

# **I NFORME CONSOLIDADO DE LAS REUNIONES ALAESP/ASPH/OPS. DOCUMENTO BASICO PARA LA PRIMERA CONFERENCIA IBERO-PANAMERICANA DE ESCUELAS DE SALUD PUBLICA**

---

## **ANTECEDENTES**

La XXII Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó en 1986 tres grandes áreas donde se deberían dar los avances necesarios para la transformación de los sistemas nacionales de salud. Las prioridades programáticas se organizaban en torno de los siguientes ejes principales:

- “El desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud con énfasis en la atención primaria de la salud;
- La atención de los problemas prioritarios de salud presentes en grupos humanos vulnerables, con programas específicos puestos en marcha a través del sistema de servicios de salud, y
- El proceso de administración del conocimiento necesario para llevar a cabo los dos aspectos anteriores.”<sup>1</sup>

En julio de ese mismo año de 1986, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) patrocinó una reunión de los Comités Directivos de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP) y de la Asociación de Escuelas de Salud Pública de los Estados Unidos de América (ASPH) con el propósito de revisar y analizar las prioridades y las nuevas orientaciones en las formas de cooperación entre programas y entre instituciones. En este sentido, los participantes de

---

<sup>1</sup> Principios Básicos para la Acción de la Organización Panamericana de la Salud, 1987-1990.

la reunión acordaron dar apoyo preferencial al desarrollo de los siguientes asuntos:

- a) Fortalecimiento de los aspectos relacionados con salud en las políticas de desarrollo y en la coordinación de acciones con otros sectores.
- b) Reorientación y organización de los sistemas nacionales de salud para lograr equidad, eficiencia y efectividad.
- c) Desarrollo de la capacidad de análisis financiero del sector.
- d) Mejoramiento de los sistemas nacionales de información y su articulación con los sistemas de información de otros sectores.
- e) Promoción de políticas para el desarrollo, producción, incorporación y utilización de tecnologías e insumos críticos necesarios para la provisión de servicios de salud.
- f) Búsqueda de los mejores medios de enseñanza y capacitación de recursos humanos y una mejor eficiencia en su selección, educación permanente y utilización, particularmente para la administración de los niveles medios y superiores.

Con estos temas como marco de referencia y directrices para la acción, se optó por la estrategia de elevar la capacidad, la eficiencia y la eficacia de los administradores de salud, entendido el término "administración" en su sentido más amplio y noble. Siendo esta la estrategia a ser seguida para la transformación de los sistemas nacionales de salud, el modo de implementar la misma admitía dos ejes de trabajo: uno organizacional y el otro temático.

El eje organizacional propone la estructuración de una red horizontal de intercambio entre las instituciones asociadas a la ALAESP y la ASPH, con sus derivaciones de intercambios entre instituciones y científicos que a ellas pertenecen y entre científicos entre sí.

El eje temático es el que sistematiza los asuntos prioritarios sobre los cuales se deberán centrar las actividades docentes y de investigación, con el objetivo de maximizar el esfuerzo de formación y capacitación de administradores en las áreas más estratégicas para la transformación de los sistemas nacionales de salud.

El primer paso en la dirección deseada fue la realización de seis talleres, llevados a cabo cada uno de ellos en una escuela de salud pública de la Región, en los cuales participaron representantes de las escuelas de salud pública tanto de la América Latina como de los Estados Unidos, así como participantes del nivel local de cada uno de los lugares en donde las reuniones tuvieron lugar. Los temas, lugares y fechas figuran en el cuadro 1.

Se discutieron en dichas reuniones las formas en que era posible promover y desarrollar mecanismos y estrategias de cooperación en las áreas específicas identificadas, de tal manera que se crease una instancia

**CUADRO 1. Cronograma de reuniones ALAESP/ASPH/OPS.**

| Fecha             | Tema de la Reunión  | Lugar   |
|-------------------|---|---|
| 21-24 abril 1987  | Análisis de políticas públicas en el contexto de salud y desarrollo | Escuela de Salud Pública, México, DF, MEXICO              |
| 25-29 mayo 1987   | Sistemas nacionales de información y desarrollo de la epidemiología | Facultad de Salud Pública, Caracas, VENEZUELA             |
| 20-24 julio 1987  | Economía y financiamiento de la salud                               | Escuela de Salud Pública, Buenos Aires, ARGENTINA         |
| 17-22 agosto 1987 | Recursos humanos en salud   | Escuela Nacional de Salud Pública, Rio de Janeiro, BRASIL |
| 5-9 octubre 1987  | El proceso de desarrollo tecnológico en salud                       | Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín, COLOMBIA    |
| 1-5 febrero 1988  | Sistemas de servicios de salud                                      | Escuela de Salud Pública, San Juan, PUERTO RICO           |

de coordinación que permitiera potencializar los esfuerzos individuales efectuados por las diversas escuelas de salud pública y órganos similares de la América Latina y de los Estados Unidos.

Los temas centrales propuestos para discusión estaban relacionados con:

- Fortalecimiento y desarrollo institucional.
- Fortalecimiento de la capacidad docente.
- Fortalecimiento de la capacidad de investigación.

El análisis de estos temas centrales debería inducir la discusión de asuntos tales como:

- Sistemas para la diseminación e intercambio de informaciones científicas, técnicas y organizacionales.
- Producción y divulgación de insumos para la docencia y la investigación.
- Desarrollo y fortalecimiento de mecanismos cuantitativos que posibiliten una mayor y más intensa relación entre instituciones docentes y de servicios.
- Promoción de nuevas tecnologías educacionales, incluyendo

programas de educación permanente, programas no tradicionales para la formación y capacitación del personal de salud y programas de educación a distancia.

- Fomento y apoyo al desarrollo de programas que estimulen el intercambio interinstitucional de docentes, investigadores y alumnos, así como la realización de investigaciones multi-institucionales.

Este documento tiene como finalidad consolidar el conjunto de los aportes realizados en las seis reuniones, ya sea en las discusiones y debates, ya sea en los documentos de referencia. Para poder cumplir con ese propósito se seguirá el siguiente orden para la presentación de los asuntos:

- Escenarios en donde se desenvuelve el quehacer de las escuelas de salud pública y sus posibles transformaciones.
- Contexto de las escuelas de salud pública.
- El objeto de trabajo de las escuelas de salud pública y perspectivas para su análisis.
- Propuestas para cada una de las áreas temáticas de las reuniones.
- Propuesta para una Red Interinstitucional.
- Papel de la OPS.

## **ESCENARIOS ACTUALES Y PROBABLES**

El aspecto genérico más importante, por lo que restringe y condiciona todas las otras proposiciones, está dado por el peso de la deuda externa que agobia a la mayoría de los países y revierte el ciclo histórico exportando el ahorro de los países en desarrollo a los países desarrollados, disminuyendo o imposibilitando la inversión nacional productiva. Esta situación, que adquiere contornos particulares en cada realidad nacional, obliga a pensar en alternativas de cooperación entre países de problemática similar, de modo de no contribuir al aumento del endeudamiento existente, y a dirigir los esfuerzos nacionales hacia la búsqueda de salidas tecnológicas que maximicen la utilización de su propio potencial.

Como consecuencia de lo señalado, se observa hoy en día una crisis de las políticas sociales en general, y de las de salud en particular, en gran parte de los países de la América Latina y del Caribe. Esta crisis se expresa en una contradicción flagrante entre las necesidades de expandir la inversión sectorial para dar respuesta a las demandas crecientes de la sociedad y la disminución de los recursos disponibles para satisfacer esas demandas, como producto de la reducción del ahorro interno y la aparición o consolidación, en algunos países, de procesos inflacionarios o rece-

sivos que erosionan seriamente la recaudación tributaria, principal base de sustentación de las políticas sociales. Diversas fueron las tentativas de los países afectados por estos procesos para dar solución a sus problemas, sin embargo, en su inmensa mayoría las respuestas encontradas no fueron satisfactorias y después de una aparente mejoría inicial, el desorden de las economías nacionales superaba las condiciones originales.

Otro rasgo característico de la actual coyuntura de América Latina es la reaparición de procesos democráticos en numerosos países que hasta hace poco tiempo vivían bajo regímenes autoritarios.

Como reflejo directo de esta situación, puede percibirse un aumento en los niveles de participación de la sociedad civil, lo que impone a los sistemas de salud el desafío tanto de crear espacios donde esta participación pueda darse fructíferamente, como de revisar sus formas organizacionales y de decisión, para que adquieran las características de transparencia externa y participación interna.

En otro orden, y ya en el campo específico del sector salud, se observa el envejecimiento de las poblaciones; la endemidad adquirida por los males originados en el crecimiento desordenado de las grandes metrópolis como es el caso de las violencias, accidentes y daños originados en la contaminación ambiental; la reaparición de epidemias tales como dengue y malaria y su endemización en zonas y regiones donde ya se había erradicado; la creciente complejidad del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades degenerativas; la mortalidad infantil, que aunque en disminución, se mantiene relativamente alta en comparación con los países desarrollados. Todo lo cual lleva a replantear el perfil y las habilidades que deberá tener un sistema de salud que pretenda dar respuestas eficientes, eficaces y equitativas a las demandas mencionadas.

