesos de reforma sectorial están cargados de fuerte contenido ideológico y dicotomías altamente conflictivas en el mundo de la salud. El debate del nuevo rol del Estado en salud, la inserción de la empresa privada en la provisión de servicios como en el aseguramiento, los nuevos modelos de atención y los factores “economicistas” incorporados al otrora aséptico discurso de la salud, generan permanentes y agudos conflictos de fuerte impacto político. Los gobiernos, por su parte, se ven en la disyuntiva de hacer cambios necesarios en su sistema de salud y mantener el equilibrio de las fuerzas políticas en pugna.

---

<sup>23</sup> Ministerio de Salud de Chile, OPS/OMS, Documentos de trabajo del Grupo de Apoyo a la Reforma (GAR). Santiago de Chile 1996,97,98.

Muchas veces, el exceso de ideologismo en el debate hace perder la velocidad impuesta por los gobiernos a los procesos de reforma, sin otro argumento que la necesidad de evitar conflictos políticos de mayor envergadura.

En este escenario, las escuelas de salud pública podrían aportar significativamente a restar ideologismo al debate y situarlo en una dimensión técnica que ayude a tomar algunas decisiones políticas en el sector. A diferencia de algunos centros de estudios, que representan reconocidas tendencias políticas, las escuelas no tienen sello ideológico alguno, lo que les da una autoridad única para actuar en circunstancias como las descritas. Los principios de introducción de mayor equidad y justicia social a los procesos de reforma son deseables como ideales a compartir y facilitan que este rol sea asumido por las escuelas de salud pública.

### **LAS UNIVERSIDADES —OTRAS DISCIPLINAS NO MÉDICAS**

El contenido fundamental de las reformas actuales a los sistemas de salud está en ámbitos de conocimiento no médicos, como la gestión, finanzas, estudios de costos, rediseño organizacional, participación de la comunidad, etc. Las demandas a las universidades, en tanto formadoras de recursos humanos para la reforma, van en ese sentido. Ello plantea a las escuelas el desafío de articular iniciativas exitosas de trabajo conjunto con estas otras disciplinas, evitando tender al encierro en sus propios ámbitos de acción. Con ello se impediría además que algunas demandas importantes en el ámbito de la salud —como nuevos métodos epidemiológicos de priorización de problemas de salud— queden ajenos a la formación en las escuelas de salud pública, dejando al recurso humano formado por ellas fuera de toda posibilidad de participar en estos cambios y debiendo ceder el liderazgo de las reformas a técnicos recientemente incorporados al tema de la salud de cada uno de los países, tales como economistas, administradores o salubristas formados en Estados Unidos o Europa.

### **LOS SERVICIOS DE SALUD**

Siendo las estructuras más tradicionales del sistema de salud y manteniendo su forma de funcionamiento casi sin alteraciones desde hace décadas, los servicios de salud son el campo de acción preferente para los profesionales de las escuelas de salud pública. Dentro de ellos, la formación entregada en las escuelas es absolutamente funcional a su forma de trabajo. Sin embargo, los servicios de salud también han debido adaptarse a las demandas de las reformas sectoriales, con un alto grado de resistencia interna, liderada en muchos casos por los mismos salubristas. Pocos han sido los directivos de salud capaces de aceptar el desafío de los nuevos requerimientos, por lo que, en general, los salubristas de los servicios de salud han perdido paulatinamente el liderazgo en la toma de decisiones, debiendo dejar paso a los “nuevos profesionales de la salud” que más que personas son equipos multidisciplinarios que impulsan los cambios. Estos nuevos equipos de trabajo frecuentemente no incorporan las visiones de la salud pública tradicional, lo que contribuye también a generar conflictos dentro de los servicios de salud.

## EL SECTOR PRIVADO —ASEGURADOR Y PRESTADOR

La presencia de la empresa privada en salud, ya sea en el aseguramiento o la prestación de servicios es cada día mayor. Sin embargo, la posibilidad de lucrar con la industria de salud es culturalmente resistida, lo que dificulta la legitimidad con que la empresa privada puede insertarse en los sistemas de salud de la región. Dado que, pese a las resistencias y reticencias que despierta, la presencia privada en salud es cada día mayor, hay aquí una demanda muy importante de reflexión para encontrar el camino que conduzca a un tratamiento del tema de lo público y privado en salud más racional y acorde con los intereses de los ciudadanos.

Para su creciente desarrollo e inserción en los sistemas de salud, el sector privado ciertamente ha considerado el aporte de salubristas en sus estrategias de desarrollo. En la medida que la provisión privada de servicios se organiza y se gerencia, requiere cada vez más de habilidades de conducción similares a las que necesita la empresa pública moderna en el mismo ámbito. Eso explica que hoy se asista a una tendencia de los gerentes de los servicios públicos a migrar a la organización privada cuando las condiciones de trabajo son atractivas y establece para las escuelas de salud pública un nuevo desafío en materia de cambio en el destino y procedencia laboral de los estudiantes que acuden a sus aulas.

## LOS GREMIOS DE SALUD

Las organizaciones gremiales de los trabajadores de la salud han jugado un rol importante en los procesos de reforma en salud en muchos países de la región, oponiéndose a los cambios en casi todos ellos. Por tanto, convertir a los trabajadores de la salud en aliados de la reforma constituye un desafío que está pendiente y que resulta fundamental para asegurar el éxito de la misma.

Un rol fundamental en la oposición a muchos cambios que los gobiernos han intentado introducir es el que han jugado los médicos a través de sus asociaciones profesionales o sindicales. Los médicos en general son tradicionalistas, sin embargo, las presiones económicas están forzando a la profesión a participar en la reestructuración de la llamada "industria de la salud". La mayoría de las veces en contra de su voluntad, se exige a los médicos suprimir los excesos de intervención y practicar la medicina preventiva, aún cuando esto pueda reducir sus ingresos personales.<sup>24</sup>

Por otra parte, en muchos países los médicos han jugado tradicionalmente un rol de "autoridades" en materia de políticas de salud, similar al que ancestralmente les asigna la población en materia de decisiones sobre la salud individual. Este rol ha sido activo y muchas veces explícito, como lo que ocurre en Chile, país en el que el gremio médico jugó un rol fundamental en la creación del Servicio Nacional de Salud (1952),

---

<sup>24</sup> Woods D. The future of the managed care industry. The economist intelligence unit. 1998 (ver ref. 2).

conformando una verdadera “intelligentsia médica” que encontró fluidas contrapartes en el Ministerio de Salud y en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.<sup>25</sup>

Hoy, la situación es muy diversa, ha surgido un mercado privado organizado de seguros y provisión de servicios de salud, las demandas de la población se ligan más a la calidad de los servicios individuales que a la mejoría de los índices de salud y el gremio muestra una mayor desorientación respecto a su rol en las futuras reformas de salud, lo que lo hace reaccionar con mayor recelo frente a cambios que no controla, como en el pasado.

Finalmente, la importancia económica y política de los cambios en salud ha hecho irrumpir en el escenario de la toma de decisiones en torno a los mismos a nuevos actores tales como economistas, abogados, cientistas sociales, políticos de formación diversa, etc., lo que agrega la complicación de los sesgos y celos profesionales, además de explicar la reacción de médicos y trabajadores de salud que sienten amenazado su rol de “propietarios” de la decisión en materia de salud.

*En suma, los actores de los procesos de reforma requieren del apoyo de las escuelas de salud pública para avanzar en pos de objetivos comunes. La reflexión en salud necesita de espacios académicos de reflexión que posibiliten este logro dando confianza a los actores respecto a la independencia de la convocatoria y a los principios éticos que la inspiran. La identificación de las necesidades de los actores en materia educativa es esencial para el reposicionamiento de las escuelas en el escenario de los cambios.*

## LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA

### ALGUNOS ANTECEDENTES SOBRE EL TEMA

El concepto de Funciones Esenciales de Salud Pública ha sido motivo de revisión y de proposiciones de sistematización como forma de ubicar los procesos de reforma en un marco más amplio de sociedad y de mantener la visión claramente puesta en las finalidades de salud y bienestar de la población que se persiguen, reconociendo y legitimando un universo grande y rico de prácticas sociales de creación de la salud.

Como se ha señalado, los procesos de reforma de salud incluyen cambios económicos, en la gestión, en la estructura y en el carácter de las demandas que recaen sobre los sistemas de salud. Estos cambios pueden resultar en efectos no deseados en materia de resultados de salud si no se identifican y se ponen en práctica

---

<sup>25</sup> Illanes A. “En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia”. Historia social de la Salud Pública. Chile 1880/1973. Ediciones del Colectivo de Atención Primaria. Santiago, 1993. Tercera parte, capítulo tercero y Cuarta parte Página 453.

adecuadamente las funciones esenciales de salud pública en cuanto tareas de los distintos actores sociales interesados en la salud.<sup>26</sup>

Dado que las prácticas sociales relativas a salud se expresan en diferentes funciones de salud pública que son atribuibles al estado y a la sociedad civil e instrumentalizadas a través de instituciones públicas o privadas, las definiciones que los países adopten al respecto, particularmente las que guardan relación con el rol del estado, resultan extraordinariamente sensibles y constituyen una materia de estudio y discusión muy relevante. *Esta discusión requiere de evidencia científica respecto a los resultados obtenidos con distintas alternativas en situaciones concretas y de espacios de discusión académica cuyo único condicionante sea el objetivo común de garantizar el derecho a la salud con la mayor equidad y eficiencia posibles. He aquí entonces una tarea fundamental para la educación en salud pública.*

En concordancia con la reflexión desarrollada por la OPS respecto a las funciones esenciales de salud pública, es posible identificar seis prácticas fundamentales de salud pública cuya implementación depende de la historia, la tradición, la cultura, modo de producción y tipo de organización sociopolítica que caracteriza a cada sociedad.<sup>27</sup>

En primer lugar, se señala como una práctica fundamental la *construcción de entornos saludables y el mejoramiento de las condiciones de vida*, cuyo correlato “funcional” está dado por la *promoción de la salud*.

En segundo lugar, *el desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y la salud* resulta en un que hacer social fundamental del que derivan las funciones de *desarrollo de políticas y abogacía de la salud*.

La *generación de inteligencia en salud* es la tercera práctica identificada por OPS, entendida como la generación y análisis de evidencias que permitan fundar y legitimar las decisiones en materia de política de salud. De esta práctica se derivan las funciones de *monitoreo y vigilancia de la salud y análisis de escenarios*.

La *garantía de la seguridad y calidad de bienes y servicios relacionados a la salud* se constituye en la siguiente práctica identificada, cuyo correlato funcional es la *regulación sanitaria*.

La quinta práctica está representada por la *intervención sobre riesgos y daños colectivos a la salud*, ligada a la función de *control ambiental y de prevención y control de riesgos y daños a la salud*.

Finalmente, la *atención a las necesidades y demandas de salud*, que orienta hacia las funciones de *prestación de servicios de salud pública y de salud personal* es la

---

<sup>26</sup> Funciones esenciales de salud pública. OPS. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Documento de Posición.

<sup>27</sup> Ver nota anterior.

última práctica social identificada por OPS en su afán de orientar las definiciones de funciones esenciales de salud pública por parte de los países miembros.

Resulta evidente que el estado, a través de los Ministerios de Salud y como parte del rol de rectoría esencial e insustituible de los mismos, debe constituirse en el garante de la fluidez con que cada una de estas prácticas sociales se desarrollen en cada uno de los países. Resta por definir en cada país, el rol que le corresponde a cada uno de los actores sociales involucrados en salud en la puesta en práctica de los servicios que concreten en hechos cada una de las funciones de salud pública descritas.

Así como en las reformas de salud, por lo demás centradas en la última de las prácticas descritas, es posible reconocer la necesidad de cambios estructurales y asignación de responsabilidades públicas o privadas en materia de *regulación, financiamiento, gestión del financiamiento y provisión*, en cada una de las prácticas y funciones asociadas es posible reconocer espacios de responsabilidad similares, tarea difícil pero no imposible que quizás ayude a superar la discusión que hoy se desarrolla en algunos países de la región en torno al tema de la responsabilidad en la provisión de bienes públicos y asegurables en salud.

En efecto, resulta evidente para todos que la responsabilidad estatal en materia de regulación es insustituible, lo que es aplicable a la totalidad de las funciones esenciales de salud pública. Sin embargo, la situación no es tan evidente cuando se trata de definir las formas de gestionar el financiamiento de la atención a las necesidades y demandas de salud, por ejemplo, o cuando se trata de establecer los incentivos adecuados para que el conjunto de los actores sociales contribuyan a la promoción de entornos de vida saludable.

*En suma, un desafío importante para la educación en salud pública es cumplir con el rol de mediación o “abogacía” en defensa de la cultura de la salud, y en lo que respecta a la generación y análisis crítico de la evidencia existente para la toma de decisiones en esta materia y para la formación de recursos humanos capaces de ejercer el liderazgo de las organizaciones de salud en las que se hagan efectivas las prácticas y funciones esenciales de salud pública.*

## LA AUTORIDAD SANITARIA Y LAS NUEVAS OCUPACIONES DE LA SALUD PÚBLICA: EL ROL DEL ESTADO COMO GARANTE

La estructura y organización futura del sector salud se caracterizará por la presencia de un mayor número de agentes y por una gama más amplia de opciones a disposición de las personas, lo cual probablemente mejorará la cantidad, calidad y oportunidad de prestaciones de salud a las personas. Para que ello ocurra, sin embargo, se requerirá un activo papel del Estado en la formulación de normas de funcionamiento, en el establecimiento de “reglas del juego” entre los proveedores de servicios y los usuarios de éstos, en la formulación y seguimiento de políticas y en la fiscalización del cumplimiento de las normas, como defensor o garante de los derechos de las personas a recibir las prestaciones de salud requeridas con una calidad

adecuada, oportunas y a un precio razonable, y también como garante del derecho de las mismas a estar protegidas de los efectos en salud de las acciones de otros, en ausencia de relaciones contractuales definidas.

Esta nueva manera en la que el Estado ejercerá la “Autoridad Sanitaria” está contenida en gran parte en la Función Reguladora. Esta es una función poco acotada conceptualmente, que incluye diversas subfunciones, tales como la elaboración de normas (Subfunción Normativa), la fiscalización del cumplimiento de dichas normas y la capacidad de emitir sanciones (Subfunción Fiscalizadora), la acreditación de entidades para desarrollar una función (Subfunción Acreditadora) y la certificación de procesos y productos (Subfunción Certificadora). Para algunos autores,<sup>28</sup> también incluye la conducción estratégica del sistema de salud. En suma, esta función asegura una interacción balanceada, eficiente y equitativa entre los actores del sistema de salud, estructurando las reglas e incentivos apropiados y velando por su aplicación.

En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, la función reguladora del área sanitaria se encuentra dispersa en distintas instituciones o no existe en forma explícita.

Un aspecto importante de la función reguladora se relaciona con el Control de Calidad de procesos, prestaciones y productos de salud. Esta capacidad, que está muy poco desarrollada en la mayoría de los países de la región, resulta fundamental para proteger la salud de los ciudadanos en un entorno cada vez más globalizado, donde la internacionalización del mercado de medicamentos y profesiones sanitarias y la presencia creciente de prestadores privados de servicios de salud determina la necesidad imperiosa de marcos regulatorios claros y adecuados. Ello requiere de manera urgente la formación de expertos en materias de Normalización, Certificación, Registro, Verificación y Acreditación, que hoy en día no forman parte del equipo de salud, pero que serán imprescindibles en el futuro.

El desarrollo de la Evaluación de Tecnologías de Salud (ETESA),<sup>29</sup> constituye un aporte fundamental para lograr mejorar la capacidad estatal de regular el mercado de las tecnologías con los consiguientes ahorros de daño a las personas por intervenciones innecesarias y de recursos a menudo malgastados en un ambiente de escasez de los mismos.

*La necesidad de definir prioridades de salud e intervenciones costo-efectivas para enfrentarlas es parte esencial del contenido de las reformas. Existe aquí un amplio campo de investigación y un desafío fundamental para la educación en salud pública. En último término, la definición esencial de “que comprar” o “que ofrecer” solo es*

---

<sup>28</sup> Londoño y Frenk (“Pluralismo estructurado”, artículo no publicado), desarrollan una visión de los sistemas de salud en América Latina. A la función de Regulación, la denominan Modulación, y es concebida como más amplia que la sola regulación, incluyendo, el desarrollo del sistema de salud, así como la coordinación interinstitucional, el diseño de sistemas de financiamiento, y la protección del consumidor.