Resumiendo, puede decirse que el dilema para el sector salud consiste en cómo encaminar soluciones que den cuenta del aumento y diversificación de las demandas sociales para el sector, en momentos en que a la secular escasez de recursos sectoriales se suma una reducción absoluta y relativa del presupuesto de que dispone.

## **CONTEXTO DE LAS ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA**

Por contexto se entiende, en una primera aproximación, circunstancias externas al sistema de salud que pueden ser consideradas como condicionantes de su desarrollo, por lo menos en el corto plazo. Así, resulta imprescindible hacer explícita la visión particular que se tiene de tales condiciones, ya que ellas demarcan y concretan la viabilidad y factibilidad de las proposiciones políticas. Antes de entrar a detallar algunas de las principales características de las condiciones en que actúan las escuelas

de salud pública, es conveniente discutir algunos puntos de orden general que afectan el alcance y contenido de la descripción.

Una primera indagación que se debe hacer es si existe un objeto o espacio de trabajo que pueda ser englobado bajo el nombre de "Región de las Américas", y la segunda, si este objeto virtual tiene alguna utilidad para el desarrollo de las propuestas de intervención que procuran transformar los sistemas nacionales de salud.

La respuesta a la primera cuestión parece más que obvia: no existe, salvo desde el punto de vista geográfico, una Región de las Américas. La diversidad de culturas, condiciones económicas, regímenes políticos, historias y estructuras sociales, hacen que la Región se convierta en una abstracción de poca o ninguna utilidad al definir estrategias continentales.

Si se acepta esta premisa, no existe una Región de las Américas que pueda ser conceptualizada de manera útil para la acción. Resta proponer de qué manera puede compatibilizarse esa realidad con el ámbito "ideal" de intervención de la OPS, ALAESP y ASPH.

La solución al problema deberá surgir de la aceptación de las diferencias y sus consecuencias de desarrollo desigual, para que a partir de la identificación de las mismas puedan establecerse las carencias relativas de cada realidad nacional en relación a su desarrollo, así como cuáles son las capacidades que el país está en condiciones de intercambiar con aquellos que puedan suplir, directa o indirectamente, sus necesidades.

Surge de lo expuesto que la red horizontal es la única respuesta válida al problema planteado, ya que es la única que considera el intercambio entre instituciones dotadas de autonomía relativa dentro de un proyecto nacional determinado. Ahora bien, si la red horizontal es la propuesta estratégicamente correcta, cabe preguntarse cuál es el papel reservado a la OPS, la ALAESP y la ASPH, pero este tema se desarrollará más adelante.

Si se considera ahora el problema del contexto: ¿cómo puede existir un contexto regional, si no existe una Región de las Américas? Existen por lo menos dos ordenes de fenómenos: los que por su nivel de generalidad y alto poder explicativo admiten la formulación de leyes o proposiciones de validez casi universal, y aquellos otros que corresponden a la conformación particular que adquiere la ley general cuando es aplicada, u observada, en un contexto determinado en el tiempo y en el espacio, dando origen a leyes particulares que expresan la transformación de lo general en lo particular. Estos dos ordenes de fenómenos permiten identificar dos tipos de espacios de intervención: el primero, correspondiente a las leyes generales, define el área de organizaciones tales como ALAESP, ASPH y OPS; el segundo, relacionado con el espacio de las leyes y fenómenos particulares, se refiere al área de intervención de las escuelas de salud pública.

## **EL OBJETO DE TRABAJO DE LAS ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA Y PERSPECTIVAS PARA SU ANALISIS**

Dada la importancia que tiene la delimitación, o identificación, del objeto del saber y las prácticas de las escuelas de salud pública, es necesario dedicar razonables esfuerzos a esta actividad, aun sabiendo que la misma escapa, y en mucho, a los alcances de un documento de este tipo. Así, sin pretensiones de ser objetivos ni de dar la palabra final sobre el asunto, se trata de esbozar algunas consideraciones al respecto, como uno de los abordajes posibles para este tema.

Dentro de este orden y con las limitaciones ya apuntadas, es posible advertir que en la actual coyuntura existe en la mayor parte de las escuelas de salud pública de la América Latina y del Caribe, un alto grado de perplejidad en relación a cuál es el objeto de trabajo y reflexión, cuál la vocación de esas instituciones y, en consecuencia, cuál el tipo de práctica que deberán privilegiar.

Para procurar dar algunas respuestas al problema planteado es preciso remontarse hasta los comienzos de la década de los años 1960. En ese entonces pocas eran las dudas que asaltaban a las escuelas de salud pública; por lo contrario, casi todo era certeza.

Las escuelas habían incorporado un modelo en el que reinaba la epidemiología clásica, el dilema salud/enfermedad y los métodos cuantitativos. Estos abarcaban desde la propia epidemiología hasta la planificación, calcada en los moldes del proyecto "desarrollista" y en las proposiciones de la CEPAL.

Dentro de esta visión el subdesarrollo era tratado como una etapa del proceso de desarrollo, que podía ser resuelto a través de una inyección masiva de recursos para inversiones, de modo de permitir el "take-off" de esas economías. Para esta concepción, lo político y lo social no formaban parte del problema de salud. Cuando eran tratados se hacía de forma cuantitativa y como parámetros o insumos para el sistema; meros datos para caracterizar una situación dada.

Este planteamiento biologicista-racionalizador se agota junto con el fracaso de la alternativa desarrollista, sobreviviendo únicamente en aquellas instituciones que por alguna razón detuvieron su marcha en ese momento.

Con el fracaso de la propuesta desarrollista surgen dos grandes alternativas para la América Latina: los regímenes neo-populistas y los autoritario-burocráticos. Estos últimos son los que se van a consolidar a lo largo de la década de 1970. La repercusión de estos cambios en el área de la salud pública fue intensa. Los regímenes autoritarios efectuaron una verdadera "masacre intelectual" que afectó duramente a los representantes más avanzados del pensamiento sanitario, en especial a aquellos que comenzaban a incorporar lo político y lo social al quehacer de la salud.

Si por un lado el cierre de caminos promisorios tuvo como con-

secuencia el empobrecimiento institucional, la diáspora resultante permitió un intercambio de conocimientos y experiencias entre los científicos latinoamericanos en el campo de la salud pública, que no registraba antecedentes en el pasado próximo.

Simultáneamente, en el interior de algunos ámbitos académicos comenzó a desarrollarse una visión del proceso de salud que al incorporar saberes y prácticas de las ciencias sociales, obligó a repensar el objeto de la salud pública. El reconocimiento de la historicidad del proceso y del peso de la determinación social, resultó en importantes aportes conceptuales dentro de una perspectiva social-transformadora.

El significativo avance conseguido con el replanteo tanto del concepto del proceso salud-enfermedad, como por la incorporación del componente social al terreno de las acciones de salud, se vio reducido en su impacto por otro aspecto resultante de la política de los regímenes autoritarios: la casi imposibilidad de ejercer en la práctica el pensamiento innovador. El producto de todo este complejo proceso fue una excesiva ideologización, sin una contrapartida práctica.

Las formulaciones de SPT/2000, realizadas al final de la década de 1970, introducen un problema complejo en el seno de las propias escuelas de salud pública. Un consenso supranacional estableció directrices éticas para la obtención de niveles adecuados de salud para la población mundial y definió la estrategia de atención primaria. A esta propuesta básica se añadió como condición que el proceso de transformación esté caracterizado por eficiencia, eficacia, equidad y participación.

A poco menos de 12 años de la meta SPT/2000, poco es lo que las escuelas de salud pública han avanzado en su conjunto. Hoy es imperativo que cada una de ellas redefina vocaciones, prácticas y saberes; precise objeto y métodos; se convierta en generadora no solo de posibles agentes de cambio, sino que establezca y elabore los conocimientos e instrumentos necesarios para que el cambio pueda ser implementado.

Los productos tradicionales formados en el área de recursos humanos de las escuelas de salud pública de la América Latina y del Caribe, evidencian cada vez más la inadecuación de su perfil profesional en relación a las demandas que surgen de sociedades profundamente afectadas por los contextos nacionales e internacionales, y por las implicaciones de los mismos en los procesos y métodos productivos de los países de la subregión.

Hoy, más que nunca, la economía y la eficacia en el uso de los recursos de que dispone el sector es un imperativo, ya que es el único modo en que se podrá intentar paliar el impacto de la recesión y sus secuelas.

Mientras tanto, las escuelas en general continúan formando cuadros que responden a las antiguas propuestas o, en el mejor de los casos, que siendo formados teóricamente en la nueva visión sectorial, ejercitan sus saberes en servicios estructurados según concepciones pasadas. La

conjunción nuevo saber-nueva práctica, es un espécimen raro. Así, se ha conseguido una síntesis paradójica: profesionales con un discurso transformador y una práctica que, muchas veces, ni siquiera acompaña la implementación de la política de extensión de la cobertura de los años 1970.

El reconocimiento de esas limitaciones de las escuelas, en especial en la formación de administradores de salud, llevó al desarrollo del concepto de "liderazgo institucional", procurando elevar el número y la capacidad gerencial de ese tipo de profesional. Puede caracterizarse en el campo de servicios, además del liderazgo institucional, el que podría ser llamado "liderazgo sectorial", que involucra no solo la capacidad gerencial sino también el dominio de la epidemiología y del poder de interpretación del contexto social y sus determinaciones sobre la salud, dado por los conocimientos originados en la sociología, las ciencias políticas y la economía, entre otros campos del saber.

El cambio exigido por la realidad, impone a las escuelas la ineludible e impostergable obligación de pensar creativa y audazmente sobre cuál es su misión y su objeto de trabajo, innovando según sea necesario para impactar eficazmente el sistema nacional de salud. Para esto es preciso:

- Detallar el sistema de salud deseado, que dando cuenta de las directrices acordadas a nivel del consenso internacional, respete las aspiraciones de la sociedad en la que cada escuela está inserta.
- Identificar para cada nivel del nuevo sistema la tecnología correspondiente.
- Determinar los conocimientos y habilidades diferenciales que deberán tener los profesionales que se desempeñen en cada uno de los niveles del sistema propuesto.

Para que esta enorme tarea pueda ser realizada con alguna probabilidad de éxito, es necesario que la formulación del nuevo sistema sea hecha en forma mancomunada entre las instituciones académicas y de servicio. Este hermanarse de las escuelas con los servicios deberá tener como consecuencia la creación de nuevos estilos y áreas de atención y práctica que retroalimenten la formulación de la propuesta innovadora.

## **PROPUESTAS DE LAS SEIS REUNIONES REALIZADAS**

### ***1. Análisis de políticas públicas en el contexto de salud y desarrollo***

Como consecuencia de la crisis económica y la pobreza generalizada en la mayor parte de los países de la América Latina y el Caribe, los procesos de formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas se

dan en un contexto profundamente crítico, con serias restricciones financieras y un gasto social cada vez menor.

Existe una crisis de las concepciones tradicionales sobre el Estado y su papel, en conjunción con la crisis de las políticas de bienestar social. Dentro de este enfoque resulta necesario discutir cuál es el papel del Estado, lo que va más allá del límite de la discusión de la intervención pública. En particular en aquellos países de la América Latina y el Caribe donde los regímenes autoritarios dieron lugar a regímenes electos por el voto popular, y en los que se está viabilizando un proceso de democratización de la sociedad, el Estado se transforma en un espacio donde se expresan los conflictos sociales, de clase, de fragmentos y segmentos sociales y es, por lo tanto, arena de debate, de negociación, de disputa y de acuerdos.

Dentro de esta visión, se les plantea a los gobiernos las cuestiones de la gobernabilidad del sistema social y de la legitimidad de sus mandatos.

Cada Estado, o mejor dicho, cada gobierno elige un determinado estilo de desarrollo para la sociedad que administra, y esta elección implica diferentes grados de priorización de los sectores sociales dentro del proyecto nacional específico.

La profunda crisis por la que pasa la noción del “Estado benefactor” —independientemente de que este tipo de Estado rara vez, o nunca, haya llegado a ser estructurado en América Latina— conduce a una desvaloración relativa de las políticas sociales del gobierno, en especial de las políticas de salud, que son muchas veces contradictorias y fragmentarias, con efectos negativos sobre la población como un todo y, en especial, sobre los segmentos más carentes de esas poblaciones.

Estas características que están asumiendo hoy las políticas públicas y las políticas de salud, obligan al sistema de salud a replantear las concepciones sobre la forma de atención, en particular sobre las nociones de cobertura y sobre la integración y composición de la tecnología utilizada en dicho sistema.

En este sentido es fundamental la participación colectiva social. Debe ser destacado que las formas y estrategias de participación social difieren según la configuración, valores, dinámicas internas e ideologías, ya sea del gobierno, ya sea de los actores o fuerzas sociales envueltos en el proceso.

De lo expuesto se hace evidente la necesidad de analizar los aspectos conceptuales y metodológicos relacionados con los procesos de formulación, ejecución y evaluación de las políticas de salud en cuanto a las políticas públicas. Surgen así tres grandes campos de análisis relacionados con la asesoría prestada a los gobiernos por parte de organismos multinacionales; la redistribución del gasto público, y la elaboración de los marcos teóricos y sus correspondientes desarrollos instrumentales. Estos tres

planos deben ser articulados de modo de potenciarlos y permitir la acumulación de conocimientos y de propuestas de solución.

En lo que se relaciona específicamente con el análisis de políticas de salud, pueden distinguirse dos grandes tendencias:

- Estudios explicativos del proceso que llevó a la adopción de una política dada.
- Estudios evaluativos de impacto.

La primera tendencia se caracteriza por visualizar al Estado como un escenario pasivo en el cual se resuelven las demandas de los distintos grupos sociales. En el segundo caso, en cambio, hay relación entre la política y la población a la que se aplicará la misma.

Respecto al análisis político, debe salir de su marco puramente empírico y situarse en el terreno de las teorías de dos disciplinas: la sociología y la ciencia política.

Decisiones políticas referidas a inversiones tienen consecuencias sobre el estado de salud de la población. Es posible relacionar con alguna precisión contribuciones sectoriales en términos monetarios y cambios en patrones de mortalidad.

Pero no solo lo económico es determinante. Se reconoce la autonomía de la lucha política y el peso de ideologías y valores.

La concepción del fenómeno salud-enfermedad hace perentoria e ineludible la articulación intersectorial para resolver los problemas de salud.

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

En el análisis de las experiencias pasadas, se destacan los intentos de lograr una articulación intersectorial en proyectos de nivel local, la formalización de acuerdos intersectoriales, la participación del sector salud en programas de desarrollo rural integrado y en grandes proyectos de desarrollo regional. La experiencia ganada ha permitido demostrar que quizás lo más importante es el desarrollo del poder de negociación de las instituciones líderes del sector salud.

Se puede desarrollar ese poder a través de la demostración de eficacia y eficiencia de las instituciones ganando espacio político dentro de los proyectos nacionales. Asimismo, se debe desarrollar la capacidad de negociación a través de nuevas estrategias en la resolución de problemas donde se identifique, defina y explique la demanda del sector a otros sectores.

Finalmente, los ministerios deben desarrollar la capacidad de denuncia social de las causas de los problemas de salud.

## 2. *Sistemas nacionales de información y desarrollo de la epidemiología*

En los últimos años, los países han realizado esfuerzos por desarrollar una práctica epidemiológica integral en los servicios de salud y la OPS ha reorientado sus estrategias de cooperación con el fin de contribuir a este esfuerzo.

Los estudios realizados en algunos países demuestran que la práctica epidemiológica aún dista mucho de los objetivos acordados en el seminario sobre usos y perspectivas de la epidemiología, realizado en Buenos Aires en 1983, con la participación de epidemiólogos, planificadores y administradores de salud de la Región. Sin embargo, en casi todos los países se están realizando esfuerzos de transformación que han producido cambios significativos. Existe una conciencia creciente sobre la relevancia de la epidemiología para el desarrollo y transformación de los servicios y la necesidad de continuar actualizando la formación en este campo.

La investigación científica se ha limitado al contexto universitario y de institutos especializados, con participación casi nula de los servicios de salud. La carencia de políticas nacionales de investigación y la distorsión de las prioridades a veces responden más al interés de las agencias financiadoras que a las realidades de salud nacionales.

La situación descrita tiene estrecha relación con las deficiencias de la capacitación en epidemiología, tanto por la escasez de personal adiestrado como por la disociación entre los requisitos de la práctica y el contenido de la enseñanza, producto en parte de la poca interrelación ya mencionada.

A todo lo anterior se suman las limitaciones de los actuales sistemas de información y documentación, que dificultan tanto la capacitación como las investigaciones y que entorpecen el desarrollo general de la epidemiología, en particular de la docencia.

Es en ese escenario donde se inscriben los cuatro grandes grupos de actividades de la práctica epidemiológica en los servicios:

- Estudios de situación de salud en diferentes grupos de población, sus determinantes y sus tendencias.
- Vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas de salud.
- Investigación causal y explicativa sobre problemas prioritarios de salud.
- Evaluación del impacto en salud de los servicios y otras acciones sobre las personas, medio ambiente y condiciones de vida, y evaluación de tecnología en función de su seguridad y eficacia.

El desarrollo de estas áreas ha sido desigual. Los estudios de *situación de salud* han quedado frecuentemente limitados a diagnósticos

de salud de carácter descriptivo, con poco desarrollo conceptual y metodológico para comprender y explicar las relaciones entre el perfil de salud-enfermedad de diferentes grupos de población y sus condiciones de vida y de trabajo. Han tenido, además, poco impacto en los procesos de planificación y transformación de las acciones multisectoriales y de los servicios en función de modificar la situación de salud y lograr mayor eficacia, eficiencia y equidad.

En varios países la vigilancia epidemiológica se ha reducido a la recopilación rutinaria de información sobre un grupo de enfermedades, generalmente poco útil para las decisiones cotidianas de las acciones y programas de control.