<sup>29</sup> OPS. El desarrollo de la evaluación de tecnologías de salud en América Latina y el Caribe. 1998 .

*abordable por la salud pública. Esta es quizás la demanda más propiamente sanitaria de las que las reformas de salud y las funciones esenciales plantean a las escuelas de salud pública.*

## LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA COMO DEFINITORIAS DE MAYOR INTEGRALIDAD DE LAS REFORMAS DE SALUD

Una de las características de los procesos de reforma de salud en las Américas está dada por su énfasis casi excluyente en la necesidad de cambios de los sistemas de salud en lo que se refiere a la provisión directa de servicios, esto es a la atención médica. Es más, el énfasis no sólo se pone en la atención, sino en una reducción aún mayor de la misma, la atención médica curativa.

Si bien esta constatación resulta explicable por la falencia actual de los sistemas de salud en responder a demandas muy evidentes de la población y de los actores políticos involucrados en las reformas de salud, hay argumentos de sobra para considerar este enfoque como reduccionista, limitante de las reformas a los aspectos económicos involucrados en la financiación de los servicios curativos y contraria a la integralidad que históricamente ha pregonado la salud pública como respuesta a la complejidad de las necesidades de salud de las poblaciones.

El rescate y redefinición de las funciones esenciales de salud pública permiten entonces una visión más integral (y por ende más “salubrista”) de los problemas a abordar por parte de los países en materia de salud.

La orientación de las reformas hacia “la salud” y no hacia la enfermedad, es uno de los desafíos más importantes de los cambios. Definir intervenciones promocionales efectivas en horizontes de tiempo razonables y buscar formas efectivas de ejercer la “abogacía” de la salud pública para conseguir una “cultura de salud” en la sociedad son tareas formidables para la salud pública del presente.

*El estudio de las funciones esenciales y sus derivaciones en términos de la necesidad de radicar responsabilidades básicas en los diversos actores sociales (en especial en lo que respecta al estado) permite entonces contar con una mejor “interfase cultural” que facilite la incorporación activa de los salubristas y de su expresión académica más clara, las escuelas de salud pública, a la discusión, investigación y formación de recursos humanos útiles a los cambios, no a todos ellos sino a aquellos que efectivamente se traduzcan en mejores servicios de salud para la gente, para toda la gente.*

## LAS REFORMAS DE SALUD Y LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA. RESUMEN DE DEMANDAS A LA EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA

Las carencias de los procesos de reforma de salud y lo embrionario de la discusión en torno a las funciones esenciales de salud pública, plantean demandas muy concretas a la educación en salud pública de la región de las Américas. Varias de esas demandas se han destacado ya en este texto a propósito de la descripción de los aspectos clave de los cambios en salud.

A continuación, se presenta un resumen de los desafíos fundamentales a que hacemos mención.

### **EL DESAFÍO DE CONTRIBUIR A LA INTEGRALIDAD DE LOS CAMBIOS**

Como se ha señalado, un sesgo fundamental de las reformas de salud, está dado por su excesivo énfasis en mejorar la atención médica curativa. La educación en salud pública es demandada a contribuir a restablecer el equilibrio entre la necesidad de brindar la mejor atención posible a las personas y la de orientar los sistemas de salud y los modelos de atención hacia la promoción de la salud. Más allá del ámbito de los sistemas de salud, las instituciones educativas de salud son demandadas a promover una cultura de la salud para el conjunto de la sociedad.

En el contexto de este gran desafío, las escuelas de salud pública son demandadas a diseñar y a evaluar las intervenciones concretas que resulten exitosas en la promoción de hábitos de vida saludable y en la prevención de los principales daños que forman parte de la carga de enfermedad de los países de la Región.

Dado que la promoción y prevención se materializan en acciones concretas de los sistemas y servicios de salud, las escuelas son también demandadas a contribuir al diseño de los mismos para que contengan incentivos adecuada y estratégicamente situados para apuntar a la salud.

Como la promoción y la prevención no son demandas espontáneas de las personas, especialmente de aquellos con mayores carencias sociales y con mayor riesgo de enfermar, la educación en salud pública es igualmente demandada a diseñar programas formativos que no sólo se dirijan a los actores de salud sino especialmente a las personas y comunidades organizadas. Finalmente, se complementa esta demanda con la de esperar de las escuelas de salud pública, en virtud a su autoridad académica, una acción de abogacía permanente por la promoción de la salud.

### **EL DESAFÍO DE LA SISTEMATIZACIÓN**

Los cambios en salud ocurren en forma desordenada, siguiendo tendencias reconocibles pero dependiendo más bien de los condicionantes del ambiente político-

social que los hacen posibles. Por esta razón, existe una demanda esencial de sistematización relativa a los avances comparados de las reformas en la región, así como de acumulación de evidencia regional y mundial que avale las decisiones futuras en la materia.

Esta necesidad se refiere a la dimensión global de los cambios en la estructura y en las áreas fundamentales de reforma ya mencionadas, pero también abarca la dimensión más restringida pero igualmente importante de la evidencia requerida para fundamentar la inclusión de intervenciones en salud en cualquiera de los niveles de los servicios de salud y para posibilitar la “contratación basada en evidencia” de los mismos servicios.<sup>30</sup>

### El Desafío del Diálogo

El ambiente de los cambios en salud se enrarece por la presencia de múltiples actores con visiones e intereses diversos. La educación en salud pública es demandada a contribuir al diálogo por la vía de ofrecer espacios académicos de reflexión que resultan esenciales para lograr consensos básicos que viabilicen los cambios y los orienten de acuerdo a principios de aceptación más o menos universales.

Al diálogo constructivo también contribuye la obligación de basar los juicios en evidencia que los respalde y ésta es otra forma de aparición de la demanda por “Universidad” en los cambios en salud.

### El Desafío de La Formación

Los recursos humanos que los cambios requieren no son los mismos de ayer. Esto es cierto en relación a las características de los de profesionales que hoy se involucran en salud, pero también lo es en términos de las cualidades que son exigibles a los conductores de los cambios y a los líderes de las organizaciones de salud del futuro.

Se demanda a las escuelas de salud pública una definición más precisa de las competencias requeridas por estos líderes y conductores así como por el diseño de programas formativos que apunten a conseguir los nuevos conocimientos, actitudes y habilidades. Una tarea como esta siempre es mixta en lo que respecta a la responsabilidad involucrada en asumirla, pero no parece adecuado que las escuelas esperen a los ministerios o a los servicios públicos y privados de salud a entregarles el detalle de sus demandas en esta materia. Por tanto, una actitud activa desde la academia es imperante en este sentido.

---

<sup>30</sup> La organización de la sanidad pública: su reforma en las reformas. Manzanera R. et al. En “Informe SESPAS 1998”. SESPAS, Junta de Andalucía. Escuela Andaluza de Salud Pública.

## El Desafío de la Transparencia

El mercado en salud es demasiado imperfecto. Tomarlo en cuenta y conocer sus limitaciones y ventajas es esencial. La educación en salud pública, y en especial las escuelas de salud pública, es demandada por aquella información que facilite a los ciudadanos y a sus mediadores (organizaciones ciudadanas, médicos generales, etc.), la información que permita el ejercicio de la mayor autonomía personal en el cuidado de su salud y la de sus familiares, así como en la utilización de los servicios sanitarios.

## El Desafío Ético

Las reformas de salud resultan en alteraciones de la vida de las sociedades y en la de las personas que pueden ser muy significativas. El resultado de una decisión en materia de definición de prioridades puede significar mayores o menores recursos asignados por el estado o el sector privado para el control de un determinado problema de salud. Cambios en la estructura o en la gestión del financiamiento del sistema de salud pueden resultar en dramáticas alteraciones del acceso de las personas a las decisiones de salud.

Las escuelas de salud pública son demandadas por orientación y desarrollo del marco de principios que oriente a las reformas de salud. Es difícil lograr consensos absolutos en un ámbito tan sensible y personal como el de los principios, pero al menos es necesario definir las grandes orientaciones axiológicas que deben estar presentes en los cambios. Los actores deberán asumir posición considerando, por ejemplo que parece existir consenso en términos de que los sistemas de salud deben orientarse hacia la búsqueda de la equidad en el acceso a los servicios, o que el centro de los sistemas de salud deben ser las personas y sus necesidades de salud, o que la eficiencia en el uso de los recursos es un imperativo ético cuando los recursos son escasos (y en salud siempre lo son) y tienen usos alternativos.

Ahora bien, los principios orientadores de las reformas no sólo tienen sentido en cuanto declaraciones formales de intención. La demanda se complementa con la necesidad de contar con instrumentos concretos que permitan evaluar el grado en que los sistemas cumplen con los mismos. El desarrollo de instrumentos para evaluar la equidad en el acceso a los cuidados de salud es un ejemplo práctico de la respuesta práctica a una demanda ética. Algo similar puede decirse con respecto a la demanda de contar con técnicas de monitoreo y evaluación de las necesidades de la población y de las condiciones en que ésta desea que se le ofrezcan los servicios.

## CONCLUSIONES

Las escuelas de salud pública jugaron un rol fundamental en la formación de profesionales y en la discusión de los temas relevantes en salud en décadas recientes, cuando la situación epidemiológica planteaba como desafío fundamental el control de

enfermedades infecto-contagiosas y el sector salud se regía por una “lógica de comando y control”.

En esa situación, la cuestión crucial era cómo el Estado mejoraba sus capacidades de formulación y administración de programas sanitarios y de distribución de recursos humanos, financieros y tecnológicos para asegurar una adecuada ejecución y cobertura de dichos programas.

Los grandes logros alcanzados en materia de mejoría de indicadores de salud de la población, así como el control de plagas y epidemias que asolaban a los países, fueron sin duda triunfos de la salud pública en cuanto disciplina y de las escuelas de salud pública en cuanto responsables del entrenamiento, la investigación y la producción de tecnologías necesarias para tal fin.

Sin embargo, las condiciones han cambiado, y el sector salud ha comenzado un proceso de reformas que ha variado el eje central de las preocupaciones en Salud Pública.

Respecto de ello, al concluir este trabajo surgen algunas interrogantes que están presentes en el escenario de salud de la región y cuya respuesta probablemente requiere de tiempo y de apreciación de los resultados de las acciones que se emprendan hoy por parte de actores relevantes de la educación en salud pública.

## ¿CUÁLES SON LOS NUEVOS REFERENTES EN SALUD PÚBLICA EN LA REGIÓN?

En la búsqueda de nuevas respuestas para los problemas planteados por los procesos de reforma en salud y por las funciones esenciales de salud pública, muchas de las escuelas de salud pública de los países de la región han estado ausentes y su lugar ha sido ocupado en algunos casos por los ministerios de salud de los respectivos países, por las agencias internacionales de apoyo técnico y/o financiero,<sup>31</sup> por las facultades de economía de diversas universidades de la región y extra regionales y también por las escuelas de salud pública de los países industrializados anglosajones,<sup>32</sup> que sí se adaptaron rápidamente a las nuevas condiciones y han sido fundamentales en la formación de expertos para las reformas así como en la generación y difusión de conocimientos para su diseño e implementación. La forma en que esta realidad evolucione, probablemente depende de la decisión y del éxito que las escuelas alcancen en sus estrategias de desarrollo.

---

<sup>31</sup> Como el Banco Mundial y la OPS/OMS.

<sup>32</sup> Especialmente de Inglaterra y Estados Unidos.

## ¿SE TRATA DE LA MISMA “VIEJA” SALUD PÚBLICA?

En el actual escenario, donde el rol del estado en diversas áreas está sujeto a discusión, donde el sector privado surge como una alternativa válida para complementar o asumir responsabilidades otrora exclusivas del sector público y la acción de los ciudadanos adquiere una importancia creciente en la solución de sus problemas ambientales y de salud, el concepto de “Salud Pública” parece haber cambiado.

Consecuentemente, los requerimientos en cuanto a formación de especialistas e investigación en la materia son necesariamente distintos, claramente orientados hacia el desarrollo de habilidades gerenciales y de gestión de equipos multidisciplinarios de trabajo por el lado de la formación, y hacia la sistematización de las experiencias de reforma de los sistemas de salud y la generación y recopilación de evidencia en cuanto a sus resultados e implementación, por el lado de la investigación.

¿Será posible esperar un cambio del accionar de aquellas escuelas que hoy no dan respuesta adecuada a las necesidades de recursos humanos para los gobiernos y los actores públicos y privados presentes en el escenario de salud? Es importante destacar que la labor de formación se ha venido realizando fuera de las escuelas de salud pública de la región, en los ministerios de salud, en las facultades de economía, en centros de investigación privados, en las agencias internacionales de apoyo técnico y financiero, y en las escuelas de salud pública de los países industrializados, especialmente Estados Unidos e Inglaterra.

## ¿EXISTEN PERSPECTIVAS A FUTURO PARA LAS ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA DE LA REGIÓN?

Los cambios en desarrollo y la urgencia de mayores transformaciones representan grandes oportunidades para las escuelas de salud pública en lo que respecta a su quehacer académico y a la demanda por conocimiento útil para los cambios. Como se ha expresado en el presente trabajo, existen muchas preguntas que aún aguardan respuesta y existe, sobre todo, una gran necesidad de contar con recursos humanos que sean capaces de liderar los cambios. Una condición básica para aprovechar estas oportunidades parece estar dada por la decisión de las escuelas de salud pública de asumir que se ha producido un cambio significativo en esta área y que existen múltiples desafíos y demandas que requieren respuesta. Respuesta que las escuelas pueden aportar.

# 7

---

## ESTRATEGIAS INNOVATIVAS PARA LA EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA EN LAS AMÉRICAS<sup>33</sup>

---

### INTRODUCCIÓN

La educación en salud pública en las Américas se ha desarrollado en un contexto de cambios sustanciales ocurridos en el escenario de salud durante las últimas décadas. Dichos cambios han significado en muchos casos la crisis de aquella parte de la actividad educacional en salud pública a cargo de las escuelas de salud pública, las que han participado escasamente en el proceso de transformaciones que ha dado en llamarse reformas de salud. Ya sea a través del aporte institucional a la discusión nacional de salud o por la vía de adaptar sus programas formativos y su investigación a los requerimientos de la nueva realidad, la ausencia de las escuelas de salud pública como actores relevantes de los cambios ha sido notoria en la mayor parte de los países de la Región.

Especialmente en Latinoamérica, y salvo excepciones, la crisis de las escuelas de salud pública es suficientemente profunda como para justificar un serio esfuerzo dirigido al desarrollo de estrategias que permitan reactivar la presencia de ellas en el escenario de cambios en los sistemas de salud.

Entre los factores que han contribuido a la actual crisis de la educación en salud pública es necesario mencionar el cambio de paradigma representado por la irrupción

---

<sup>33</sup> Texto elaborado por un grupo de trabajo integrado por el Dr. Paulo Marchiori Buss, ENSP/FIOCRUZ, ALAESP; el Dr. Fernando Muñoz, CLAISS; el Dr. Richard Southby, School of Public Health, George Washington University; el Dr. José Rodríguez, OMS/FACMED; los Dres. Daniel López-Acuña, Charles Godue, Laura Ramírez y Luis Ruiz, OPS; y el Dr. Luis Felipe Abreu, Universidad Nacional Autónoma de México; y presentado por el Dr. Fernando Muñoz, CLAISS.

de formas organizadas de atención de salud privada en la mayor parte de los países y la aparición de demandas de los servicios de salud más relacionadas con la satisfacción de las necesidades de atención de las personas que con la mejoría de los indicadores biomédicos poblacionales; la irrupción de nuevos actores educacionales con visiones diferentes de la salud desde la perspectiva de otras disciplinas hasta ahora de menor desarrollo en el ámbito de salud (economía, ingeniería, derecho, etc.); el cambio del perfil demográfico y epidemiológico con las consiguientes demandas de intervenciones promocionales más complejas que las que permitieron buena parte de los éxitos de la salud pública en las décadas anteriores; el ocaso de la relación privilegiada entre las escuelas de salud pública y los “tomadores de decisiones” en el ámbito de salud de los países y la crisis sufrida por muchas universidades obligadas a redefinir su relación con el estado en términos menos dependientes que los acostumbrados previamente.

## LA EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA Y LOS DESAFÍOS DE LA ÉPOCA

Durante las décadas recientes la implementación de cambios en los sistemas de salud y la discusión en torno al carácter de los mismos, supone demandas que no han sido debidamente asumidas por las escuelas de salud pública en cuanto máximos exponentes de la institucionalización de la disciplina que les da razón de ser.