En muchos casos las investigaciones se han restringido a la utilización de las potentes técnicas cuantitativas de que dispone la epidemiología contemporánea para medir la asociación entre uno o varios factores de riesgo y una enfermedad, solo para evaluar problemas e hipótesis surgidos de la visión clínica individual de los problemas de salud. No se ha realizado un esfuerzo para desarrollar un pensamiento causal epidemiológico sobre el estado actual del conocimiento científico general —en particular de las ciencias biológicas y sociales— en la conformación de un sólido marco conceptual y en la definición de problemas e hipótesis sobre problemas de salud de diferentes grupos sociales. La evaluación ha tenido escaso desarrollo y continúan predominando en el seno de los servicios las evaluaciones exclusivamente administrativas sin un conocimiento del impacto real de las acciones y las tecnologías empleadas.

Las características de la situación y los servicios de salud plantean serios retos a la enseñanza de la epidemiología. Se hace necesario un esfuerzo de integración conceptual y metodológica de los aportes de las ciencias sociales y biológicas. El desarrollo de la epidemiología ha estado siempre vinculado a los cambios sociales y al tipo de exigencias que de ellos se derivan; por otra parte, esta disciplina tiene tradicionalmente una marcada vocación de influenciar las acciones y servicios de salud, traduciendo el desarrollo general de las ciencias y las corrientes de pensamiento predominantes en relación a los procesos de salud-enfermedad.

### ***3. Economía y financiamiento de la salud***

Es innegable, a la luz de los argumentos desarrollados al comienzo de este trabajo, que uno de los enfoques a las demandas planteadas al sector salud como consecuencia de la crisis económica que afecta a los países de América Latina y el Caribe, es el avanzar en el entendimiento de las múltiples y complejas interrelaciones y articulaciones que existen entre economía y salud.

Una de las dificultades que se encuentran para integrar el análisis económico a la realidad de los sistemas nacionales de salud, es la exis-

tencia de dos corrientes de pensamiento, divergentes en cuanto al entendimiento de la finalidad sectorial. Por un lado se tiene el enfoque que destaca la rentabilidad (el lucro) como motivación central para el desarrollo de los servicios de salud, y por otro lado la corriente que sostiene que siendo la salud un derecho de ciudadanía, cabe al Estado garantizar la efectividad de los servicios de salud, en forma universal y equitativa y de manera que la relación costo-beneficio (en sentido económico restricto) pueda ser observada.

Obviamente es preciso identificar con precisión cuál de las dos alternativas es la aceptada por la institución antes de proceder a esbozar la propuesta de trabajo, ya que la elección de una u otra alternativa implica diferencias en la identificación de problemas y métodos de análisis, intervención y evaluación.

Es posible extraer de los enfoques mencionados una segunda consecuencia, y es que existen diferencias estructurales sustantivas entre los subsectores público y privado, lo que obliga a tomar en consideración sus lógicas particulares cuando son propuestas acciones o políticas para el sistema nacional de servicios de salud. Es preciso analizar el tipo de interacción y las leyes que lo rigen, así como también el proceso histórico que conduce a la particular forma de hegemonía que se manifiesta en una coyuntura determinada. Esto define una articulación entre lo económico y lo político, que lleva a la interdisciplinariedad.

Por otra parte, el reconocimiento de que el instrumental del análisis macro y microeconómico es potente, no debe conducir a un sesgo que viene observándose en el área de la salud pública: el reemplazo de un marco teórico propio, por paradigmas y teorías provenientes de otros enfoques, con la consecuente distorsión de la visión sectorial. El entendimiento de que diversas ramas y disciplinas del conocimiento tienen importantes contribuciones, no sustituye el desafío principal de constituir un eje específico de la salud pública en el cual puedan ser insertados, de modo acumulativo y potenciador, los diferentes aportes.

El desarrollo previsible para la investigación y la acción, y que avanza en relación a la situación actual, está dado por la búsqueda de la construcción de un nexo entre el conocimiento económico y el específico de salud. Para esto es necesario identificar los diversos niveles y objetos de análisis para aplicar a cada uno de ellos el método más conveniente. Por ejemplo, ciertas categorías, como la equidad o la cobertura, podrían ser mejor abordadas mediante procedimientos macroeconómicos, mientras cuestiones como la eficiencia admiten una aproximación microeconómica.

Es preciso destacar que los diferentes análisis deberán, tanto cuanto sea posible, partir de hechos concretos de una realidad nacional dada.

Hay que enfatizar también que el abordaje económico no

puede pasar por alto el hecho que el sector salud es un sector social al que, como tal, le caben responsabilidades indelegables, que constituyen su principal razón de ser. La escasez de los recursos, las restricciones financieras, la necesidad de la eficiencia, son todos conceptos útiles pero que deben ser, necesariamente, complementados con una visión social más abarcadora. El análisis costo-beneficio, que puede ser utilizado para la evaluación intrasectorial, aplicado con un falso purismo técnico puede llegar a justificar la canalización de recursos hacia otras áreas de la producción, aun cuando esto tenga menos significado desde el punto de vista de la equidad, ya que esta presenta problemas de valoración que no pueden ser tratados solamente por procedimientos cuantitativos.

Todo lo señalado pone de relieve, en definitiva, el problema del Estado, los grupos de poder, la toma de decisiones, la asignación de prioridades y la necesidad de integrar el análisis económico a la visión sociopolítica comprometida con la construcción de sociedades más justas y equitativas, en donde los seres humanos consigan su plena realización.

#### **4. Recursos humanos en salud**

Hoy en día es preciso que las políticas de recursos humanos en salud, como cualquier otro tipo de política pública, den cuenta de las nuevas características asumidas por el contexto sociopolítico de América Latina, especialmente como producto de los procesos de redemocratización de la sociedad y de la recesión económica.

Por un lado, la redemocratización coloca nuevamente en escena a una serie de actores que habían desaparecido o cuya importancia había disminuido durante los recientes gobiernos autoritarios:

- Los sindicatos y órganos de asociación de profesionales de salud.
- Los sindicatos de trabajadores, con sus demandas específicas en relación a la salud y a las condiciones de vida.
- Los partidos políticos y otras entidades de la sociedad civil, que tienen programas o propuestas para la reorganización de los sistemas nacionales de salud.

La crisis económica, por otra parte, introduce algunos elementos limitantes de la capacidad del Estado para responder en forma totalmente satisfactoria a esos grupos sociales. El desempleo de médicos y de otros profesionales se ha convertido en un fenómeno palpable.

En esta situación, adquiere características dramáticas el divorcio existente entre el modelo de formación de personal y la realidad del mercado de trabajo, tal como existe y tal como debería existir dentro de una política de salud. La formación se aparta cada vez más no solo del ideal, sino también de lo real.

Las instituciones académicas son importantes como fuente de liderazgo del proceso de transformación del sistema nacional de salud, pero se debe reconocer que ellas, como un todo, se mantienen muchas veces al margen de ese proceso y en sí no aseguran transformaciones substanciales. La “conciencia sanitaria” que se requiere para que eso ocurra a escala nacional no es un producto directo de las academias, pero la universidad parece ser decisiva en la construcción de una base de conocimientos y principios que posteriormente pueda ser propagada a la sociedad como un todo y penetrar en el propio aparato del Estado.

Una vertiente a ser explorada, en el sentido de construir esa base, es la fusión de las corrientes de la medicina social con la de salud pública, reformulando sus respectivos objetos de trabajo y creando un campo interdisciplinario común, en donde se incluyen, entre otros conocimientos, las ciencias sociales, la epidemiología y la planificación.

La oferta de médicos y otros profesionales del área de salud tuvo una notable expansión, relacionada con la enseñanza universitaria en masa ocurrida en la década de los años 1960, como producto de una coyuntura favorable de desarrollo económico.

En el contexto de recesión que se reconoció a comienzos de la presente década, pero que venía presentándose en forma subrepticia desde 1974, la gran oferta de esos profesionales pasa a considerarse como un problema y en muchos casos se ha diagnosticado que hay un superavit de médicos y de personal de otras categorías. Sin embargo, la interpretación de esa nueva situación, por medio de índices y de esquemas de análisis más imparciales presenta grandes problemas. Dadas las visibles deficiencias de la asistencia prestada a la población cubierta y la necesidad de ampliar aún más la cobertura para un sinnúmero de grupos urbanos y rurales, el hablar de exceso de profesionales considerando apenas el aspecto de oferta y demanda en la actual coyuntura es algo, como mínimo, polémico. El asunto, en el fondo, es de naturaleza política.

En muchos países, la problemática de los recursos humanos en salud, con sus numerosos aspectos relacionados con la política, la planificación y la utilización —incluidos bajo este título no muy adecuado los asuntos relativos al mercado del trabajo— aún no constituye un objeto específico de docencia e investigación. De hecho, no se puede esperar que esos temas se conviertan en una disciplina específica, sino que tal vez puedan adquirir una mayor unidad, delimitándose como campo de indagación pertinente para quien enseña o investiga en el campo de la salud pública y la medicina social.