Siendo la educación en salud pública una realidad en la que es posible reconocer responsabilidades más amplias y exponentes que se ubican fuera del ámbito de las escuelas de salud pública, una primera constatación que resulta necesaria de explicitar, guarda relación precisamente con el hecho de que durante el período en cuestión la oferta de programas educativos en materias de salud pública se ha diversificado significativamente.

Esta *diversificación de la oferta educativa*, guarda relación con las insuficiencias que las escuelas de salud pública han demostrado para asumir los desafíos de los cambios, pero no implica que las escuelas hayan sido reemplazadas en su quehacer y en su potencialidad por estos nuevos referentes. En efecto, los nuevos actores educativos por lo general han asumido áreas específicas de la salud pública o de disciplinas afines relacionadas con salud (economía, administración), en lo que respecta a alguna de las funciones universitarias clásicas (docencia, investigación o extensión) y sólo en casos excepcionales, que por lo demás se asemejan más a la creación de nuevas escuelas de salud pública bajo marcos institucionales diferentes a los tradicionales, han asumido el reemplazo de la integralidad del quehacer académico de la Salud Pública.

Una segunda constatación es la *heterogeneidad de la realidad americana* en lo que respecta a la situación actual de las escuelas de salud pública. En general, es posible afirmar que las escuelas de Estados Unidos y Canadá, que fueron activas promotoras del desarrollo de sus pares de Latinoamérica, han mantenido su

prestancia frente a los distintos actores del escenario de la salud internacional así como en sus respectivos países. No ha ocurrido lo mismo con las escuelas de salud pública de América Latina, cuya participación en los procesos de cambio ha ido en franca disminución a lo largo de los años.

Una primera explicación de la diversidad norte-sur en la realidad actual de las escuelas puede encontrarse en el movimiento que les dio origen y en la realidad frente a la cual asumieron sus responsabilidades. En la década del cuarenta, época en que las escuelas de Estados Unidos promovieron la creación de sus símiles de Latinoamérica, los países de la región enfrentaban la necesidad elemental de estructurar sistemas de salud que entregaran cobertura de atención de salud básica y que se hicieran cargo de una acción preventiva y promocional estructuradas, acciones que resultaban imprescindibles para mejorar los inaceptables niveles de salud existentes.

Frente a esta necesidad, las escuelas de Latinoamérica se abocaron a la urgente tarea de colaborar activamente en el diseño de los servicios públicos de salud, en el desarrollo de las tecnologías que les permitieran medir la magnitud de los daños, planificar centralmente las intervenciones y evaluar sus resultados y en el entrenamiento de administradores de salud, epidemiólogos, educadores de salud, estadísticos y otros especialistas en salud pública que hicieran viable el esfuerzo titánico de echar a andar los nuevos servicios de salud.

Los resultados de este trabajo de mas de cincuenta años están hoy a la vista. En la mayor parte de los países de la región existen servicios de salud organizados que son manejados por ejecutivos de salud formados en las escuelas de salud pública de la región. Durante estos mismos años, el nivel de salud de la población ha mejorado, las dramáticas cifras de mortalidad de madres y niños que existían al comienzo del período han descendido significativamente y aunque no sea fácil establecer relaciones de causalidad en fenómenos tan multivariados, pocos dudan del enorme impacto que los servicios de salud han tenido en el logro de estos resultados.<sup>34</sup>

El éxito de la asociación entre servicios públicos de salud y escuelas de salud pública se basó en la dedicación prácticamente exclusiva de las escuelas a la educación, investigación y prestación de servicios dirigidas a desarrollar estas organizaciones basadas en la lógica del “comando y control”. Esta lógica, que fue

---

<sup>34</sup> En el caso de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, una de las primeras en establecerse en Latinoamérica, puede afirmarse sin temor que el Servicio Nacional de Salud nació y se desarrolló al amparo de la Escuela. El servicio fue dirigido por profesores de la escuela y sus alumnos conformaron una pléyade de directivos de establecimientos de salud que hasta hoy continúa dando conducción al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). El impacto del SNS en la mejoría de los indicadores de salud chilenos ha sido unánimemente reconocido y avalado por numerosos estudios (Nota de los autores).

necesaria para el éxito en la respuesta a las demandas de salud anteriores, hoy presenta limitaciones evidentes para responder a los desafíos dados por la irrupción de la lógica del mercado en la estructuración de los sistemas de salud.<sup>35</sup>

De alguna manera, los cincuenta años de trabajo mancomunado entre las escuelas de salud pública y los servicios estatales de salud, implicaron una férrea asociación entre ambas instancias. Tan estrecha ha sido esta alianza, que ha hecho muy difícil la apertura de las instituciones académicas a los requerimientos de la nueva realidad de salud Latinoamericana, incluidos aquellos cambios que resultan necesarios en los propios servicios públicos que ayudaron a estructurar.

Estos nuevos requerimientos (especialmente los del ámbito de formación de recursos humanos) ya han sido señalados previamente<sup>36</sup> pero pueden resumirse en la afirmación siguiente: *si hasta ahora hemos requerido de ejecutivos capaces de saber hacer bien las cosas en salud, hoy requerimos “tomadores de decisión” y líderes de organizaciones de salud capaces de hacer que los demás hagan bien las cosas, gracias a la presencia de incentivos y marcos regulatorios apropiados.*

Así las cosas, las escuelas de Latinoamérica, enfrascadas en la lucha por paliar los efectos del subdesarrollo sobre la salud de las personas, no han tenido la oportunidad de ampliar sus horizontes y de participar activamente en el curso que han seguido las políticas de salud mundiales, manteniendo la independencia que provee el ambiente académico. Esta apertura resulta indispensable ya que el desarrollo desigual y combinado de Latinoamérica hace que hoy coexistan en nuestros países los elementos propios de la compleja realidad de salud del mundo desarrollado y los resabios de tercermundismo.

## ESTADO ACTUAL DE LA EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA EN LAS AMÉRICAS. LA “NUEVA” SALUD PÚBLICA

La educación en salud pública, y en particular las escuelas de salud pública, se desenvuelven hoy en un escenario marcado por dos contextos fundamentales. Por una parte están influenciadas por *el estado del conocimiento y desarrollo tecnológico en salud pública* y, por otra, por el *contexto socioeconómico cultural* de su entorno.

---

<sup>35</sup> Baeza C. “Taking stock of health sector reform in Latin America”. Motivation paper for the HD Week’98. The World Bank, 1998.

<sup>36</sup> “Implicaciones de las reformas de salud...”. Documento I para la Conferencia Sanitaria de Escuelas de Salud Pública.

En ambos contextos, *el cambio y la incertidumbre* son hoy un signo de los tiempos. Si algo caracteriza a la modernidad, es precisamente estas dos condiciones. Los paradigmas cambian y lo que era certeza ayer no lo es mañana. En palabras de Marx: "Todo lo sólido se desvanece en el aire".<sup>37</sup>

Después de haber superado las etapas de mayor énfasis en la mejoría de las condiciones ambientales básicas de las personas y en la intervención más específica e individual en el control de enfermedades, la salud pública se vio sumida en la etapa terapéutica de la medicina de los 40 en adelante y sufrió la desmedida confianza en la atención médica hospitalaria que caracteriza a la medicina contemporánea. Esta última etapa aún la vivimos en todo su esplendor. "Dado que la intervención terapéutica ofrece una gratificación instantánea e individual a los pacientes, proveedores de servicios y políticos, en oposición a los beneficios de largo plazo de la salud preventiva ( los que pueden o no materializarse), la medicina curativa también resulta más popular en las sociedades menos informadas. El énfasis en la medicina curativa es reforzado además por el enorme crecimiento de la industria médica y por las asociaciones médicas, las que tienen una influencia poderosa en los gobiernos".<sup>38</sup>

La confianza desmedida en la intervención terapéutica comienza a disiparse en la medida en que se aprecian hoy los enormes y crecientes costos de la medicina hospitalaria y los magros resultados de la misma en términos de disminución de los daños de salud de la época. Se habla cada vez más de la necesidad de una "nueva salud pública", cuyos orígenes pueden apreciarse en la declaración de Alma-Ata de 1978 y en el énfasis de las declaraciones de OMS en la atención primaria y en el rescate de las prácticas sociales que deben ser estimuladas para conseguir una "práctica de salud" que domine el discurso y la decisión política en materia de salud.

Esta "nueva" salud pública, deberá encontrar el equilibrio entre la dedicación preferente de los sistemas de salud a actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud<sup>39</sup> y la necesidad práctica de organizar los servicios en la forma más racional y efectiva posible. La nueva salud pública debe estar consciente de que para lograr este equilibrio es necesario manejar tecnologías de distinto carácter ya que, si bien es correcto que la intervención es más eficiente si ocurre precozmente en la historia natural de la enfermedad, financiar y gestionar adecuadamente servicios de salud requiere de competencias muy diversas a las necesarias para actuar efectivamente en la intervención poblacional. Ambas áreas de dedicación son parte esencial de la responsabilidad de la salud pública. Es más, la respetabilidad de la salud

---

<sup>37</sup> Berman M. "Todo lo sólido se desvanece en el aire. La experiencia de la modernidad." Pag. 26. Siglo XXI editores. 1995.

<sup>38</sup> WHO. "New challenges for public health". Report of an interregional meeting. Geneva 27-30 de Noviembre. 1995.

<sup>39</sup> Carta de Ottawa para la promoción de la salud. OMS, Salud y Bienestar Social Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. Nov. 1986.

pública y su éxito en la acción de mediación que el sano juicio salubrista favorece, depende de la idoneidad con que logre demostrar que es capaz de aportar al mejor manejo posible de los sistemas y servicios de salud en la práctica concreta.

Además de la heterogeneidad regional ya mencionada en el capítulo anterior, es necesario mencionar que durante las décadas recientes se aprecian algunas tendencias en la evolución de la educación en salud pública en las Américas que se describen en un documento al respecto que forma parte de esta misma publicación OPS.<sup>40</sup>

## LAS REFORMAS DE SALUD Y LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA

El énfasis de las reformas ha estado puesto en aquel componente de los sistemas de salud que guarda más directa relación con las demandas de las personas y con el interés de los gobiernos y líderes de opinión por satisfacerlas o por controlar los costos que esta satisfacción implica, esto es el componente de *atención médica*, y particularmente el de *atención médica curativa*.

Resulta evidente que un enfoque reduccionista como el planteado por las reformas de salud no resulta estimulante para un salubrista que se precie de tal, pero es precisamente por este reduccionismo a lo curativo de las reformas que resulta tan esencial la activa participación de las escuelas de salud pública en el proceso de cambios. Solo así será posible ampliar el horizonte de los cambios a la integralidad del problema de la salud. Ello implica, sin embargo, que las escuelas de salud pública, lejos de apartarse del tema de las reformas por lo reducido de su enfoque, deben asumir el rol que les cabe en la discusión acerca del sistema de salud del futuro y de la forma en que el mismo de respuesta a las necesidades de salud de los tiempos.

Una preocupación adicional de la salud pública cuando de reformas de salud se trata, está representada por la irrupción de los enfoques libremercadistas en el terreno de la salud, sobretudo por aquellos mas promotores de la desregulación en el imperfecto mercado de la salud. La redefinición y puesta en escena de las *funciones esenciales de salud pública*, representa un promisorio camino para la salud pública en el horizonte de las reformas, tanto en cuanto camino para ampliar el horizonte de las transformaciones en salud como para ratificar la importancia de la regulación estatal en el conjunto de procesos que den por resultado una cultura de salud en la sociedad, y un sistema de salud con centro en las personas, orientado por la equidad y la eficiencia en el uso de los recursos de salud.

---

<sup>40</sup> Tendencias de la Educación en Salud Pública en América Latina. OPS, 1998. (Documento de trabajo)

Es precisamente en este último tema donde existen hoy necesidades de comunicación entre los dos mundos que hasta ahora han coexistido en el escenario de las reformas de salud de la región, el de la economía y el sanitario (con la decisión en el primero). Esas necesidades de comunicación pasan por el uso de lenguajes comunes y a ello puede ayudar el desarrollo en el ámbito de la educación en salud pública de aquellas áreas o disciplinas hasta ahora menos fuertes en las escuelas de salud pública de Latinoamérica como la economía de salud, el análisis de políticas, la evaluación de tecnologías, la medicina basada en evidencia (¿por qué no esperar también reformas de salud basadas en evidencia?).

Por lo demás, estas áreas son hoy fuertes en las escuelas de salud pública de EEUU y Canadá, tan fuertes como para que quien desee especializarse en ellas acuda a las escuelas de salud pública y no a las facultades de economía o de ciencias políticas y sociales como ocurre en Latinoamérica.

## DEMANDAS DE LAS REFORMAS DE SALUD Y LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA A LA EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA

Las tendencias de reforma de los sistemas de salud implican la necesidad de cambios en la cultura, los instrumentos de trabajo y los objetivos de la salud pública. Entre las nuevas responsabilidades que derivan de las reformas para la salud pública y las especialidades que la componen, se destacan las siguientes:<sup>41</sup>

- ⇒ Construir alianzas con los prestadores de servicios sanitarios y sociales para lograr cuidados de salud de mayor calidad, más próximos a las necesidades de los ciudadanos, con mayor orientación a las poblaciones diana, cercanos a la población y más centrados en la prevención.
- ⇒ Desarrollar de técnicas de evaluación y monitorización continua de las necesidades de la población y de las condiciones en que ésta desea que se le ofrezcan los servicios. Monitorear la equidad en el acceso a los cuidados y servicios preventivos a la población.
- ⇒ Disponer de información permanente acerca de los proveedores locales, como referente a las prácticas de excelencia, para distribuirla a las autoridades encargadas de la compra de servicios, de manera que permitan la “contratación basada en la evidencia”. Es decir, una contratación basada en parámetros objetivos sobre qué y a quién comprar.

---

<sup>41</sup> “La organización de la salud pública, su reforma en las reformas”. Manzanera R., Segura A. Y Fernández J. Capítulo 3 en “Informe SESPAS 1998. Escuela Andaluza de Salud Pública”.

- ⇒ Facilitar a los ciudadanos, directamente o a través de mediadores (organizaciones ciudadanas, médicos generales, etc.), la información que permita el ejercicio de la mayor autonomía personal en el cuidado de su salud, de la de sus familiares y en la utilización de los servicios sanitarios. Se trata de lograr el máximo de decisiones informadas sobre el cuándo y adonde acudir.

La nueva organización de los servicios de salud, basada en la separación de las funciones de financiamiento, compra y provisión de servicios, provee de un contexto adecuado para hacer posible el cumplimiento de los objetivos de la salud pública. Perfeccionar los “contratos” (compromisos de gestión, convenios de desempeño) dándoles contenido coherente de salud, constituye una responsabilidad de la salud pública de gran trascendencia en el escenario de los cambios actuales y que sin duda contribuirá a posicionarla en concordancia con las tendencias futuras.

Al respecto, la salud pública debería apoyar el desarrollo de políticas de salud evaluando necesidades, identificando grupos vulnerables, definiendo prioridades, diseñando y evaluando programas de salud. A la vez, debería identificar, sobre la base de la información científica disponible o al consenso profesional, las prácticas profesionales más eficaces para promover la salud de las personas y reducir la carga de enfermedad. Desarrollar los marcos de actuación más adecuados para conseguir servicios sanitarios más efectivos y eficientes: guías de práctica, coordinación de actuaciones, auditorías e investigación de resultados, apoyo y desarrollo de organizaciones de iniciativa social. Finalmente, debería promocionar la salud de las personas a través de programas específicos de apoyo.<sup>42</sup>

El documento “Implicancias de las reformas sectoriales y las funciones esenciales de salud pública en la educación en salud pública en las Américas”, identifica demandas para la educación en salud pública como resultado de las reformas sectoriales y de la revalorización y redefinición de las funciones esenciales de salud pública.

## VISIÓN DE LA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DEL FUTURO

En cuanto fin o aspiración social en sí misma y en tanto capital social, la salud de las Américas requiere de escuelas de salud pública respetadas en cuanto representantes del “estado del arte” en el conocimiento y desarrollo tecnológico de salud pública. La respetabilidad se basa además en su cualidad de ser centros académicos independientes de los intereses en pugna en los procesos de cambio y desarrollo de los sistemas de salud; en su capacidad y disposición a servir de foro y espacio de discusión capaz de dar confianza a los actores de salud; en la calidad del conocimiento y tecnología producidos; en la calidad y capacidad de los recursos humanos formados en sus aulas para generar políticas y conducir organizaciones de cuidados de salud de

---

<sup>42</sup> Id a cita 11.

diversos tipos; en su capacidad de convocatoria social y en su carácter de comunidades organizadas para servir a las personas y a sus aspiraciones en materia de salud.