Es preciso conferir a esa temática una “dignidad epistemológica”, por medio del establecimiento de una estructura conceptual amplia que incorpore el instrumental de las ciencias sociales. Lo que ha ocurrido frecuentemente es la dicotomía entre estudios de recursos humanos en salud con rasgos contrastantes: algunos meramente empíricos, en los que se

emplean indicadores de distribución de profesionales y se describen tendencias simples, y otros con ambiciosas formulaciones teóricas pero carentes de datos y análisis de tendencia de la formación y del mercado de trabajo. El desafío consiste en proseguir el análisis de este último introduciendo nuevos factores determinantes, tales como la organización político-corporativa de los profesionales, sin perder de vista lo que pasa con el proceso de formación.

##### **5. *El proceso de desarrollo tecnológico en salud***

En las últimas décadas hemos asistido a un fenómeno de transformación en el campo de la tecnología médica. El crecimiento, tanto en número como en sofisticación de los dispositivos de uso médico produjo un impacto trascendente en diversas áreas. En el área económica, con nuevas relaciones de producción, de comercialización, de innovación. En el área de salud, con cambios en las modalidades de atención médica, en la administración de servicios de salud, en la actualización y formación de recursos humanos, etc. Asimismo se pueden observar transformaciones en los procesos culturales y sociales.

En los países latinoamericanos, que presentan grandes contradicciones internas y profundos problemas sociales sin resolver, esta irrupción de nuevas tecnologías médicas es aún más aguda y crítica.

Los estados nacionales no han asumido, en general, un papel protagónico como responsables de la definición y administración de una política nacional que regule el proceso de desarrollo tecnológico.

La intervención de las autoridades gubernamentales es imprescindible e impostergable, dado que, por las características de este sector los intereses de productores, médicos y consumidores tienden a incrementar el uso de equipos médicos, sin que necesariamente esto se traduzca en una mejor atención de los problemas de salud. La oposición de intereses sectoriales, que en otras áreas contribuye a neutralizar efectos indeseados, no se verifica de la misma manera en este campo.

La política tecnológica necesaria para los países debe orientarse hacia el logro de una suficiente capacidad tecnológica autónoma, respetuosa de los valores culturales existentes y que sirva a las necesidades básicas de la población. La coordinación de las decisiones de las distintas áreas de gobierno es otra condición indispensable para el éxito de las acciones a ejecutar. El papel del Estado debe ser el de regular, entendiéndose como tal una función promocional y global y no solo de fiscalización y control.

El mercado de los dispositivos médicos es de naturaleza imperfecta. En este tipo de productos, los consumidores finales no están en condiciones de evaluar la calidad de los mismos. Los responsables de las indicaciones, o sea los médicos, no son los que pagan por las prestaciones, y los que pagan no las controlan. Cabe destacar, además, que se trata de

productos insustituibles, de rápida obsolescencia y con un mecanismo de fijación de precios que no responde al juego de oferta y demanda. Es creciente el peso que en los costos de atención médica tienen los dispositivos médicos. Esto es motivo de preocupación de administradores públicos y privados, dado que se trata de un mercado con recursos limitados.

La evaluación de los dispositivos médicos es también compleja, pues tiene distintas formas de medición, seguridad, eficacia y costo-beneficio. La primera es una medida de riesgo; la segunda está referida a los resultados en el uso de los mismos, y la tercera es una cuantificación económica que relaciona el costo del uso con el costo del beneficio que dicho uso implica.

El proceso de desarrollo tecnológico ofrece varias dimensiones y por lo tanto distintas vías de abordaje para su estudio. Tanto los aspectos éticos, legales y médicos, como la formación de los recursos humanos requieren de la discusión y participación de los diversos actores involucrados en dicho proceso.

Respecto al papel de las escuelas de salud pública se propone que este se defina en cada contexto, con la participación de grupos multidisciplinarios, bajo la forma de cooperación entre instituciones académicas y de servicio. También se espera que las escuelas tengan un papel importante en algunos aspectos de la investigación, tales como la identificación y divulgación de problemas, y la elaboración de propuestas y soluciones para los mismos. Para el logro de estos fines es imprescindible el diálogo con los niveles decisorios de cada sistema social.

A fin de avanzar en acciones concretas se propone lo siguiente:

- Evaluar internamente en cada institución docente la necesidad y las posibilidades de incorporar el tema dentro de sus programas, comunicando la decisión a otros organismos que trabajan en el área.
- Iniciar un trabajo horizontal reuniendo a docentes de distintas disciplinas para su motivación y captación de aportes.
- Establecer una vinculación efectiva con las instituciones nacionales a cuyo cargo está la regulación, incorporación y utilización de las diversas tecnologías para el sector salud.
- Solicitar a organismos de carácter internacional, el apoyo de consultores reconocidos para colaborar en la puesta en marcha de los programas.
- Propiciar reuniones de personal que trabaja en el área, con el apoyo financiero de organismos internacionales.
- Producir y difundir documentación sobre el tema, lo cual podría lograrse contando con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud.
- Obtener apoyo financiero para el despegue del programa, ya que se cuenta con los recursos propios de cada institución.

Por otra parte, se consideró de importancia en la medida en que avance la decisión e implantación de los programas, la interconexión entre dos o tres instituciones, bajo el auspicio de la OPS, para la cooperación, intercambio o apoyo mutuos.

En reuniones anteriores se planteó la necesidad de construir una red destinada a lograr una coordinación sustantiva entre instituciones pertenecientes a ALAESP y a ASPH, con la cooperación de la OPS, lo cual resultaría de gran utilidad para las acciones que las escuelas realicen sobre el tópico.

## **6. *Sistemas de servicios de salud***

La presente crisis económica constituye el aspecto que más se destaca en el contexto de América Latina, por sus alcances estructurales y por su duración. A esto se unen otros fenómenos, tales como el de la urbanización, la marginalización, el envejecimiento de la población, las crecientes expectativas de esta y los procesos de democratización, con un incremento de la complejidad y profundas modificaciones del papel del Estado.

Los sistemas de servicios de salud, por su parte, han diversificado y complicado en forma creciente su capacidad de oferta, incorporando en forma permanente nuevas tecnologías de alto costo de adquisición de operación y de mantenimiento.

Esto ocurre en momentos en que por la situación de crisis previamente mencionada, se produce una disminución relativa cada vez mayor de la participación del gasto público en el financiamiento de los servicios.

Por otra parte, se hace evidente que los sistemas de salud resultan ineficientes debido principalmente a debilidades en los procesos de conducción y administración, lo que ha producido dudas sobre la capacidad de los ministerios para resolver los problemas de salud.

Dentro de este panorama complejo, los servicios de salud deben responder al desafío de extender la cobertura de servicios a toda la población, especialmente a los grupos más necesitados.

Se reconoce, además, que a la brevedad se deben hacer cambios acelerados para poder maximizar la equidad, la eficacia, la eficiencia y la participación social para afrontar los desafíos planteados por la meta SPT/2000 y sus estrategias.

Es en este escenario donde adquieren importancia ciertos temas críticos, tales como los aspectos de conducción y gerencia, la descentralización, la programación y administración local de los servicios y la participación social. Sin embargo, si se acepta que la misión, planes y programas de las instituciones tienen su expresión real y concreta en el punto directo de contacto con la población, la organización y funcionamiento de esos

servicios locales se convierten en aspectos críticos del proceso de atención de la salud. El fortalecimiento de la capacidad de operación de los servicios locales constituye una prioridad para la acción.

Los sistemas locales de salud (SILOS) constituyen una propuesta de división del trabajo dentro de los sistemas nacionales de salud con criterio geográfico-poblacional, en áreas urbanas o rurales, diseñada acorde a las necesidades de la población, las que son definidas en términos de daños y riesgos. El SILOS se responsabiliza de la articulación de los recursos existentes en un espacio geográfico delimitado, para lograr así su mejor utilización y adecuación a la realidad local, incluyendo el establecimiento de una relación de responsabilidades recíprocas con la población. Esta relación necesita manifestarse en todos los aspectos condicionantes de la salud individual y colectiva; en definición de políticas y prioridades; origen y distribución de recursos y actividades, y comportamiento individual y de grupos relevante al contexto de salud-enfermedad.

Se observó que el concepto de los SILOS varía de acuerdo con la realidad nacional a la cual se aplica. Se considera, sin embargo, que existen aspectos de tipo general que pueden ser válidos para la mayoría de los casos. De esta manera se aceptó que los SILOS son una propuesta de división de trabajo elaborada con criterios geográficos y de población, teniendo en cuenta las necesidades, los problemas de salud y los riesgos existentes. El sistema local de salud incluye todos los recursos existentes en un espacio determinado, sean estos públicos, de seguridad social o privados.

Se enfatizó que los SILOS son componentes y deben estar articulados con los sistemas nacionales de salud y al mismo tiempo son las bases organizativas de un sistema global, constituyéndose en los puntos para la programación local y los procesos de gestión de administración periférica. Los sistemas de referencia, contrarreferencia, asesoría y supervisión son procesos fundamentales para su interconexión con otros niveles, para poder dar así una adecuada y eficiente respuesta a las necesidades locales.

Se señaló que la descentralización y desconcentración favorecen el funcionamiento de los SILOS y que sí constituyen una propuesta de cambio en el uso y distribución del poder. Se indicó también que diversos países de la Región están desarrollando experiencias de procesos de descentralización y desconcentración del Estado en general y del sector salud en particular. De estas experiencias nacionales surge la necesidad de analizar ciertas áreas temáticas, tales como descentralización; aspectos políticos y administrativos; salud, desarrollo y relaciones intersectoriales; conducción del sector; articulación de las instituciones del sector salud; desarrollo de la capacidad de administración y gerencia de los servicios de salud; modalidades de prestación; programación local, enfoque de riesgo y sistemas de información; integración de los programas; financiamiento; participación comunitaria; desarrollo de recursos humanos e investigación.

Se hizo notar que la descentralización conlleva la necesidad que la población participe en la gestión de los servicios.

Es necesario realizar estudios descriptivos sobre descentralización en los países de la Región. Estos estudios necesitan describir los antecedentes históricos y el ímpetu para lograr el cambio dentro y fuera de los ministerios de salud y de los sistemas de salud, tanto en los niveles nacionales como en los locales.

En cada país se podrían constituir grupos de trabajo en los cuales estuvieran representadas las instituciones de enseñanza y los ministerios de salud e instituciones de seguridad social. Se podría apoyar a esos grupos de trabajo en el diseño y en las metodologías de investigación y en la evaluación y discusión de los resultados.

Además de los estudios descriptivos y evaluativos deberían promoverse estudios analíticos comparativos entre países, con el fin de entender cómo se desarrollan los procesos de descentralización y cambio, y su relación con distintas formas de organización y funcionamiento de los sistemas de servicios de salud, en distintos regímenes políticos de gobierno y estilos de desarrollo.

Se debería promover la organización de reuniones de carácter nacional o subregional con la participación de instituciones de enseñanza de salud pública y administración de salud, ministerios de salud, instituciones de seguridad social y otros grupos interesados, para discutir aspectos metodológicos y de diseño, así como líneas estratégicas de investigación en descentralización y fortalecimiento de los SILOS. A esas reuniones podrían asistir representantes de agencias de financiamiento a fin de que conozcan y se interesen en apoyar estos estudios.

Otras actividades específicas que pueden fortalecer la capacidad docente en salud pública y administración en salud, incluyen capacitación de personal de salud para el desempeño de nuevas funciones; capacitación del cuerpo docente a través de cursos, seminarios y talleres, con la participación de expertos en la materia; desarrollo de programas vespertinos y nocturnos con el fin de facilitar la asistencia de los profesionales que prestan servicios a programas de educación permanente, y desarrollo de programas de capacitación en servicio para los profesionales de salud. Dichas actividades docentes deberían incluir capacitación en algunas áreas consideradas críticas para la administración de servicios, tales como análisis de políticas públicas; planificación y administración estratégica; métodos y técnicas de predicción; métodos y técnicas de negociación; nuevos enfoques en economía y financiamiento de la salud; proceso tecnológico; legislación sanitaria, y nuevas dimensiones y usos de la epidemiología.

Se pueden apoyar estas actividades a través de reuniones para la revisión y desarrollo curricular y para la incorporación de nuevos métodos, técnicas y estrategias de enseñanza; visitas, intercambio y capacita-

ción específica de docentes, investigadores y alumnos, y elaboración de módulos y material docente para ser utilizados en programas de educación permanente para los funcionarios de los servicios de salud.

Asimismo, deben realizarse esfuerzos para aumentar la comunicación y colaboración entre las instituciones de enseñanza a través de la creación de redes interinstitucionales con capítulos en áreas temáticas de importancia. Se puede apoyar la formación y operación de estas redes y capítulos a través de la identificación de fuentes de financiamiento apoyando la movilización de recursos nacionales y promoviendo la publicación y diseminación de información.

### **PROPUESTA PARA LA CONFORMACION DE UNA RED INTERINSTITUCIONAL**

Como resultado de las seis reuniones realizadas surgió la propuesta de crear una Red Interinstitucional destinada a lograr una coordinación sustantiva de las instituciones pertenecientes a ALAESP y a ASPH, con la cooperación de la OPS. El propósito es fortalecer el desarrollo de la infraestructura de dichas instituciones, así como su capacidad docente, de investigación y de práctica. ALAESP, ASPH, y OPS conformarán el núcleo responsable de la coordinación, constituyéndose además en el Secretariado de la Red. Este Secretariado será el punto de contacto con otras instituciones de docencia, investigación y servicios, organismos del sistema de Naciones Unidas, fundaciones, y agencias multilaterales y bilaterales de crédito.

La Red se compondrá de capítulos y deberá formalizarse a través de un protocolo, carta de intención o el instrumento jurídico que se considere apropiado y al cual se adherirán ALAESP, ASPH y OPS.

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

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

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

Los propósitos generales de la red son promover y desarrollar mecanismos y estrategias de cooperación en áreas específicas entre las escuelas de salud pública de América Latina y del Caribe y las de los Estados Unidos, con la coordinación y apoyo de ALAESP/ASPH/OPS.

Se pretende promover el desarrollo institucional de las escuelas de salud pública, fortaleciendo su capacidad para la docencia y la investigación, con el fin de alcanzar así el grado de excelencia técnica necesario para cumplir su cometido con el máximo de eficacia y eficiencia.

Al establecer posibles líneas de cooperación en el área específica correspondiente, se tendrán en cuenta los siguientes temas:

- a) *Fortalecimiento y desarrollo institucional*
  - Organización y administración de las instituciones docentes.
  - Desarrollo de los aspectos estructurales y funcionales.
  - Diseminación de la información y mecanismos y estrategias para el intercambio de información científico-técnica.
  - Desarrollo de unidades de producción y publicación de material científico-técnico para la docencia e investigación, equipos y tecnología.
  - Desarrollo y fortalecimiento de las relaciones entre las instituciones docentes y las de servicios.
- b) *Fortalecimiento de la capacidad docente*
  - Revisión y evaluación de contenidos curriculares.
  - Desarrollo de nuevos enfoques en tecnologías educativas.
  - Programas de educación permanente.
  - Desarrollo de estrategias no tradicionales para la formación y capacitación de personal, y programas de educación a distancia.
  - Programa para el desarrollo del personal docente.
  - Programa de intercambio interinstitucional de docentes y alumnos.
- c) *Fortalecimiento de la capacidad de investigación*
  - Desarrollo de programas para la capacitación de docentes en metodología de la investigación científica.
  - Desarrollo de programas para la capacitación docente en administración de investigaciones.
  - Desarrollo de investigaciones conjuntas interinstitucionales.
  - Mecanismos y estrategias para la publicación y diseminación de los resultados de las investigaciones.
  - Programa de intercambio de investigadores.

Sin perjuicio de las conclusiones a las que se arribaron, sería

útil intentar desarrollar una mecánica que permitiese poner en marcha la Red Interinstitucional en el menor plazo posible.

Primeramente se delimitará un objeto de conocimiento y práctica que permita instrumentar más adecuadamente la transformación de los sistemas nacionales de salud, en dirección de la meta SPT/2000. A efectos de centrar la presentación en lo esencial, se postula que el objeto deseado y sobre el cual es posible establecer mayor número de articulaciones entre el saber y la práctica innovadores, está constituido por los sistemas locales de salud (SILOS) y por las nociones, conceptos y desarrollos teóricos y prácticos que de ellos se derivan.

Una vez que se acepta que los objetos de reflexión y práctica son los SILOS, en la forma particular que adquieren al insertarse en una realidad regional o nacional determinada, el segundo paso consiste en identificar los diferentes ángulos desde los cuales los objetos pueden ser abordados, así como también cuál es la especificidad planteada por cada visión particular.

Los SILOS son, en esencia, los elementos nucleares de los sistemas regionales y nacionales de salud. El estudio de sus relaciones de determinación y de condicionamiento se remite al análisis de la estructura social en la que operan. Cuando se cambia la perspectiva de análisis y se pasa del plano general hacia el interior de los SILOS, la reflexión se desplaza hacia la comprensión de los procesos organizativos, técnicos y administrativos que se dan en ellos y hacia las formas particulares que adquieren sus relaciones con la población, con sus características específicas.

Resulta de lo expuesto, que los SILOS adquieren características diferentes según el ángulo desde el cual son analizados. Como consecuencia, surgen por lo menos tres grandes áreas de sistematización de los conocimientos y prácticas generadas por los SILOS, en función del grado de agregación y el poder discriminatorio de la visión seleccionada:

- a) La referida a la superestructura o suprasistema relacionados con los SILOS, que engloba los conocimientos producidos en relación al conjunto de determinaciones y condicionantes que producen, o inducen, una determinada configuración. Esta área es alimentada por las teorías, métodos y procedimientos de las ciencias sociales; apunta a la generación de conocimientos de gran poder explicativo y por ende de alto grado de abstracción; tiene bajo nivel de aplicabilidad para situaciones particulares, y, por el contrario, su desarrollo es fundamental para la definición de políticas viables y factibles.
- b) La que considerando al propio SILOS como una “caja negra”, reúne las reflexiones y prácticas sobre sus relaciones y articulaciones con el conjunto de la estructura sectorial de salud. Se

agregan los trabajos relacionados con eficiencia, eficacia, impacto y participación. Esta área es alimentada por conocimientos específicos de la salud pública y de las ciencias biológicas, con apoyo de ciertos conocimientos de las ciencias sociales y algunos métodos, técnicas y procedimientos del área gerencial.