## MISIÓN DE LAS ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA

Resulta aventurado sugerir una misión para las escuelas de salud pública. Las misiones se concuerdan entre quienes integran una organización y suplantarlos en esta función resulta imposible. Sin embargo, es posible proponer ideas acerca de misión que sirvan de orientación a cada colectivo.

Entre los elementos que se sugieren para una definición de misión destaca, en primer lugar, la mención a la contribución que las escuelas esperan hacer al logro de mejores condiciones de salud, en cuanto estado óptimo que se tiene o se pierde (fin en sí mismo) y que constituye un recurso para que los pueblos construyan sus proyectos de vida, controlen su entorno y puedan competir en la economía globalizada (protección del capital humano).

Aparte de este fin último, también parece existir consenso en torno a que las escuelas tienen estrategias de docencia, investigación, desarrollo tecnológico y cooperación técnica que esperan contribuyan al logro del fin superior, y que las mueven principios tales como la promoción de la *equidad y la eficiencia en el uso de los recursos de salud y la voluntad de hacer de las personas el centro y referente fundamental de todo sistema de salud*.

## FORTALEZAS, DEBILIDADES, OPORTUNIDADES Y AMENAZAS PARA LAS ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA

La principal *fortaleza* de las escuelas está dada por su capacidad de hacerse cargo del desarrollo integral de la salud pública en un ambiente académico.<sup>43</sup> Esta última condición les permite un alto grado de independencia respecto a los intereses presentes en el escenario de las reformas de salud que constituye un activo fundamental de las escuelas.

La integralidad del quehacer académico, la preocupación de las escuelas por la formación de recursos humanos así como por la investigación, desarrollo tecnológico, prestación de servicios y cooperación técnica, provee de un ambiente educativo que es exclusivo de las escuelas y que se constituye en su gran ventaja comparativa respecto al resto de las instituciones involucradas en la educación en salud pública.

---

<sup>43</sup> El término "académico" es usado aquí para representar un ambiente de búsqueda del conocimiento caracterizado por la libertad intelectual y la estrictez metodológica. No constituye un sinónimo de Universidad. En otras palabras, caben aquí las escuelas que cumplen con la condición de ser instituciones académicas aun sin ser amparadas por Universidades. (N. De los A.).

Por otra parte, la tradición de las escuelas y su experiencia de décadas en materia de educación en salud pública, constituye también una fortaleza importante, si bien es cierto que la experiencia ha significado un cierto grado de acostumbramiento a una forma de hacer las cosas que se transforma en una debilidad a la hora de enfrentar el cambio.

Finalmente, la calidad de sus cuerpos académicos, su condición de expertos y profesores, les provee de una autoridad formal que es reconocida por ese sólo hecho en el ambiente interesado en temas de salud. Si esta autoridad formal se acompaña de la calidad y pertinencia del contenido del discurso, se convierte en una fortaleza real ante los actores y tomadores de decisión del ámbito de las reformas de salud.

Como cara opuesta de la medalla o como mirada alternativa de las cualidades de las escuelas, la principal *debilidad* de las escuelas está dada por su dificultad de asumir nuevas realidades y escenarios, por su “pesadez institucional”. A las escuelas les resulta difícil aceptar la presencia de nuevos paradigmas y adaptarse a nuevos escenarios. Como consecuencia, han sido dejadas de lado como referentes y como productores de conocimiento y tecnología por parte de los tomadores de decisión en materia de reformas de salud.

Este relativo aislamiento de las escuelas respecto al ambiente de toma de decisiones en materia de reformas de salud, *amenaza* seriamente el futuro de algunas de ellas y fortalece el desarrollo de alternativas de formación y de investigación o estudio que sean más proclives a desarrollar conocimiento o entrenamiento adecuado a las necesidades de las reformas de salud. Implica también que, en ausencia de espacios de reflexión crítica sobre los grandes temas de las reformas de salud, las decisiones se tomen más de acuerdo con consideraciones de orden político que con apego a los principios orientadores de las escuelas.

Como debilidad institucional más importante, se destaca la rigidez de la estructura organizacional de las escuelas, su estructuración compartimentada y sus dificultades de trabajar interdisciplinariamente. A ello se agrega, en muchas escuelas de Latinoamérica, la carga que significa acarrear con los problemas de la universidad, institución que atraviesa por momentos de crisis y redefiniciones, especialmente en lo que respecta a las universidades estatales. La principal manifestación de esta debilidad está dada por la estrechez de presupuesto, la dificultad de gestionar autónomamente los recursos derivados de su propia actividad y la rigidez de los sistemas de retribución salarial a los cuerpos docentes, lo que ha implicado el éxodo progresivo de talentos en busca de mejores horizontes.

Pese a las dificultades que viven las escuelas, el escenario de las reformas de salud significa una gran *oportunidad* de desarrollo para aquellas que sepan reorientar su quehacer adecuadamente. En efecto, los tomadores de decisión en

materia de salud, están ávidos de un aporte como el que las escuelas podrían hacer en materia de proveer de espacios de reflexión para la discusión de los actores de salud; en materia de entrenamiento de los líderes y trabajadores de salud que requieren las organizaciones de salud; en materia de acumulación de evidencia que avale las decisiones de la gran política de salud y del diario vivir de las organizaciones; en materia de evaluación y generación de tecnologías; en materia de asesoría directa a los servicios y en materia de cooperación técnica en general.

Tanto la oportunidad como las amenazas existen y son reales. De lo que se trata es de avanzar utilizando nuevas estrategias basadas en la fortaleza de la tradición sanitaria y en la disposición al cambio que es requisito de toda institución académica.

## ESTRATEGIAS DE DESARROLLO DE LAS ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA

Se propone estructurar la discusión acerca de estrategias en torno al desarrollo de aquellas “capacidades” que pueden permitir una mejor inserción de las escuelas en el escenario de cambios en salud. Estas capacidades son las siguientes:

- ⇒ La capacidad de articulación política.
- ⇒ La capacidad pedagógica y docente.
- ⇒ La capacidad de investigación y desarrollo de tecnologías.
- ⇒ La capacidad de desarrollar la cooperación técnica.
- ⇒ La capacidad de gestión de las escuelas de salud pública.

### EL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD DE ARTICULACIÓN POLÍTICA.

#### *DEL AISLAMIENTO EN EL CLAUSTRO A LA INSERCIÓN ACTIVA EN EL ÁMBITO DE LAS DECISIONES EN SALUD*

Dado que el actor más relevante de las reformas de salud (las personas) suele estar ausente en la decisión respecto al carácter, organización y financiamiento de los sistemas de salud, la primera estrategia que es necesario destacar en el área de la capacidad de articulación política de las escuelas, está relacionada con la demanda de *fortalecer la cultura sanitaria y la organización de las personas en cuanto clientes y verdaderos propietarios de los sistemas de salud*. Para ello, resulta esencial entender que las tareas y responsabilidades institucionales en salud rebasan al ámbito de los servicios de salud estatales o públicos en general. El tema de salud es tarea *de estado* al nivel de los países, por cuanto requiere de conciertos sociales y de horizontes de tiempo que superan a los de un gobierno, pero ello no es sinónimo de opción preferente

y a veces casi exclusiva por el sistema de provisión de servicios del estado cuando se trata de definir la estrategia de desarrollo de una escuela de salud pública.

Una escuela de salud pública debe trabajar por la salud de la población, y ello implica ofrecer el producto de su quehacer y su ambiente de trabajo a la comunidad y a las instancias que desempeñan algún rol en la provisión organizada de servicios de salud, en su financiamiento o en la gestión de ese financiamiento y, por supuesto, en la regulación que permita el ordenamiento virtuoso de un sistema de salud.

Dado que uno de los cambios políticos, organizacionales y culturales más relevantes contenidos en las reformas de salud se refiere al cambio del rol del estado desde proveedor (en cuanto función esencial) a rector del sistema de salud y orientador de la cultura de salud de la sociedad, las escuelas de salud pública deben colaborar para hacer posible esta transformación.

Algunas escuelas han desarrollado con éxito iniciativas masivas de educación en lo que se ha dado en llamar "*gobierno en salud*",<sup>44</sup> dirigidas a los responsables de la rectoría de sistemas nacionales o locales de salud. En la misma dirección, la *participación de las escuelas de salud pública en instancias colectivas de decisión o asesoría a los gobiernos* en materia de políticas de salud es también parte de esta estrategia dirigida a elevar la capacidad de articulación política de las escuelas.

En el mismo sentido, las escuelas deberían promover activamente la creación de instancias de este tipo, partiendo por establecer *cuernos colectivos de asesoría a los cuernos directivos de las propias escuelas*, integrados por representantes de los sectores público, privado, comunitario, otros sectores académicos, etc., lo que puede ser una muy buena forma de generar una retroalimentación permanente entre el quehacer de la escuela y las necesidades reales de los actores clave de las reformas de salud.

La articulación política pasa también por hacer uso intencionado de la ventaja comparativa de las escuelas para servir de *foros independientes de discusión de alto nivel respecto a políticas de salud*. El apasionamiento e ideologización de la discusión de salud, a menudo tensionada entre los intereses políticos, empresariales y corporativos, se verían disminuidos si se ofrece a los actores un espacio académico que exija respeto a un método y a un estilo de trabajo más favorecedor del diálogo que el actualmente existente.

Otro ámbito que exige preocupación y diseño estratégico por parte de las escuelas para posicionarse con mayor fuerza en el escenario de las reformas de salud, es el de los medios de comunicación, que hoy son un importante actor (más que sólo emisor) en materia de reformas de salud. Es perfectamente posible imaginar un diseño que permita a las escuelas ocupar *espacios en los medios de comunicación masiva* ya sea en cuanto opinantes frente a temas de interés público o en cuanto responsables de

---

<sup>44</sup> ENSP. Escola de Governo em Saúde. Programa dirigido a altos ejecutivos de salud de Brasil. 1998.

proyectos intencionados dirigidos a hacer opinión en materias de salud. Es especialmente trascendente la labor de *abogacía* de los intereses de las personas que las escuelas pueden realizar usando estos espacios.

Finalmente, y muy ligado con el punto anterior, la identificación de lo que podría llamarse "*buenas prácticas en salud*" para su difusión o repica, constituye también una actividad de las escuelas que puede permitirles reforzar su presencia al nivel de los servicios de salud. Es posible imaginar diversas formas de propender al desarrollo de estas prácticas sociales ejemplares que cuenten con un activo rol de las escuelas de salud pública.

## EL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD PEDAGÓGICA Y DOCENTE.

### *DE LA FORMACIÓN DE ADMINISTRADORES A LA DE LÍDERES*

Reiteramos aquí la trascendencia que tiene para el futuro de las escuelas la redefinición de la calidad de su oferta docente de acuerdo a los requerimientos de los cambios. Esta redefinición debe tomar en cuenta tanto las características y perfiles de los "*nuevos salubristas*" en términos de su formación previa y en materia de las competencias que el nuevo escenario de salud les exige.

Esta redefinición del perfil del salubrista que requieren los nuevos tiempos debería ocupar un espacio privilegiado en la reflexión de las escuelas de salud pública. No basta con señalar que las nuevas demandas exigen cualidades de liderazgo; comprensión global de los fenómenos de salud y de su relación con el conjunto de las políticas sociales; capacidad de identificar problemas y hacer posible su resolución basándose en el trabajo colectivo e interdisciplinario; capacidad de sostener conversaciones intencionadas que conduzcan a avances en los logros de la misión institucional; capacidad de negociación; capacidad de planificar estratégicamente; flexibilidad; etc. Idealmente este nuevo perfil debería traducirse en acciones concretas de las escuelas para diseñar programas de estudios conducentes al logro de estos resultados educativos.

Dado que los nuevos salubristas ya no proceden solamente del ámbito de las profesiones tradicionales de salud, los programas deberían contemplar una preocupación por los diversos intereses que llevan a otros profesionales (abogados, economistas, científicos sociales, políticos, ingenieros industriales, periodistas, etc.) a ingresar al mundo de la salud pública. Es muy probable que los equipos de salud futuros tengan una composición diversa y flexible, con trabajadores de salud de diferentes orígenes y especialidades, los que se sumarán a los equipos dependiendo de la circunstancia o el problema a enfrentar.

La identificación de las competencias requeridas por los distintos componentes de la fuerza de trabajo en salud se constituye en un aspecto esencial de la estrategia de las escuelas de salud pública. Al respecto, diversos eventos han propuesto clasificaciones del personal de salud de acuerdo a las competencias esperadas, desde los "*tecno-*

*burócratas de la salud pública*”, término acuñado para agrupar a los tomadores de decisión de alto nivel hasta el *personal asesor de administración, pasando por el personal a cargo de cuidados directos, el personal a cargo de tareas relacionadas con el cuidado del ambiente, los trabajadores de la información (epidemiólogos, especialistas en informática) y los educadores comunitarios.*<sup>45</sup>

Otro aspecto importante de la estrategia educativa de las escuelas de salud pública se vincula a la necesidad de considerar niveles distintos de entrenamiento que incluyan las formas tradicionales de postgrados conducentes a grados académicos, programas de pregrado y a la educación continua de los distintos actores sanitarios. Los programas a distancia pueden resultar en una buena alternativa de masificación de los programas formativos, pero deben coexistir con las alternativas de entrenamiento que permitan la exposición de los estudiantes a la riqueza del entorno multidisciplinario que las escuelas posean o promuevan.

Este último aspecto (el del ambiente de aprendizaje) es tan relevante como el de los contenidos de la formación. Las escuelas deberían promover un aprendizaje activo, más basado en la activa participación de los alumnos en la evaluación y resolución de problemas que en la reiteración de clases expositivas o seminarios previamente estructurados en forma rígida. La exposición de equipos de salud a la docencia que les ayude a resolver sus reales y cotidianos problemas resulta más valiosa que la enseñanza teórico-práctica tradicional.

Independientemente de su rol en los sistemas de salud, todos los educandos deberían exponerse a un ambiente en que se favorezca la crítica, el libre examen de las ideas y la exposición de posiciones diversas frente a los cambios en salud.

Desde el punto de vista de la conformación de los cuadros docentes de las escuelas, lo anterior implica una integración intencionada de docentes con orígenes similares a los de los nuevos alumnos, lo que puede verse favorecido por el desarrollo de actividades de investigación multidisciplinaria como las que se describen más adelante. Las disciplinas de más reciente incorporación en el seno de las escuelas deberían ser reforzadas activamente, ya que todas las tendencias apuntan hacia una progresiva importancia de las mismas en el escenario de la salud. Disciplinas como la *economía de salud y el análisis de políticas* son especialmente importantes de mencionar, ya que es en esas áreas donde hoy se da la principal carencia de las escuelas en términos de sus posibilidades de establecer un diálogo activo con los tomadores de decisión que participan en las reformas de salud desde esa perspectiva. Al respecto, parece recomendable evitar por todos los medios caer en la confrontación entre economistas y médicos sanitarios, conflicto que a nuestro juicio ha teñido negativamente el escenario de las reformas, en el cual ambos enfoques son necesarios y legítimos. Las nuevas aproximaciones de la epidemiología a la evaluación de

---

<sup>45</sup> WHO. International workshop on new approaches to public health training in the western pacific. 1993.

prioridades en materia de salud, representan una interesante área de diálogo economía-salud, a través del lenguaje común del método científico. También representan una oportunidad para proponer y consensuar un conjunto claro de principios éticos que ayuden a evitar que la definición de prioridades se convierta en un mero ejercicio presupuestario.<sup>46</sup>

## EL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD DE INVESTIGACIÓN Y PRODUCCIÓN DE TECNOLOGÍAS.

### *DE LA REPRODUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO*

#### *A LA GENERACIÓN ACTIVA DEL MISMO*

En la región de las Américas y en todos los países que hoy intentan cambios de esta naturaleza, los responsables de las reformas de salud tienen una urgente necesidad de evidencia que les permita fundamentar decisiones que a menudo resultan cruciales y difíciles de retrotraer. La prevalencia de prejuicios y voluntarismo extendidos dentro de la realidad actual de los procesos de toma de decisiones en materia de políticas de salud, demanda la necesidad de generar una verdadera cultura de *salud pública basada en evidencia* que se imponga en el ámbito de la microeconomía de los sistemas de salud.

La generación de evidencia para apoyar las decisiones nacionales puede resultar de la investigación dirigida a evaluar experiencias nacionales en la materia o problema que será materia de transformación, como también, aunque resulte más difícil y lento, del diseño de estudios de investigación especiales para tal fin. La evaluación sistemática de la evidencia internacional acumulada en materia de reformas de salud resulta muy atractiva como estrategia de posicionamiento de las escuelas de salud pública en el tema y como colaboración concreta con los “tomadores de decisión” en la materia.

Es posible pensar en términos similares en lo que respecta a la *evaluación de tecnologías de salud* como un área relevante a ser desarrollada por las escuelas de salud pública, tanto en lo que respecta al análisis de la evidencia disponible sobre la pertinencia y costo efectividad de intervenciones específicas para el enfrentamiento de determinados daños de salud, como en la evaluación de los mismos atributos para intervenciones más complejas y dirigidas al ámbito poblacional, tales como el mejor enfoque organizacional de un determinado programa de cuidados primarios, u otras intervenciones de salud pública que requieren de evaluación urgente, como las dirigidas a la promoción de salud en la población total o en grupos específicos.

---

<sup>46</sup> WHO. “New challenges for public health”. Report of an international meeting. Geneva, 27-30 Nov. 1995. Pag. 31.

Como se adelantaba con relación a la capacidad pedagógica, la promoción de la intersectorialidad y la *interdisciplinariedad* resultan esenciales para poder enfrentar problemas complejos como los que se presentan en el camino de las reformas de salud. La conformación de grupos de estudio con ese carácter debería permitir ofrecer respuestas más adecuadas a los problemas relevantes de los sistemas de salud. Hoy existen carencias importantes en materia de conocimiento de las reales inquietudes, aspiraciones y valores presentes en las personas en su relación con los sistemas de salud, las que sólo pueden ser respondidas usando abordajes integrales, con especial aporte de las ciencias sociales y de la conducta. Como se reiterará con relación a la gestión de las escuelas, la activa promoción del trabajo interdisciplinario debería contribuir también a modernizar la organización interna de las escuelas.

Una limitante obvia que las escuelas encuentran en esta materia, esta dada por la dificultad de acceso al financiamiento de su investigación. Es necesario alcanzar un balance adecuado entre la necesidad de desarrollar investigación “a pedido” de gobiernos y agencias y la de desarrollar investigación más autónoma que podría no interesar a algunos financistas. La capacidad de articulación política parece esencial para ganar espacios en la prioridad que las agencias nacionales le den al financiamiento de la investigación en salud pública.

## EL DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA.

### *Tejiendo Redes de Colaboración para el Beneficio Mutuo y el Logro de los Objetivos Comunes*

La diversificación de la oferta educativa a la que se alude anteriormente en el documento, representa una oportunidad para las escuelas de salud pública. Es posible conformar alianzas con aquellos grupos que han desarrollado gran capacidad de investigación y diseño de políticas para el enfrentamiento de problemas específicos así como para complementar las capacidades educacionales de las escuelas. En general, parece importante que estas alianzas, permitan crecer en el desarrollo de las áreas más débiles al interior de las escuelas. Si las alianzas se dan sólo para desarrollar programas docentes en los que cada instancia aporte un capítulo del plan de estudios no es posible esperar un gran desarrollo posterior de las escuelas en las áreas que esperan reforzar.

Por otra parte, las escuelas deberían estar atentas a las oportunidades que se dan en el escenario de la cooperación internacional. Como ejemplo, es digna de mencionar la iniciativa que han tenido diversos gobiernos en materia de desarrollar *grupos de apoyo a las reformas de salud* dirigidos a dar seguimiento a los cambios sobre la base de un diálogo conjunto con organismos multilaterales como la OPS, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y las instancias de cooperación de países de Norteamérica y Europa. Las escuelas constituyen un escenario ideal para posibilitar estas mesas de diálogo y pueden resultar muy beneficiadas con la exposición a estos eventos.

## EL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD DE GESTIÓN

### *HACIA LA ORGANIZACIÓN MODERNA DE LAS ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA*

Plantearse el objetivo de lograr una mayor autonomía económica y de decisión parece saludable. Como ya se señalara, muchas veces el marco institucional estatal o el universitario, que representa sin duda ventajas esenciales para las escuelas, significa a la vez limitantes importantes en materias tan sensibles como la posibilidad de contar con los recursos que las escuelas generan a través de sus programas de servicio e investigación.

Esta es una dificultad real, pero que ha sido enfrentada con éxito por algunas escuelas de la región. El caso de la ENSP de Río de Janeiro es ejemplificador al respecto. El amparo de una fundación privada controlada por los propios académicos de la escuela, permite un manejo flexible y autónomo de los recursos, otorgar incentivos a los docentes e investigadores de acuerdo a su productividad y excelencia y subvencionar áreas de desarrollo esenciales pero a veces poco atractivas para los académicos.

Como en otras organizaciones creadas al amparo del aparato del estado, las escuelas de Latinoamérica tienen limitantes externas para poder gestar su propia autonomía dado que la cultura organizacional no está adaptada a las nuevas formas de gestión. Un esfuerzo por modernizar los sistemas de gestión administrativa y acoplarlos al ritmo impuesto por las instituciones públicas y privadas en materia de evaluación por resultados, planificación plurianual con metas claras y definición de responsabilidades para los centros de gestión y recursos humanos es imprescindible.

Finalmente, aunque parezca reiterativo, la apuesta a lo interdisciplinario es también una apuesta al cambio organizacional. Es difícil pensar que las escuelas van a cambiar “por decreto” en materia de estructura. Pasar de una estructura tradicional, de departamentos departamentales, a una de tipo “matricial” podría ser más fácil si se asienta en la experiencia de trabajo común frente a problemas específicos.

## CONSIDERACIONES FINALES

Como se señala previamente, han transcurrido más de 50 años desde que la idea de conformar escuelas de salud pública se extendiera por las Américas como resultado del esfuerzo pionero de grandes hombres que vislumbraron la trascendencia que tenía para nuestros pueblos el contar con una estructuración formal de la disciplina que les da identidad. Esos hombres deseaban extender una experiencia que ya mostraba frutos promisorios en el norte del mundo y lo hacían movidos por un ideal que persiste hasta nuestros días: el de reconocer que la importancia del desarrollo y avance de la educación en salud pública en las Américas sigue vigente y debe expandirse a lo largo y ancho de la región.



# 8

---

---

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

---

---

La conferencia dio lugar a un momento de reflexión y a un amplio debate sobre el tema de la educación en salud pública en la región, haciendo énfasis en las implicaciones que las Funciones Esenciales de Salud Pública y los procesos de Reforma del Sector tienen para el desarrollo de los recursos humanos a involucrarse en tan importante área de la salud.

El trabajo de grupo tuvo como propósito obtener la máxima cantidad de visiones sobre la temática en cuestión, considerando la diversidad que caracterizaba a los participantes en la conferencia tanto por su procedencia geográfica como por su experiencia profesional en el ámbito de la salud pública.

En lo fundamental, los grupos reflexionaron y discutieron sobre los siguientes aspectos:

- ⇒ Demandas de las Reformas de Salud y las Funciones Esenciales de Salud Pública a la educación en salud pública.
- ⇒ Juicio crítico respecto a la actual influencia de las instituciones educacionales del ámbito de la salud pública en las reformas de salud.
- ⇒ Proposición de estrategias de desarrollo futuro de la educación en salud pública en el contexto de cambios en salud en las Américas.

Pese a no estar específicamente considerado en las pautas establecidas para la discusión, la primera parte del trabajo de grupo se dedicó a la crítica de los procesos de RS en el continente, y se evaluaron los aspectos positivos y negativos producto de dichos cambios.

Reconociendo el enorme desafío que enfrenta la educación en salud pública en el nuevo contexto latinoamericano de cara al siglo XXI, los participantes en general contribuyeron con aportes enriquecedores y significativos que definitivamente sientan las bases para la agenda del futuro. Las contribuciones, que se desprenden tanto de las conferencias magistrales sintetizadas en este informe y de los comentarios a las mismas como de los aportes recibidos del trabajo de cinco grupos conformados por todos los participantes, son recogidas a continuación.

## DESAFÍOS Y ENFOQUES CONTEMPORÁNEOS DE LA SALUD PÚBLICA

Las razones para reformar los sistemas de salud varían en dependencia del contexto nacional y de la eficiencia alcanzada por los sistemas, no obstante, la razón más importante es que los encargados de las políticas reconocen que los planes de *servicios específicos determinan costos diferenciales pero reales*. Esto es importante porque en los países de la región, los escasos recursos financieros tienen que ser usados de manera que permitan el máximo de eficiencia de los sistemas de prestación de servicios y de igualdad de acceso, así como una buena coordinación entre los proveedores públicos y privados.

El papel de los gobiernos como organismos rectores se considera fundamental, y tiene que ver con la capacidad que estos tengan de regular a los diversos actores involucrados en los sistemas de salud y con la capacidad de dar coherencia a los cambios y ser consecuentes con los principios de aceptación universal. No obstante, se destaca la necesidad de que esta *rectoría se base en el consenso de la sociedad* acerca de los cambios a impulsar en las áreas claves de los sistemas de salud.

*El diseño de un sistema nacional de estándares en salud pública* para medir la eficiencia del sistema a distintos niveles es un reto para el personal de todos los ministerios del área. Dicho sistema permitiría a los encargados de formular las políticas de salud conocer el progreso alcanzado en la implementación de las mismas. La tarea que se propone no es fácil y requiere la integración de otras agencias incluyendo a las Escuelas de Salud Pública. No obstante, la oportunidad que ofrecen los procesos de reforma del sector para llevar a cabo dicha acción es única y debe ser aprovechada.

Parte del éxito atribuible a los servicios de Salud Pública está en haber contribuido significativamente a la reducción de muchas enfermedades contagiosas y a su impacto positivo en el medio ambiente. A pesar de estos logros, al hablar de *nuevos enfoques* resulta imprescindible reconocer la necesidad de mantener la relación homeostática que debe existir entre las entidades de servicio y su ambiente, y consiguientemente adaptar las respuestas apropiadamente. En este sentido, los requerimientos para enfrentar los retos del siglo XXI incluyen lo siguiente:

- ⇒ los servicios de salud pública son provistos por un consorcio que incluye al estado,
- ⇒ el financiamiento de los servicios de salud debe considerar nuevas formas de seguro,
- ⇒ los avances tecnológicos deben fortalecer los nuevos enfoques de la salud pública,
- ⇒ la salud del adolescente debe recibir un mayor énfasis,

- ⇒ el proveedor debe poseer habilidades para el manejo de las enfermedades crónicas,
- ⇒ los servicios y alternativas de la medicina tradicional deben ser tomados en serio.

## REFORMAS DEL SECTOR SALUD (RS)

Entre los aspectos importantes de los cambios, se destacan como aportes positivos a la salud pública y a la mejoría de los servicios los avances en materia de la *separación de funciones y la introducción de una cultura de evaluación de resultados* por parte de los entes encargados de gestionar el financiamiento y de proveer los servicios. Asimismo, se coincidió en destacar la *descentralización y revalorización de lo local* como un aspecto positivo de la RS. También se mencionan los resultados de las RS en materia de reducción de costos. La *modernización de la gestión pública* introduciendo técnicas de gerencia moderna más adecuadas a la necesidad de evaluar resultados y comprometer metas e indicadores de gestión en la negociación de recursos entre los entes asignadores y las instancias proveedoras de servicios fue igualmente destacada. Finalmente, también fue destacada la *preocupación por la calidad* y por los aspectos cualitativos ligados a la percepción de las personas de sus necesidades de salud y de la forma en que estas son satisfechas. La activación de procesos sociales en sectores como educación y organismos no gubernamentales entre otros, es considerada como un aporte de las RS que resultó digno de ser destacado por algunos grupos, aunque también encontró oposición por ser considerado insuficiente.

Los aspectos negativos más destacados están relacionados al excesivo *énfasis de las RS en la atención de la enfermedad* y el descuido de la promoción y prevención, así como de una *participación social organizada*. También se indicaron las carencias en el abordaje de *temas ambientales*. La *débil regulación* estatal de las actividades privadas en la provisión de seguros y servicios de salud fue igualmente señalada como una insuficiencia importante.

En general, hubo coincidencia en indicar como un aspecto negativo de las RS su *excesivo énfasis en la eficiencia económica*. Algunos destacaron la desarticulación intersectorial como una carencia y casi todos coincidieron en estimar negativa la privatización de algunas funciones estatales básicas en el ámbito de la regulación. Igualmente, como un elemento negativo se mencionaron el aumento de costos y la profundización de la inequidad en el acceso a los servicios en algunos países de la región.

A juicio de los participantes, las RS han resultado ser una espada de doble filo para las escuelas de salud pública. Los cambios han representado muchos desafíos pero las escuelas no han tenido mayor acceso a recursos derivados de los préstamos de las agencias financieras multilaterales (BIRF, BID) involucradas en la promoción de los cambios, consultoras extranjeras o nacionales han ocupado el papel en la asesoría a estas últimas instancias. Esta situación se ha puesto en evidencia cuando se ha

requerido investigar problemas relevantes pero cuyo estudio no ha sido demandado por los gobiernos y las citadas agencias. En algunos casos, las escuelas habrían sido excluidas por un diagnóstico a priori de su retraso tecnológico por parte de los responsables de tomar decisiones en el ámbito gubernamental y en las agencias financieras. En otros, por una “autoexclusión” derivada de la falta de acuerdo de sus cuerpos académicos con la orientación de las RS.

Al mismo tiempo, se coincidió en estimar que la mayor parte de las escuelas de la región, particularmente las de América Latina, han estado al margen de los cambios por el retraso del desarrollo de las capacidades y tecnologías necesarias para incorporarse a los mismos. La *carencia de interdisciplinariedad* en la investigación y en la gestión de las escuelas ha contribuido al aislamiento al persistir un enfoque sanitario tradicional que no ha asimilado la irrupción de perspectivas y actores diversos en el escenario de los sistemas de salud. Para algunos de los participantes, las escuelas han preferido permanecer al margen para ejercer desde fuera una crítica fácil e inconducente de los mismos. Sin embargo, dado que las escuelas cuentan con el potencial necesario para enfrentar integralmente los nuevos requerimientos, todos estuvieron de acuerdo en la necesidad de insertarse activamente en los procesos de cambio, criticando desde dentro y ejerciendo una vigilancia permanente para mantener los procesos dentro de los principios universalmente aceptados como la base de los sistemas de salud.

## FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA

Las *funciones esenciales de salud pública* deben ser destacadas y la educación en salud pública debe proponerse incorporar una visión de la salud más compleja (la salud no es solamente la ausencia de enfermedad), así como poner de relieve la necesidad de que el estado asuma una fuerte responsabilidad en la regulación y orientación de los cambios en acuerdo a los principios de equidad, solidaridad y eficiencia. El tema valórico en los cambios fue puesto de manifiesto en reiteradas ocasiones durante la conferencia, igualmente, la necesidad de profundizar en el estudio de los *temas éticos ligados a las decisiones de alcance poblacional en salud*.

A juicio del colectivo, hoy existe una importante brecha o “*eslabón perdido*” entre las FESP y las RS. La brecha existe por la escasa capacidad de liderazgo que se observa en las escuelas en materia de diseño de políticas de salud y de influencia en los tomadores de decisión. Si se es ciego a otras perspectivas, como las económicas o ambientales, el liderazgo se torna aún más difícil. Llenar esta carencia es esencial para acercar los dos enfoques —promoción de una cultura de la salud y acceso a servicios de salud de calidad para toda la población— y lograr un equilibrio apropiado en los cambios a llevar a cabo en el sector salud.

Los participantes consideraron fundamental incrementar la organización y participación de las comunidades en el proceso de toma de decisión en materia de cambios en salud. Además, estimaron que la influencia de la comunidad en los cambios solo puede lograrse si se incrementa el grado de “*alerta*” de las mismas frente a los

*problemas de SP.* Igualmente fueron señaladas como carencias la falta de estándares y herramientas de medición de los grandes objetivos del cambio como son la equidad, el acceso a los servicios y la integridad de los mismos. Uno de los grupos consideró que una nueva FESP sería la habilidad de *transformar la investigación en salud pública en políticas de salud concretas.*

## DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD PÚBLICA

Con respecto al *desarrollo de los recursos humanos* en salud pública hay que tener presente que la reforma sectorial tiene sobre ello grandes implicancias. Los recursos humanos constituyen un factor crítico para el desarrollo de la infraestructura de salud pública. Si se aspira al éxito de la reforma del sector, es necesario asegurar que el personal de salud pública —no necesariamente médico— esté adecuadamente entrenado. Las enfermeras como principal punto de contacto entre los pacientes y el sistema de salud tienen un papel clave.