- c) La que alude a la reflexión sobre los subsistemas que componen los SILOS. Aquí se agrupan los estudios y prácticas de micro-intervención; estudios o acciones que tienen como propósito la resolución de problemas particulares y, por lo tanto, de bajo nivel de generalización. La acumulación de conocimientos en este espacio, al transformar cantidad en calidad, puede contribuir a colocar en discusión la propia lógica sectorial.

Otra manera de comprender las áreas de sistematización propuestas es en correspondencia con los tres niveles clásicos considerados por la administración: central, regional y local. Se trata de entender que esta división no es una simple clasificación administrativa, sino que por detrás de ella existen implicaciones que se reflejan en la organización del conocimiento y que, en especial, tienen relación con los paradigmas que deberán ser empleados.

Un esquema metodológico que permitiría ordenar la reflexión acerca de los contenidos disciplinarios a ser impartidos es el que considera las siguientes tres dimensiones:

- Instancias jerárquicas del sistema de salud: central, intermedia y local.
- Instancias académicas: investigación, formación y aplicación.
- Disciplinas o áreas de conocimiento: ciencias políticas, administración, economía, etc.

Siendo los SILOS el objeto y las escuelas el sujeto de reflexión, debe seleccionarse el proceso particular que interrelacionando objeto-sujeto, genere mayor potencial de cambio. Para esto se debe pensar, en la presente coyuntura, cuál de las tres áreas de actuación de las escuelas, investigación, docencia o práctica, adquiere mayor relevancia estratégica. En este sentido pareciera ser que lo más crítico es la reformulación del proceso formador, de modo que el mismo tenga condiciones de producir los "nuevos administradores" que la propuesta de los SILOS exige.

La programación de la formación de estos nuevos administradores impone que se dé especial relieve a los siguientes aspectos:

- Definir los diferentes perfiles requeridos de estos profesionales, según la instancia del sistema nacional de salud en la que van a desarrollar sus actividades.

- Identificar, en función del perfil establecido, disciplinas y contenidos específicos.
- Establecer las entidades académicas responsables por el proceso formador específico.

## **EL PAPEL DE LA OPS**

Para definir el papel que deberá desempeñar la OPS en la organización, consolidación y mantenimiento de la Red Interinstitucional, es preciso partir del entendimiento que la Organización es una “administradora de conocimientos”, función ejercida en una determinada coyuntura según una orientación que da la intencionalidad del proceso.

En relación a la coyuntura ya fueron expresadas algunas consideraciones, en función de las cuales puede concluirse brevemente que:

- a) La Región de las Américas está compuesta por un conjunto de países que no es lo suficientemente homogéneo, en relación a las bases políticas, económicas y sociales.
- b) Esta heterogeneidad obliga a considerar la constitución de la red a partir de la integración en subredes o subsistemas de aquellas instituciones que presentan un mayor grado de afinidad en relación a sus propuestas.
- c) La coyuntura económica de la mayor parte de los países que integran la Región evidencia la existencia de graves crisis económicas. Esto es consecuencia directa de la pesada carga impuesta por la deuda externa y de las políticas económicas encaminadas a resolver, o paliar, ese problema. Estas políticas adoptarán, en general, formas recesivas con fuerte impacto sobre el mercado de trabajo, vía congelamiento de salarios y reducción de empleos, así como con la discriminación o contención de gastos de los gobiernos, en especial en las áreas sociales.

En el campo específico de las escuelas, se suma a este panorama una acentuada crisis de identidad marcada por una búsqueda intensa, y no siempre exitosa, de nuevos caminos.

Este resumen describe brevemente los lineamientos generales del proceso para lograr la meta SPT/2000, principal objetivo de los países y hacia el cual deben orientarse las acciones de la OPS.

Así, existen tres grandes dimensiones que deben ser consideradas para determinar las directrices a seguir a fin de organizar y poner en marcha la Red: la meta SPT/2000, la función o misión de la OPS y la coyuntura en la cual se desarrolla el proceso.

En relación con la misión de la OPS es preciso concebirla en su sentido más amplio, es decir, cabe a la OPS planificar, organizar, condu-

cir, coordinar y evaluar la producción, diseminación y aplicación de conocimientos dirigidos a alcanzar la meta SPT/2000, y en general a la mejoría de las condiciones de salud de la Región.

En tanto que las escuelas deben trabajar con una realidad nacional a ser conocida y transformada, los objetos de reflexión y análisis de la OPS son las escuelas en sí mismas, consideradas como instrumentos de elaboración de conocimiento y prácticas, insertas en el contexto de la propuesta SPT/2000 y de cada uno de los países de la Región. De la comprensión de la diversidad de estos propósitos emerge la caracterización del papel de la OPS.

La OPS no puede interferir en el campo de producción de conocimiento de las escuelas; su esfuerzo debe estar dirigido a la generación de conocimientos que permitan potenciar, facilitar, incentivar, fomentar y reproducir lo elaborado en ellas, sin superponerse. En este sentido, uno de los papeles que le cabe desempeñar es el de catalizadora de formas secundarias de organización, tal como la Red en discusión, que permitan el intercambio de conocimientos entre escuelas y la constitución de subredes complementarias entre aquellas instituciones docentes que presenten mayor grado de afinidad.

En relación a esto, en una primera etapa el objetivo fundamental a ser alcanzado es el establecimiento de la Red, entendida esta como una estructura de comunicaciones entre las propias instituciones, con una coordinación central de índole administrativa y gerencial. O sea, dado que la Red es horizontal, por naturaleza y convicción de sus miembros potenciales, el papel de la OPS, conjuntamente con la ALAESP y ASPH, es el de generar y establecer los mecanismos e instrumentos necesarios para materializar dicha Red.

Además de la actividad de fomento en la creación de la Red, la OPS, ALAESP y ASPH deberán desarrollar acciones destinadas a garantizar el impulso inicial necesario. En otras palabras, la organización de la Red implica, para poder aumentar sus posibilidades de éxito, la acumulación inicial de los conocimientos de sus miembros y el desarrollo de una cierta base material de infraestructura, especialmente en las áreas de informática y comunicación, en donde la función de la OPS resalta con nitidez como fundamental.

Avanzando aun más en las funciones de la OPS en relación a la Red, cabrá a esta someter al conjunto de los miembros potenciales el esquema básico de valores y concepciones sobre los cuales se constituirá. Como punto de partida se entiende que los valores establecidos son los de equidad, eficiencia, eficacia y participación; en tanto que la base organizacional deseada para los sistemas nacionales de salud es su estructuración a partir de los SILOS.

Tomando como orientación básica la que surge de la confluencia de los valores establecidos y de la propuesta organizacional, corres-

ponde asimismo a la OPS, ALAESP y ASPH reelaborar las sugerencias e indicaciones originadas en los seis talleres realizados para producir un documento conceptual articulado que posibilite desenvolver el proyecto de estructuración e implementación de la Red.

En este sentido corresponde a la OPS, ALAESP y ASPH actuar en una primera etapa en el campo de la conducción estratégica, viabilizando los recursos necesarios para el despegue del proyecto y fortaleciendo los mecanismos que permitan la difusión de información entre los miembros potenciales de la Red.

## **OPCIONES PARA LA REFORMULACION CURRICULAR**

Quedó establecido en las páginas anteriores que para elevar la capacidad, eficiencia y eficacia de los administradores de salud es menester considerar, entre otros aspectos, el referido al eje temático, es decir aquel que orienta la sistematización de los temas prioritarios en torno a los cuales se deben centrar las actividades docentes y de investigación.

Tal sistematización refuerza los esfuerzos de formación y capacitación de los administradores en las áreas más estratégicas, con el objetivo primordial de contribuir a la transformación de los sistemas nacionales de salud.

Dicha transformación presupone el desarrollo de la infraestructura de los servicios locales de salud, con énfasis en la atención primaria; la atención prioritaria a los problemas de salud presentes en los grupos humanos vulnerables y el desarrollo de mecanismos flexibles de investigación científica y tecnológica para generar instrumentos metodológicos que refuercen los conceptos de equidad, cobertura, eficacia y participación social.

Como antes se indicó, tradicionalmente se identifica en los sistemas nacionales de salud tres instancias jerárquicas: a) central, b) intermedia y c) local, las cuales demandan administradores de salud con características distintas según la instancia en la que vayan a actuar. Por lo dicho, es necesario definir perfiles diferenciados de administradores, para poder responder con efectividad a los requerimientos de las instancias señaladas.