## ORIENTACIONES DE POLÍTICA

*Las políticas para el desarrollo de recursos humanos* deben ser congruentes con los objetivos y programas del sector y deben elaborarse en cooperación con otras organizaciones. Es recomendable, por tanto, que los sistemas de salud pública se guíen en base a metas en salud pública claras y específicas, que los planes y políticas de recursos humanos se amplíen y abarquen todos los elementos relevantes, que los planes de largo plazo se analicen con mayor énfasis y, finalmente, que los vínculos entre salud, servicio social y el sector educativo se vean fortalecidos.

Más que producir profesionales de la salud tradicionales las escuelas de salud pública deben concentrarse en el *desarrollo de liderazgo*. Los programas de educación en salud pública están llamados a desarrollar líderes y gerentes dispuestos a tomar riesgos y ser capaces de procurar un sistema de servicios de salud eficiente, efectivo e igualitario. Hay una necesidad real de desarrollar gerentes de salud pública a nivel de maestría, lo mismo que de capacitar a los equipos de dirección de los sistemas locales y de las instituciones de salud pública.

En el contexto de la reforma del sector, *la implementación de políticas* alrededor de la educación en salud pública requiere de ciertas habilidades. En esencia, existe la necesidad de entender los elementos de la gerencia estratégica donde es importante definir explícitamente los objetivos al inicio del proceso; la delegación de responsabilidad, en este caso, el grado de centralización o descentralización de los mecanismos organizativos de cada país se reflejará en los resultados de la reforma; la legislación que debe ser entendida como un mecanismo importante aunque no suficiente porque la existencia de la misma no necesariamente garantiza la

implementación automática de la reforma; el uso de los incentivos financieros sea para propiciar el cambio o mantener lo establecido; y finalmente, establecer el paso apropiado para llevar adelante el cambio deseado, que estará en dependencia de las diferentes estructuras y condiciones político-económicas de los gobiernos interesados.

En lo que respecta a las áreas prioritarias a ser desarrolladas por las escuelas para incorporarse más activamente a los cambios, se destaca el *desarrollo de los recursos humanos* a fin de que sean capaces de conducir los procesos de cambio en los distintos niveles de desempeño en acuerdo a los principios ya señalados.

Se coincidió en destacar la necesidad de que las escuelas de salud pública participen como *agentes de cambio*, apoyando causas de interés colectivo, promoviendo la discusión de propuestas alternativas y generando alianzas con diversos sectores sociales y gobiernos locales. En futuras conferencias de este tipo debería haber una mayor diversidad de enfoques (ambientales, económicos, etc.) como parte de la discusión de los salubristas.

Se reconoció que las escuelas deben tener mayor liderazgo y ser capaces de hacer una *gestión flexible y autónoma de sus recursos* y de disminuir los obstáculos que, en algunos casos, les imponen los marcos normativos rígidos de las universidades. Las escuelas deben promover la innovación buscando y estimulando activamente las *prácticas de excelencia* existentes en los distintos ámbitos de los sistemas de salud y favoreciendo su réplica o extensión. En este mismo sentido, el *aporte de evidencia para la toma de decisiones* es un área de desarrollo fundamental a ser estimulada por las escuelas. Resulta esencial contar con estrategias de comunicación modernas para la difusión del quehacer de las escuelas y para lograr una mayor y mejor inserción de estas en el escenario de los cambios.

La disociación entre el quehacer de los servicios de salud y el académico fue también señalada por los participantes. Asimismo, fue considerado imprescindible *diversificar la oferta educativa* de las escuelas y ajustarla a la necesidad de producir líderes de cambio en distintos niveles de responsabilidad tomando en cuenta la diversidad de intereses y procedencia profesional de los interesados. Todos los grupos estimaron necesario *mostrar productos concretos de interés* para atraer educandos y ser útiles a las demandas de las RS. Igualmente se indicó la necesidad de *combinar lo técnico y lo político* en los programas de educación y en el ambiente de aprendizaje. Quedó claro a los grupos que debe generarse, a todo nivel, capacidad de negociación y consenso así como otras habilidades tendientes a favorecer la *formación de líderes más que administradores*. Las *relaciones laborales* deben también ser parte del bagaje de conocimientos, habilidades y actitudes de las que estén provistos los egresados de las escuelas de salud pública.

## ESTRATEGIAS DE DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA

En relación a la *enseñanza de la salud pública* ha sido posible detectar dos grupos de influencias. El primero está relacionado a la *calidad de la enseñanza*, que pretende vincular el aprendizaje a la práctica de los servicios, trata de incentivar la realización de investigaciones estratégicas, y enfatiza una mayor participación política en el curso de la formación. Un segundo grupo se ocupa más del *ajuste del potencial del aparato formador* a una mayor demanda por estudiar salud pública y propugna por la descentralización de la enseñanza y porque esta se de a distancia con énfasis en el aprendizaje autónomo y basado en problemas.

La oferta educativa se ha visto afectada por la diversificación de los tipos de programas. No obstante, merece destacarse la incorporación *de nuevos contenidos en los currícula* de salud pública entre los que resalta la importancia concedida a la ética y bioética; la introducción de interpretaciones más modernas en el campo de las ciencias sociales; un mayor énfasis en la epidemiología aplicada a los servicios de salud; la incorporación de análisis cuantitativos más elaborados en los abordajes epidemiológicos; y, una amplia diversificación de la gestión, incorporando aspectos relativos a la economía de la salud, entre otros, e involucrando contenidos que posibilitan la administración de los “fines” dirigidos a la conducción política del sistema, en asociación a los aspectos más tradicionales para la gestión de los medios.

En cuanto a los *avances metodológicos*, se destaca el desplazamiento de la conducción del proceso de enseñanza del profesor hacia el alumno, concediendo al último mayor autonomía en la dirección de su formación. Esta estrategia se manifiesta en cursos modularizados incluyendo la educación semipresencial y, especialmente, la educación a distancia que va cobrando mayor relevancia en el contexto de la descentralización y de la ampliación del mercado potencial a nivel municipal, que se viene abriendo en las escuelas. Igualmente, la nueva orientación pedagógica integra el abordaje de la problematización, que se ha constituido en el método de educación permanente, así llamado no por su vinculación a la continuidad temporal del proceso, sino por incorporar un enfoque estratégico que permite al profesional orientar su propio desarrollo. Dicho proceso está centrado en la actividad de rutina, que trata de problematizar en la misma realidad en que se está actuando, y busca la superación de esa actividad y del desempeño profesional.

Por otra parte, el *público-objeto* de los programas de capacitación se ha ampliado, siguiendo la misma tendencia de descentralización del manejo de los servicios hacia los niveles municipales, al punto que la demanda supera en ciertas situaciones la oferta ya aumentada por las escuelas. Asimismo, el tipo de profesional que hoy busca estudiar salud pública no procede únicamente del área médica, sino que incluye psicólogos, antropólogos, sociólogos e incluso administradores. Los administradores de los servicios de salud conforman una demanda creciente de formación en salud pública.

Entre las capacidades a desarrollar en los actores educacionales en salud pública de las Américas, se destacaron las siguientes:

## DESARROLLO DE LA CAPACIDAD DE ARTICULACIÓN POLÍTICA

Con el fin de fortalecer la presencia de las escuelas de salud pública en el escenario de los cambios en salud, se consideró fundamental:

- ⇒ Establecer acuerdos concretos con los gobiernos nacionales y locales, grupos parlamentarios y otros actores de cambios, garantizando espacio a las escuelas para participar en una discusión seria, independiente y desapasionada de las principales opciones a discutir para la transformación de los sistemas de salud y el desarrollo integral de la salud en el continente (foros nacionales de salud).
- ⇒ Fortalecer las distintas disciplinas relacionadas con la toma de decisiones de alto nivel en materia de salud y desarrollar esfuerzos intencionados para estudiar dichas políticas y el proceso de formulación de las mismas en la realidad concreta del continente.
- ⇒ Desarrollar la capacidad de análisis crítico de evidencias nacionales e internacionales que permitan fundamentar la toma de decisiones frente a problemas o áreas específicas de los sistemas de salud que requieren transformaciones estructurales.
- ⇒ Fortalecer relaciones explícitas con las asociaciones de salud pública existentes y promover su desarrollo donde no existan.
- ⇒ Reforzar los vínculos existentes entre las escuelas de salud pública (ALAES, por ejemplo).
- ⇒ Fortalecer las relaciones entre las escuelas en el ámbito nacional e internacional con el propósito de identificar indicadores y herramientas de medición comunes, así como de mecanismos de monitoreo y evaluación de las RS.
- ⇒ Diseñar estrategias de comunicación masiva dirigidas a colaborar con el posicionamiento de las escuelas en el escenario comunitario y en el de la toma de decisiones en materia de la RS.
- ⇒ Invitar a las instituciones gubernamentales, no gubernamentales y, especialmente a las comunitarias a participar en foros o eventos de discusión y educación en materia de reformas de salud.

## DESARROLLO DE LA CAPACIDAD PEDAGÓGICA Y DOCENTE

Con la finalidad de fortalecer la docencia y hacerla atractiva y útil para los interesados en el ámbito de la salud pública, se propuso:

- ⇒ Flexibilizar los currícula estableciendo núcleos comunes de conocimientos, habilidades y destrezas; establecer diferencias de conformidad con la procedencia profesional y destrezas e intereses de los educandos.
- ⇒ Diferenciar dos niveles de educación, uno para la población en general y otro para los especialistas sanitarios. Se enfatiza que las nuevas habilidades deben desarrollarse tanto en pregrado como en postgrado.
- ⇒ Desarrollar competencias para el liderazgo y el cambio como la mediación estratégica, capacidad de negociación y, principalmente, desarrollo de análisis crítico.
- ⇒ Desarrollar vínculos con instituciones y personas dedicadas al estudio de la bioética con el propósito de profundizar en el estudio de las implicancias éticas de las decisiones poblacionales en salud, así como en el análisis profundo de conceptos y valores tales como equidad y eficiencia.
- ⇒ Desarrollar las áreas disciplinarias faltantes tales como:
  - epidemiología
  - diseño e implementación de políticas
  - economía de la salud
  - gestión financiera
  - evaluación tecnológica
  - liderazgo y negociación
  - mercadeo y comunicación
  - gestión y evaluación de proyectos
- ⇒ Integrar la formación a la acción de los servicios de salud. Incorporar en calidad de docentes o “ejecutivos en residencia” a funcionarios de reconocida capacidad y experiencia práctica en los servicios de salud. Crear comités asesores externos para apoyar a las escuelas en la adecuación de sus programas.
- ⇒ Favorecer el autoaprendizaje y el desarrollo de habilidades sobre la base de la resolución concreta de problemas reales por parte de los alumnos.
- ⇒ Desarrollar en las escuelas “unidades de inteligencia” para monitorear el ambiente externo a través del análisis de información y de futuros escenarios posibles.

## DESARROLLO DE LA CAPACIDAD DE INVESTIGACIÓN Y PRODUCCIÓN DE TECNOLOGÍAS

- ⇒ Identificar “prácticas de excelencia” en áreas claves de los servicios de salud que puedan servir de base para el desarrollo de tecnologías útiles y replicables.

- ⇒ Integrar la investigación al desarrollo de tecnologías para mejorar los servicios.
- ⇒ Generar y analizar críticamente la evidencia nacional e internacional que sirva de fundamento para la toma de las mejores decisiones en materia de reformas de salud.
- ⇒ Desarrollar proyectos de investigación multidisciplinarios que permitan fortalecer la visión de los problemas desde perspectivas diversas. Como un importante valor agregado, la investigación interdisciplinaria podría favorecer la transformación de la gestión compartimentalizada de las escuelas en una más moderna y matricial.
- ⇒ Establecer una “biblioteca virtual” compartida de las escuelas de la región que reúna la información clave que constituya evidencia sólida para la toma de decisiones en áreas claves de transformación.

## DESARROLLO DE COOPERACIÓN TÉCNICA

- ⇒ Favorecer el acercamiento entre la salud pública y la clínica, en especial en el ámbito de desarrollos claves como es la Medicina Familiar.
- ⇒ Estimular las alianzas entre escuelas de distinto nivel de desarrollo en la región para el enfrentamiento de los problemas más relevantes de la relación de escuelas de menor desarrollo con los cambios en su entorno.
- ⇒ Asesorar proyectos específicos dirigidos a la mejoría de la calidad de los servicios de salud ofrecidos en territorios definidos donde sea posible evaluar los resultados de las prácticas innovadoras.
- ⇒ Desarrollar grupos de apoyo a las reformas de salud dirigidos a dar seguimiento a los cambios sobre la base de un diálogo conjunto con organismos multilaterales.

## DESARROLLO DE LA GESTIÓN MODERNA DE LAS ESCUELAS

- ⇒ Revisar los procedimientos administrativos de las universidades estableciendo incentivos para estimular el involucramiento de las escuelas en el medio y en el contexto de las reformas. Entre ellos:
- ⇒ Revisar el sistema actual para determinar donde pueden desarrollarse actividades específicas de extensión.
- ⇒ Desarrollar mecanismos para formalizar relaciones explícitas entre facultades para el desarrollo de proyectos conjuntos (grados conjuntos con escuelas de enfermería, ingeniería, etc.)
- ⇒ Desarrollar equipos de investigación compuestos por académicos de distintas facultades para analizar el impacto de las RS en equidad, acceso, resultados

de salud, equilibrio entre cuidados preventivos y curativos, así como en la capacidad de los recursos humanos de salud pública.

- ⇒ Establecer acuerdos conjuntos de trabajo con gobiernos y escuelas de salud pública para acometer investigación y docencia dirigidas hacia áreas y problemas claves.
- ⇒ Revisar los sistemas de evaluación académica y de incentivos a los académicos para propiciar una participación de las escuelas efectiva en los procesos de reforma.
- ⇒ Favorecer la conformación de fondos de apoyo a la investigación en el ámbito de las políticas de salud en áreas claves para la RS.

Como en otras organizaciones creadas al amparo del aparato estatal, las escuelas de Latinoamérica no sólo tienen limitantes externas para poder gestar su propia autonomía. La cultura organizacional no está adaptada a las formas modernas de gestión que se imponen en las instituciones públicas y privadas en materia de evaluación por resultados, planeamiento plurianual con metas claras y responsabilidades definidas para centros de gestión y personas a cargo. Un esfuerzo por avanzar en esa dirección es imprescindible.

La apuesta a lo interdisciplinario es también una apuesta al cambio organizacional. Es difícil pensar que las escuelas van a cambiar “por decreto” en materia de estructura. Pasar de una estructura tradicional, de compartimentos departamentales, a una de tipo “matricial” podría ser más fácil si se asienta en la experiencia de trabajo común frente a problemas específicos.

## RECOMENDACIONES GENERALES

Los participantes formularon una serie de recomendaciones generales a ser consideradas por las escuelas e instituciones de salud pública de la Región y por la OPS en los proyectos de apoyo a la formación de los recursos humanos en salud pública.

Se sugirió a la OPS reiterar la recomendación previamente transmitida a los gobiernos en el sentido de conceder más importancia al desarrollo de recursos humanos en salud pública y mayores responsabilidades a las instituciones educacionales para que las escuelas se incorporen a la asesoría de los equipos de desarrollo de RRHH de los ministerios, y que los ministerios apoyen y promuevan el apoyo a investigaciones operativas, la evaluación de los programas y la capacitación específica del personal por parte de las instituciones educacionales.

Se planteó que las escuelas y la OPS deben continuar abocándose para favorecer el intercambio de experiencias, alumnos y docentes, así como la comunicación permanente entre las escuelas e instituciones educacionales afines de la región. Se

consideró que la creación de una página web auspiciada por ALAESP y la OPS puede ayudar en ese sentido.

Asimismo, con el auspicio de las escuelas de salud pública y de la OPS debe promoverse el desarrollo de redes de colaboración que permita utilizar las distintas experiencias de las instituciones para enfrentar los problemas de interés regional, y la conformación de foros nacionales para apoyar las reformas; las agendas de trabajo deben ser establecidas sobre la base de los problemas concretos que cada país enfrenta.

Se recomendó que la OPS programe actividades para garantizar el monitoreo del avance de cada país en materia de Funciones Esenciales de Salud Pública y de Reforma del Sector. Asimismo, se sugirió que la OPS apoye a las escuelas de salud pública en la revisión de los mecanismos de incentivos que motiven a sus académicos a involucrarse activamente en los procesos de reforma.

Finalmente, al tiempo de felicitar a la OPS por el apoyo brindado a la educación en salud pública, la conferencia solicitó a la Organización continuar con esa tarea estableciendo una agenda de trabajo de corto y mediano plazo que permita evaluar los resultados de los cambios que hoy se estiman necesarios. Dicha agenda debe contemplar actividades que conduzcan a la respetabilidad de la educación en salud pública brindada por las escuelas de salud pública e instituciones afines de la región, respetabilidad que en definitiva debe ser conquistada y sostenida frente a los profesionales de salud y la población en general.

Aunque la tarea de lograr respetabilidad para la educación en salud pública es difícil, la misma puede enfrentarse a través del establecimiento de estructuras institucionales flexibles para advertir y adaptarse a los cambios del entorno. No se trata de obtener un reconocimiento como expertos por la erudición sino por la capacidad de atraer y de poner al servicio de los trabajadores de salud pública dichas estructura y experiencia institucionales que les permita desarrollar una capacidad para forjar alianzas, demostrar capacidad real de convocatoria y solucionar problemas concretos.

No debe olvidarse que el tema de la salud es un tema de las personas y para las personas, por ello, la persona debe ser el centro y la unidad de medida del quehacer en salud. El tema es también tarea del Estado y requiere de consensos y perspectivas de largo plazo. En salud, el pluralismo ideológico, más que una realidad a ser tomada en cuenta, es una condición que debe ser buscada activamente para complementar las visiones y comprender que todas ellas tienen cabida en el escenario del cambio.

---

---

## ANEXO A: AGENDA DE LA II CONFERENCIA PANAMERICANA DE EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA

---

---

“REFORMA SECTORIAL Y FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA:  
DESAFÍOS PARA EL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS”

### **Miércoles 11 de noviembre**

09:00 a 10:00 Sesión de Inauguración

*Apertura:* Dr. Alejandro Cravioto  
Decano, Facultad de Medicina  
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

*Bienvenida:* Dr. Francisco Barnés Castro  
Rector, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

*Mensaje de OPS:* Dr. George Alleyne  
Director, OPS/OMS

*Inauguración:* Dr. Juan Ramón de la Fuente  
Secretario de Salud de México

10:00 a 10:30 Receso

10:30 a 11:15 *Moderador:* Dr. Raúl Bustos  
Ministro de Salud, Uruguay

Presentación  
La Reforma Sectorial y las Funciones Esenciales de Salud Pública:  
*Desafíos para el Desarrollo de los Recursos Humanos*

*Presentador:* Dr. Daniel López Acuña  
Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud,  
OPS/OMS

11:15 A 12:30 Presentación y comentarios  
Los Nuevos Enfoques de la Salud Pública

*Presentador:* Dr. Paulo Buss  
Presidente ALAESP

*Comentarios:*

Dr. Robert Lawrence  
Decano Adjunto de Educación Profesional, Escuela de Higiene y  
Salud Pública, Universidad de Johns Hopkins

Dr. Samuel Aymer  
Ministro de Salud, Antigua

Dr. Alejandro Cravioto  
Decano, Facultad de Medicina UNAM

12:30 a 14:00 Receso para almuerzo

14:00 a 15:15 *Moderador:* Dr. John Elder  
Director, a.i., Escuela de Salud Pública, Universidad de San Diego  
Presentación y comentarios  
Las Funciones Esenciales de Salud Pública

*Presentador:* Dr. Luis Ruiz  
Asesor Regional, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos,  
OPS/OMS

*Comentarios:*

Dr. Paul Halverson  
División de Salud Pública, Centro de Prevención y Control de  
Enfermedades (CDC)

Dra. Sylvie Stachencko  
Directora, División de Política y Servicios de Salud, OMS

Dr. Miguel Angel Lezana  
Director General de Estadística e Informática, Secretaría de Salud de  
México

15:15 a 16:30 Trabajo de grupo

16:30 a 17:00 Receso

17:00 a 18:00 Trabajo de grupo

#### **Jueves 12 de noviembre**

09:00 a 09:30 *Moderador:* Dr. José B. Jardines  
Viceministro (Docencia), Ministerio de Salud Pública de Cuba  
Presentación del resumen del grupo de trabajo

- 09:30 a 10:15    Presentación  
Tendencias de la Educación en Salud Pública  
*Presentador:* Dr. José Roberto Ferreira  
Coordinador de Cooperación Internacional, ALAESP
- 10:15 a 11:00    Presentación y dinámica del trabajo de grupo  
Implicaciones de las FESP y la RS en la Educación en Salud Pública  
*Presentador:* Dr. Douglas Angus  
Director, Programa de Maestría en Administración de Salud,  
Universidad de Ottawa
- 11:00 a 11:30    Receso
- 11:30 a 13:00    Trabajo de grupo
- 13:00 a 14:00    Receso para almuerzo
- 14:00 a 16:00    Continúa trabajo de grupo  
Implicaciones de las FESP y la RS en la Educación en Salud Pública
- 16:00 a 17:00    Receso  
Visita al Museo del Palacio de Medicina
- 17:00 a 18:00    *Moderador:* Paulo Marchiori Buss  
Presidente, ALAESP  
Plenaria

**Viernes 13 de noviembre**

- 09:00 a 09:45    *Moderador:* Dr. Roberto Tapia Conyer  
Subsecretario de Prevención y Control de Enfermedades, Secretaría  
de Salud de México  
  
Presentación y dinámica del trabajo de grupo  
Estrategias Innovadoras para el Desarrollo de la Educación en Salud  
Pública  
*Presentador:* Dr. Fernando Muñoz  
Subdirector, Centro Latinoamericano de Investigaciones en Sistemas  
de Salud (CLAISS)
- 09:45 a 11:00    Trabajo de grupo
- 11:00 a 11:30    Receso

11:30 a 13:00	Trabajo de grupo
13:00 a 14:30	Receso para almuerzo
14:30 a 15:45	<i>Moderador:</i> Sr. Samuel Aymer Ministro de Salud, Antigua  Plenaria La Agenda Futura de la Educación en Salud Pública
15:45 a 16:15	Receso
16:15 a 16:45	Sesión de Clausura
17:00 a 18:00	Sesión Ejecutiva

---

---

## ANEXO B: LISTA DE PARTICIPANTES DE LA II CONFERENCIA PANAMERICANA DE EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA

---

---

### Argentina

Dr. Jorge Lemus  
Subsecretario de Atención Médica  
Ministerio de Salud  
Ave. 9 de Julio 1925 – Piso 10  
Apartado 1332  
Buenos Aires, Argentina  
Fax: (54-1) 379-9635 / 379-9016

Dra. María Carreño Lucioni  
Ministerio de Salud y Acción Social  
Buenos Aires, Argentina

Dr. Vicente Mazzafero  
Director de la Escuela de Salud Pública  
Universidad de Buenos Aires  
Coordinación del Cono Sur, ALAESP  
Paraguay 2155 - Piso 9  
1122 Buenos Aires, Argentina  
Tel.: (54-1) 961-9456, Fax: (54-1) 826-4616

### Antigua

Senator the Honourable Sam Aymers  
Minister of Health and Civil Service Affairs  
Ministry of Health and Civil Service Affairs  
Cecil Charles Building  
Cemetery Road  
St. John's, Antigua and Barbuda  
Fax: (268) 462-5003

### Barbados

Dr. Rao Kommu  
Lecturer  
Social and Preventive Medicine  
School of Clinical Medicine and Research  
University of the West Indies  
Cave Hill Campus  
Bridgetown, Barbados

### Brasil

Dr. Paulo Marchiori Buss  
Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública  
Fundação Oswaldo Cruz, Ministério de Saúde  
Presidência, ALAESP  
Rua Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos  
21041-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
Tel.: (55-21) 290-0484, Fax: (55-21) 280-8194

Dr. Luis Cordoni Junior  
Coordinador General de Desarrollo  
de Recursos Humanos  
Ministerio de Saúde, 6to andar sala 606  
70.58.900 - Brasília - DF  
Tel: (55-61) 225-4957 / 223-9391/ 315-2224  
Fax: (55-61) 226-0063

Dr. José Roberto Ferreira  
Coordinador, Asuntos Internacionales, ALAESP  
Fundação Oswaldo Cruz, Ministério de Saúde  
Rua Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos  
21041-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Dra. Maria Helena Machado  
Fundação Oswaldo Cruz, Ministério de Saúde  
Rua Leopoldo Bulhões 14800, Manguinhos  
21041-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Dr. Jair Licio Ferreira Santos  
Diretor da Faculdade Saúde Pública  
Universidade de São Paulo  
Avenida Doutor Arnaldo 715  
01246-904 São Paulo, SP, Brasil  
Tel.: (55-11) 853-2329, Fax: (55-11) 852-9630

### Bolivia

Dr. Marco Antonio Caviedes  
Director de Recursos Humanos  
Ministerio de Salud y Previsión Social  
Plaza del Estudiante  
La Paz, Bolivia

**Canadá**

Mr. Douglas E. Angus  
Director Master of Health Administration Program  
University of Ottawa  
136 Jean-Jacques Lussier St.  
P.O. Box 450, Stn.A  
Ottawa, Ontario  
Canada K1N 6N5  
Tel.: (613) 562-5800, ext. 4720  
Fax: (613) 562-5164

Ms. Lynda Danquah  
Senior Analyst  
Health Systems Division  
Health Promotion and Programs Branch  
Health Canada  
Tel.: (613) 952-6451, Fax: (613) 957-1406

Dr. Alan Poirier  
Gouvernement du Québec  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Institut national de santé publique du Québec  
1075, chemin Sainte-Foy, 7e étage  
Québec (Québec) G1S 2M1  
Tel.: (418) 643-5336, Fax: (418) 646 9328

**Colombia**

Dr. Alvaro Franco Giraldo  
Decano, Facultad Nacional de Salud Pública  
Héctor Abad Gómez  
Universidad de Antioquia  
Calle 62 No. 52-19  
Apartado Aéreo 1226  
Medellín Colombia  
Tel.: (57-4) 231-3480/5106800  
Fax: (57-4) 263-8282 / 511-2506

Dra. Judith Ferrer Montenegro  
Empresa Solidaria de Salud de Colombia  
Santa Fe de Bogotá, Colombia

Dra. Patricia Gómez de León  
Directora Ejecutiva  
Centro de Gestión Hospitalaria  
Carrera 11 A # 94-76  
Santafé de Bogotá, Colombia  
Tel.: (57-1) 616-1807, Fax: (57-1) 616-1854

Dra. Omayra Hernández Torres  
Miembro de la Comisión Nacional  
de Promoción y Prevención  
Confederación de Empresas  
Nuevo Bosque Mz 74 C-25  
1ª. etapa Cartegena Colombia  
Tel.: 667 59 08, Fax: 667 38 22

Dr. Jesús Rico Velasco  
Secretaría Ejecutiva, ALAESP  
Director, Escuela de Salud Pública  
Facultad de Salud, Universidad del Valle  
San Fernando  
Apartado Aéreo 2188  
Cali, Colombia  
Tel.: (57-23) 542-458 / 542-480 / 542-476 / 542-483

**Costa Rica**

Dra. Alejandra Lobo  
Sub Directora General de Salud  
Ministerio de Salud  
San José, Costa Rica

Dr. Luis Bernardo Villalobos Solano  
Coordinador Programa de Investigación en Políticas  
de Salud  
Escuela de Salud Pública  
Universidad de Costa Rica  
Apartado 8-2450 San Antonio  
San José, Costa Rica  
Tel.: (506) 207-3085, Fax: (506) 253-6436

**Cuba**

Dr. Jorge Hadad Hadad  
Decano de la Facultad de Salud Pública  
Coordinación de MEX/CA/CARIB, ALAESP  
31 e/146 y 150, Cubanacan, Playa  
Apartado Aéreo 9082, Zona 9  
Ciudad de la Habana, Cuba  
Tel.: (53-7) 33-6287, Fax: (53-7) 33-6278 / 33-3511

Sr. Dr. José Jardínez Méndez  
Viceministro (Docencia)  
Ministerio de Salud Pública  
La Habana, Cuba

**Chile**

Dra. María Soledad Barriá Irontié  
Jefe División de Recursos Humanos  
Ministerio de Salud  
Mac Iver 542  
Santiago, Chile  
Tel.: (56-2) 630-0347 / 345  
Fax: (56-2) 633-3228

Prof. Dr. Juan Margozzini Roca  
Subdirector de la Escuela de Salud Pública  
Universidad de Chile  
Independencia 939,  
Casilla 70012, Correo 7,  
Santiago, Chile  
Tel.: (56-2) 777-6560, Fax: (56-2) 735-5582

Dr. Fernando Muñoz  
Subdirector  
Centro Latinoamericano de Investigaciones  
en Sistemas de Salud (CLAISS)  
Avenida El Cóndor 844 - Of. 203  
Ciudad Empresarial, Huechuraba  
Santiago, Chile  
Fax: (56-2) 738 4334

Dr. Vito Sciaraffia M.  
Programa Interfacultades de Administración en Salud  
(PIAS)  
Universidad de Chile  
Diagonal Paraguay 257, Piso 20  
Santiago, Chile  
Tel.: (56-2) 222-0537 / 678-3340  
Fax: (56-2) 222-9750

**Ecuador**

Dr. Ramiro Echeverría  
Director General de Salud  
Ministerio de Salud Pública  
Calle Juan Larrea 444 y Río Frío  
Quito, Ecuador  
Tel.: (593-2) 543-588, Fax: (593-2) 521746

Dr. Pedro Lovato  
Director, Escuela de Salud Pública  
Universidad Central de Quito  
Selva Alegre 2040  
Quito, Ecuador  
Tel.: (593-2) 237-833, Fax: (593-2) 460-884

**El Salvador**

Dr. José Eliseo Orellana Orellana  
Coordinador Académico  
Maestría en Salud Pública  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad de El Salvador  
San Salvador, El Salvador  
Tel.: (503) 225-8318, Fax: (503) 225-8822

**Estados Unidos**

Dr. Paul Halverson  
Centers for Disease Control and Prevention  
4770 Buford Highway, N.E.  
Mailstop K-36  
Atlanta, Georgia 30341-3724  
Tel.: (770) 488-2402, Fax: (770) 488-2420

Dr. Wadia Hanna  
Visiting Scientist  
Centers for Disease Control and Prevention  
Public Health Practice Program Office  
Division of Public Health Systems  
4770 Buford Hwy, NE, MS K-39  
Atlanta, GA 30341-3724  
Tel.: (770) 488-2415, Fax: (770) 488-2489

Dr. Robert Lawrence  
Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health  
Associate Dean for Professional Education  
and Programs Professor  
Department of Health Policy and Management  
W 1033 Hygiene  
615 North Wolfe Street  
Baltimore, Maryland 21205-2179  
Tel.: (410) 614-4590, Fax: (410) 614-8126

Dr. Sheila Gorman  
School of Public Health  
Columbia University  
617 West 168 St. (Room 319)  
New York, NY  
Tel.: (212) 305-3929, Fax: (212) 305-1460

**Guatemala**

Dr. Miguel Rafael Garcés  
Decano, Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad Landívar  
Vista Hermosa III, Zona 16  
Apartado Postal 39-C  
Guatemala, C.A. 01016  
Tel.: (502) 364-0162, Fax: (502) 364-0464

**Honduras**

Lic. María Elena Cáceres  
Coordinadora de la Maestría en Salud Pública  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional Autónoma de Honduras  
Apartado Postal 2488  
Tegucigalpa, Honduras  
Tel.: (504) 239-1977

Dr. Víctor Manuel Meléndez  
Subsecretario de Redes y Servicios  
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud  
Tegucigalpa, D.C., Honduras  
Tel.: (504) 222-5770 / 5777, Fax: (504) 238-3668

**Jamaica**

Dr. Knox Hagley  
Director/ Head of Department  
Community Health and Psychiatry  
University of the West Indies  
Mona Campus, Kingston 7, Jamaica, W.I.  
Tel.: (876) 927-2476 / 927-1752, Fax: (876) 977-6346

Dr. Marjorie Holding Cobham  
Chief Health Sector Reform Unit  
Ministry of Health  
2 King Street  
Kingston, Jamaica  
Tel.: (876) 967-7687, Fax: (876) 967-1129

**Nicaragua**

Dr. Julio Piura  
Director CIES  
Rotonda Santo Domingo 75 vrs. al Sur  
Apartado 3507  
Managua, Nicaragua  
Tel.: (505) 278-4383, Fax: (505) 278-4401

**Panamá**

Dr. Guillermo Campos Pinto  
Director de la Escuela de Salud Pública  
Universidad de Panamá  
6-929 El Dorado  
Panamá, Panamá  
Tel.: (507) 223-8512, Fax: (507) 227-2071

Reina Gisela Roa Rodríguez  
Jefa de Planificación de Recursos Humanos  
Ministerio de Salud  
Panamá, Panamá  
Tel.: (507) 225-3343, Fax: (507) 262-3211

**Paraguay**

Dr. Edwin Ratzlaff  
Director Departamento de Post Grado  
Instituto Nacional de Salud  
Avenida Santísima Trinidad casi Itapúa  
Asunción, Paraguay  
Tel.: (595-21) 29-4482, Fax: (595-21) 29-6210

**Perú**

Dr. Pedro Díaz Urteaga  
Director General  
Dirección General de Formación y  
Capacitación en Salud Pública  
Escuela Nacional de Salud Pública  
Avenida Brasil 3558  
Lima 17, Perú  
Tel.: (51-14) 618019 / 616445, Fax: (51-14) 618019

Dr. Oswaldo Lazo González  
Vice Decano  
Facultad de Salud Pública y Administración  
Universidad Peruana Cayetano Heredia  
Avenida Honorio Delgado 430  
Lima 31, Perú  
Tel.: (51-14) 432-3794, Fax: (51-14) 431-0321

Dr. Alejandro Llanos Cuentas  
Director de la Facultad de Salud Pública  
Universidad Peruana Cayetano Heredia  
Avenida Honorio Delgado 430  
Lima 31, Perú  
(Casilla Postal 4314, Lima 100, Perú)  
Tel.: (51-14) 82-0252 / 82-0595  
Fax: (51-14) 82-3435

Dr. Percy Minaya, León  
Director General, Oficina General de Epidemiología  
Ministerio de Salud  
Jr. Camilo Carrillo No. 402 Jesús Mario  
Lima 11, Perú  
Tel.: (51-14) 335-859, Fax: (51-14) 336-140

**Puerto Rico**

Ed. D. Alida A. de Galleti  
Decana Interina de la Escuela Graduada  
de Salud Pública  
Facultad de Ciencias Biosociales y  
Escuela Graduada de Salud Pública  
Universidad de Puerto Rico  
P.O. Box 365067  
San Juan, Puerto Rico 00936-5067  
Tel.: (809) 758-3311, Fax: (809) 759-6719

**República Dominicana**

Dr. Diómedes Robles Cid  
Decano  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Maestría en Salud Pública  
Universidad Autónoma de Santo Domingo  
Ciudad Universitaria, Apartado Postal 1355  
Santo Domingo, República Dominicana  
Tel.: (809) 685-7597 / 687-9570  
Fax: (809) 687-0468

Sr. Onofre Rojas  
Secretario Ejecutivo  
Comisión Presidencial para la Reforma  
y Modernización del Estado  
Galván 18, Esquina México  
Santo Domingo, República Dominicana  
Tel.: (809) 686-1800, Fax: (809) 686-2148

**Trinidad y Tabago**

Dr. Violet Duke  
Principal Medical Officer (Epidemiology)  
Ministry of Health  
Port-of-Spain, Trinidad

**Uruguay**

Sr. Dr. José Raúl Bustos  
Ministro  
Ministerio de Salud Pública  
18 de Julio 1892  
Montevideo, Uruguay  
Tel.: (598-2) 400-1086, Fax: (598-2) 408-5360

**Venezuela**

Dra. Milady Guevara  
Directora de la Escuela de Malaria y  
Saneamiento Ambiental "Dr. Arnoldo Gabaldón"  
Av. Bermúdez Sur, Edf. Malaria y  
Coordinación de la Región Andina (ALAESPA)  
Apartado. 2102  
Maracay, Venezuela  
Tel.: (58-43) 33-2532, Fax: (58-43) 33-2532

Dra. Soledad Lugo  
Coordinadora del Programa de Especialidad  
en Salud Pública  
Escuela de Malaria y Saneamiento  
Ambiental "Dr. Arnoldo Gabaldón"  
Apartado. 2102  
Maracay, Venezuela

**Otros Organismos**

Dr. Juan Ignacio Martínez Millán  
Escuela de Salud Pública de Granada  
Escuela Andaluza de Salud Pública  
Campus Universitario de Cartuja  
Apartado 2070  
Granada, España 18080  
Tel.: (34-58) 16-1044, Fax: (34-58) 16-1142

Dr. Judith Moe  
Consultant  
Health and Population  
Americas Branch and Policy Branch  
Canadian International Development Agency (CIDA)  
200 Promenade du Portage  
Hull, Quebec  
Canada K1A 0G4  
Tel.: (819) 997-3556, Fax: (819) 994-4259

Dr. Gerald Rosenthal  
Health Economist/Senior Associate  
Health Reform and Financing Programs  
Management Sciences for Health  
165 Allendale Road  
Boston, MA 02130-3400  
Tel.: (617) 524-7799, Fax: (617) 524-2825

Dr. Edward Coyle  
Director of Public Health  
Gwent Health Authority  
Mamhiland House, Mamhiland Park Estate  
Ponfypool Gwent, NP40YP  
Tel.: (01495) 765-121 Direct (01495) 750-138  
Mobile: (0402) 638-789; Fax: (01495) 769-201  
E-mail: edward.coyle@gwent.ha.wales.nhs.uk  
Organización Mundial de la Salud

Dr. Miriam Hirschfeld  
Director Division of Human Resources Development  
and Capacity Building  
World Health Organization (WHO)  
CH-1211 Geneva 27  
Switzerland  
Tel.: (41-22) 791-2111, Fax: (41-22) 791-0746

Dr. Sylvie Stachenko  
Department of Health Policy and Services  
Regional Office for Europe  
World Health Organization  
8 Scherfigsvej  
Copenhagen, Denmark  
Tel.: (45) 39 17 17 17, Fax: (45) 39 17 18 18

**Organización Panamericana de la Salud**

Dr. George A.O. Alleyne  
Director OPS/OMS

Dr. Daniel López-Acuña  
Director División de Desarrollo de Sistemas y  
Servicios de Salud

Dr. Rodrigo Barahona  
Coordinador Programa de Desarrollo de Recursos  
Humanos  
División de Desarrollo de Sistemas  
y Servicios de Salud

Dr. Pedro Brito  
Asesor Regional  
Programa de Desarrollo de Recursos Humanos  
División de Desarrollo de Sistemas  
y Servicios de Salud

Dr. Pedro Crocco  
Asesor Regional  
Programa de Organización y Gestión  
de Sistemas de Salud  
División de Desarrollo de Servicios  
y Sistemas de Salud

Dr. Charles Godue  
Asesor Regional  
Programa de Desarrollo de Recursos Humanos  
División de Desarrollo de Sistemas  
y Servicios de Salud

Dra. Sandra Land  
Asesora Regional  
Programa de Organización y Gestión  
de Sistemas de Salud  
División de Desarrollo de Servicios  
y Sistemas de Salud

Lic. Maricel Manfredi  
Asesora Regional  
Programa de Desarrollo de Recursos Humanos  
División de Desarrollo de Sistemas  
y Servicios de Salud

Dr. Luis Ruiz  
Asesor Regional  
Programa de Desarrollo de Recursos Humanos  
División de Desarrollo de Sistemas  
y Servicios de Salud

Dr. Daniel Purcallas  
Asesor Regional  
Programa de Desarrollo de Recursos Humanos  
División de Desarrollo de Sistemas  
y Servicios de Salud

Lic. María Alice Roschke  
Asesora Regional  
Programa de Desarrollo de Recursos Humanos  
División de Desarrollo de Sistemas  
y Servicios de Salud

Dra. Sandra Madrid  
Programa de Formación en Salud Internacional  
División de Desarrollo de Servicios  
y Sistemas de Salud

Lic. José María Marín  
Asesor Regional  
Programa de Organización y Gestión  
de Sistemas de Salud  
División de Desarrollo de Servicios  
y Sistemas de Salud

Dra. Laura Ramírez  
Programa de Formación en Salud Internacional  
División de Desarrollo de Servicios  
y Sistemas de Salud

Lic. Liisa Vexler  
Asesora Temporera  
División de Desarrollo de Servicios  
y Sistemas de Salud

#### **Representaciones OPS/OMS**

Lic. Gloria Briceño  
Consultora de Servicios de Salud  
Asunción, Paraguay

Lic. Rosa María Borrell Bentz  
Consultora de Recursos Humanos  
Buenos Aires, Argentina

Dr. Ariel Depetris  
Consultor en Epidemiología  
Lima, Perú

Dr. José Federico Hernández Pimentel  
Consultor de Servicios de Salud  
Ciudad de Panamá, Panamá

Dr. Alejandro Gherardi  
Consultor Nacional de Servicios de Salud  
Montevideo, Uruguay

Dr. Armando Guemes  
Consultor de Servicios de Salud  
Managua, Nicaragua

Dr. Mario Pichardo Díaz  
Consultor  
Habana, Cuba

Lic. Carlos Rosales  
Consultor de Recursos Humanos  
San José, Costa Rica

Dr. José Paraguaná de Santana  
Consultor de Recursos Humanos  
Brasília, Brasil

Dr. Julio Suárez  
Consultor en Promoción de la Salud  
Quito, Ecuador

Dra. Selma Zapata  
Consultora Nacional de Recursos Humanos  
Santo Domingo, República Dominicana

Lic. Gladys Zárate  
Consultora Nacional de Recursos Humanos  
Lima, Perú

#### **México**

Dr. Alejandro Cravioto  
Decano  
Facultad de Medicina  
Universidad Nacional Autónoma de México  
México, D.F.

Dr. Miguel Angel Lezana  
Director General de Estadística e Informática  
Secretaría de Salud de México  
México, D.F.

Dr. Leopoldo Vega Franco  
Facultad de Medicina  
Departamento de Salud Pública  
Universidad Nacional Autónoma de México  
Edificio B – 6° piso  
Ciudad Universitaria  
Delegación Coyoacán  
México, D.F. 04510

Dr. Luis Felipe Abreu H.  
Facultad de Medicina  
Universidad Nacional Autónoma de México  
Edificio B – Primer piso  
Ciudad Universitaria  
Delegación Coyoacán  
México, D.F. 04510

Dr. José Luis Bueno Herrera  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Coordinador de Educación Médica  
Centro Médico Nacional Siglo XXI  
Av. Cuauhtémoc No. 330  
Col. Doctores

Raul R. Anaya Nuñez  
Subdirector de Apoyo a Proyectos Institucionales  
Consejo Nacional de Salud  
Secretaría de Salud  
Lleja 8 – piso 10  
Col. Juárez  
México, D.F. 06696  
Tel.: 553-3740, Fax: 553-7617

Dr. José López Franchini  
Sociedad Mexicana de Salud Pública  
Asesor del Consejo Permanente  
Guadalajara 43-3er piso  
Col. Roma  
México, D.F.  
Tel.: 211 35 91, Fax: 286 08 32

Ing. José Manuel Gómez Vidrio  
Director de la Sección de Ingeniería  
Sanitaria y Ambiental  
Sociedad Mexicana de Salud Pública  
Guadalajara 43-3er piso  
Col. Roma  
Tel.: 211 35 91, Fax: 286 08 32

**Asociación Mexicana de Salud Pública (AMESP)**

Dra. Angélica García Hernández  
Asesora de la Coordinación de Hospitales  
Dr. José Luis Valdespino Gómez  
Secretario Académico – INSP  
Av Universidad 655  
Col. Santa María Ahuacatlán  
Cuernavaca, Morelos

Mtra. Bertha González Aguirre  
Universidad Autónoma de Chihuahua  
Av. Politécnico Nacional No., 2714  
Col. Quintas del Sol  
31250 Chihuahua, Chih.  
Tel.: (14) 30-0075, Fax: (14) 30-0016

Dr. Carlos Trimmer Hernández  
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez  
Av. Universidad y H. Colegio Militar  
Zona Chamizal  
Ciudad Juárez, Chih.  
Tel.: (16) 11-5722, Fax: (16) 13-8379

Dr. Estebán Gilberto Ramos Peña  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Av. Eduardo Aguirre Pequeño y Yuridia  
Col. Mitras  
64460 Monterrey, N.L.  
Tel.: (8) 348-6080, Fax: (8) 348-4354

Dra. Flor de María Sánchez Morales  
Universidad Autónoma de Zacatecas  
Carr. La Bufa S/N (Antiguo Hospital General)-4º piso  
Zona Centro  
98000 Zacatecas, Zacatecas  
Tel.: (492) 24-610

Mtra. Oliva López Arellano  
Maestría de Medicina Social UAM-X  
Calz. Del Hueso 1100  
Col. Villa Quietud, Coyoacán  
04960 México, D.F.  
Tel.: (5) 724-5118 / 724-5204  
Fax: 724-5173

Mtra. María Mercedes Mendoza Tavares  
Presidenta de la AMESP  
Universidad de Guanajuato  
Aquiles Serdán No. 924  
Col. Obregón  
37320 León, Gto.  
Tel.: (47) 13-3436, Fax: (47) 13-8964

Mtra. María del Carmen Pérez Cortés  
Universidad de Guanajuato  
Aquiles Serdán No. 924  
Col. Obregón  
37320 León, Gto.  
Tel.: (47) 13-3436, Fax: (47) 13-8964

M.S.P. Daniel Rodríguez Urriticochea  
Universidad Juárez del Edo. De Durango  
Sixto Ugalde y Calz. Lasalle  
Gómez Palacio, Dgo.  
Tel.: (17) 14-5122, Fax: (17) 14-7476

Dra. Alejandra Moreno Altamirano  
Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Medicina  
Edificio B-6 piso  
Ciudad Universitaria  
México, D.F.  
Tel.: (5) 623-2447, Fax: (5) 623-2429

Mtra. Ana Luisa González Celis Rangel  
Universidad Nacional Autónoma de México  
ENEP Iztacala  
Av. De los Barrios S/N  
Los Reyes Iztacala  
54090 Estado de México  
Tel.: (5) 623-1176, Fax: (5) 623-1193

Dr. Enrique Colar Gómez  
Universidad Veracruzana  
Ernesto Ortíz Medina No. 3  
Col. Obrero Campesina  
91020 Xalapa, Ver.  
Tel.: (28) 15-7405, Fax: (28) 14-7936

Dr. Jorge Luis Candelas Rangel  
Universidad de Juárez del Estado  
de Durango  
Sixto Ugalde y la Salle I  
Gómez Palacio, Durango  
Tel.: (17) 14 51 22, Fax: (17) 14 64 76

Dra. Aurora del Río Zolezzi  
Coordinadora de la Maestría en Salud Pública  
Instituto Nacional de Salud Pública  
Av. Universidad 655  
Col. Sta. Ma. Ahuacatitlán  
62508 Cuernavaca, Morelos.  
Tel.: (73) 29 30 52

Dr. José Rodríguez Domínguez  
Coordinador del Centro Colaborador OMS  
Facultad de Medicina, UNAM  
Comercio y Administración No. 32-2  
Copilco Universidad  
04360 México, D.F.  
Tel.: 658 91 58, Fax: 665 82 50

Mtra. S.P. Merita Morales Tellez  
Coordinadora de Programa  
Educación para la Salud  
Instituto Mexicano del Seguro Social

---

La II Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública “Reforma Sectorial y Funciones Esenciales de Salud Pública: *desafíos para el desarrollo de recursos humanos*” se llevó a cabo en la ciudad de México del 11 al 13 de noviembre de 1998. La reunión fue organizada conjuntamente por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP), el Centro Colaborador de la OMS en Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y la Secretaría de Salud de México, con la colaboración de instituciones académicas y profesionales de la Región.

Durante la reunión se analizaron los enfoques actuales prioritarios en salud pública, las tendencias de la educación en salud pública, y las consecuencias e implicaciones de las reformas sectoriales y las funciones esenciales en salud pública en la educación de los profesionales de salud en la Región.

En la oportunidad se pudo discutir y diseñar las estrategias de desarrollo de recursos humanos en salud pública apropiadas a las exigencias de las funciones esenciales de salud pública y los procesos de reforma del sector salud, incluyendo el desarrollo de la rectoría de los ministerios de salud, considerando que el consenso regional en la formulación de las estrategias es fundamental para la construcción de una nueva agenda de la educación en salud pública y de la cooperación técnica en este campo.

---