Esa definición deberá ser elaborada durante el proceso de revisión curricular enfrentado por las escuelas de salud pública.

Se ha considerado por ahora que para fines de la producción del nuevo administrador, la alternativa que adquiere mayor relevancia estratégica es la que consiste en la reformulación del proceso formador; en esta perspectiva se inscribe la propuesta de considerar las áreas de conocimiento que fueron tema de las seis reuniones realizadas, como base para la elaboración del nuevo currículo:

- Análisis de políticas públicas en el contexto de salud y desarrollo.
- Sistemas nacionales de información y desarrollo de la epidemiología.
- Economía y financiamiento de la salud.
- Recursos humanos en salud.
- El proceso de desarrollo tecnológico en salud.
- Sistemas de servicios de salud.

Cada una de estas áreas involucra un conjunto de temas que pueden constituirse sea en unidades programáticas, sea en objetos de estudio.

En las páginas siguientes se hará un esfuerzo por sistematizar el enunciado de dichos temas según correspondan a cada área de conocimiento específico.

Cabe destacar que el proceso de sistematización exige ubicar determinado objeto de estudio en una de las áreas; el proceder así no presupone desconocer el grado de interrelación que existe entre las seis áreas antes mencionadas y por lo tanto no excluye la consideración de ciertos conjuntos temáticos desde el punto de vista de distintas áreas de conocimiento: política, económica, tecnológica, de servicios de salud, etc.

Al revisar los temas sugeridos se destaca un aspecto que es quizá común a una buena parte de ellos: representan “problemas” que por un lado exigirían un abordaje interdisciplinario y por otro permitirían abrir un espacio para la eventual aplicación de la metodología del análisis prospectivo<sup>2</sup> en la planificación curricular.

Desde esta perspectiva, el hecho de asumir y expresar los temas como problemas, conduciría al examen de los factores que los explican o determinan. Siendo así, las unidades programáticas del objeto de estudio ya no estarían dadas estrictamente por los problemas, sino —y quizá primordialmente— por los factores explicativos. En este sentido hay que considerar que la metodología de análisis prospectivo presupone la aplicación de un conjunto de métodos y medios que se emplean para investigar, formular, fundamentar y adoptar decisiones en los sistemas sociales y, en consecuencia, la eventual decisión de las escuelas de salud pública de participar en el desarrollo de determinado patrón educativo en el futuro, con un sentido prospectivo. Esto demanda no solamente tomar una decisión metodológica, sino asumir posiciones valorativas en torno a enunciados y conceptos básicos pertinentes al proceso de cambio. Presupone igualmente replantear el curso del proceso educacional, abandonando la planificación curricular tradicional basada en la evaluación de la experiencia

---

<sup>2</sup> Presentada en *Educación Médica y Salud*, Vol. 22, No. 3, 1988.

acumulada, en beneficio de una alternativa de planificación en función de objetivos sociales deseados, ajustados a un escenario prospectivo específico para cada realidad concreta.

La innovación consiste pues, en no limitar el análisis a los problemas técnico-pedagógicos o al diseño curricular estrictamente, sino en considerar el proceso de formación de profesionales de la salud como parte de un fenómeno más amplio. El establecimiento de una imagen factible para el futuro de la educación en salud pública, que se oriente en función de la meta universal que propone alcanzar salud para todos en el año 2000, supone en este momento histórico la consideración de la influencia de la crisis y de los aspectos económicos, sociales y políticos que caracterizan a las sociedades de América Latina. Estos tópicos se desarrollan en los contenidos temáticos integrantes de las áreas de conocimiento para el nuevo currículo de los administradores de salud.

Esos contenidos temáticos —una vez definidos y determinada su pertinencia según las áreas de conocimiento pre-establecidas— podrían ser distribuidos en la matriz de doble entrada, en la que se considera por una parte los requerimientos de los administradores según su ubicación en las distintas instancias jerárquicas del sistema de salud (central, provincial o estatal, y local) y por otra parte los elementos de educación, investigación y práctica.

### *Análisis de políticas públicas en el contexto de salud y desarrollo*

Los temas que deberían ser considerados en el área de análisis de políticas públicas dentro del contexto de salud y desarrollo se dividen en dos grandes grupos. Por un lado los aspectos más generales de las políticas públicas y por otro los aspectos de corte metodológico.

En cuanto al primer grupo, se subrayó la importancia de examinar temas tales como los modelos y estilos de desarrollo socioeconómico; el impacto en las poblaciones de la crisis en salud; la influencia de las ideologías y las dinámicas culturales propias de cada país sobre la salud; las relaciones e interdependencia entre los sectores; la negociación, concertación y los movimientos sociales, y la participación de la población en su propio desarrollo.

Dentro de este grupo se consideró de suma importancia incluir un subtema referido a la organización y papel del Estado, ya que algunas de las características básicas de la actividad estatal se reflejan en sus políticas. Por otra parte se destacó la importancia del estudio de los grupos sociales, que influyen y son influenciados por el desarrollo de las políticas sociales. Evidentemente existe una multiplicidad de enfoques de análisis de estos temas que se originan en necesidades diferentes, como la asesoría para la toma de decisiones y el conocimiento académico, que contribuyen en su totalidad a enriquecer el campo de conocimiento sobre políticas so-

ciales. Se recomendó examinar en profundidad aspectos tales como el redimensionamiento del Estado, su gubernalidad y legitimidad, los procesos de descentralización, vigencia y nuevas concepciones de la planificación.

Estos temas han sido objeto de diversas investigaciones en América Latina durante los últimos años y se los ha vinculado con la eficacia de los procesos de planificación, ya que al concebir esta actividad como un proceso social se hace necesario conocer cómo las acciones de la sociedad y del Estado se relacionan.

Dentro del segundo grupo, de corte más metodológico, se mencionó la necesidad de examinar temas referidos a los tipos de análisis de políticas públicas posibles; las diferentes técnicas y métodos a utilizar para llevar a cabo el análisis, y la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas.

En cuanto a los tipos de análisis que es posible realizar, se identificaron los siguientes: análisis prospectivos, retrospectivos, integrados y aquellos referidos a la teoría de la decisión. Se estudiaron además métodos tales como los de programación lineal, simulación, y análisis de decisiones. Se mencionó la importancia de no limitar el análisis de políticas a técnicas cuantitativas, intentando, por el contrario, ampliar la perspectiva de ese análisis.

Existen otros métodos de análisis de políticas públicas que son de corte más cualitativo. Al respecto se puede mencionar entre otros, a juicio de los expertos, la construcción de escenarios bajo los cuales se analiza, diseña o evalúa una política y que incluye una previsión de eventos hipotéticos en un período de tiempo dado; la teoría de juegos operacionales, y la "técnica de Delfi". Se identificaron los análisis de costo-efectividad y costo-beneficio como técnicas muy útiles en la evaluación de las políticas de salud.

### ***Sistemas nacionales de información y desarrollo de la epidemiología***

La formación de posgrado en epidemiología debe estar vinculada a los servicios de salud y al desarrollo de actividades reales en sus tres campos básicos: estudios de situación de salud; vigilancia epidemiológica (causal y explicativa) y evaluación de servicios, programas y tecnologías. Paralelamente a la ejecución práctica de actividades deben introducirse los contenidos metodológicos y técnicos necesarios y fortalecer el espíritu crítico e inquisidor del científico frente a la realidad. La organización de los currículos alrededor de la práctica en los servicios y la investigación, como ejes integradores, contribuye a desarrollar una actitud científica y al mismo tiempo una capacidad técnica práctica. Entre los lineamientos básicos para lograr un nuevo impulso en la formación de epidemiólogos debe considerarse la vinculación a los servicios; la capacitación en contacto con problemas concretos de la población, y el estímulo a la investigación y

producción de conocimientos sobre las complejas relaciones entre condiciones de vida y la desigual situación de salud por clases y grupos sociales. Estos procesos median a nivel biológico, ecológico, ideológico, cultural y económico.

Es preciso desarrollar estrategias pedagógicas que den prioridad a la participación activa de los cursantes en la resolución de problemas y en la investigación epidemiológica; el desarrollo de la capacidad de autoenseñanza y autoinformación, y el dominio de técnicas ágiles de acceso a fuentes bibliográficas actualizadas. El espíritu inquisidor, el desarrollo de la capacidad de duda, de crítica y de análisis es esencial que sea estimulado y fomentado si se pretende que el enfoque epidemiológico penetre en los servicios de salud y sea el motor del cambio. Este enfoque debe promover la total reorientación que como respuesta colectiva a los problemas de salud tienen que sufrir los servicios para cumplir los objetivos señalados: una disminución de las desigualdades sociales ante la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de la colectividad.

Como líneas básicas de trabajo en esta dirección, se recomienda lo siguiente:

- a) Dar prioridad a la capacitación en epidemiología de alto nivel, con fuerte dominio de la teoría y métodos epidemiológicos. En este sentido es necesario redefinir la tendencia a la formación de epidemiólogos especializados en aspectos restringidos de los problemas de salud, sin tener una sólida formación conceptual y metodológica que les permita entender su campo de acción. Se considera necesario hacer más flexibles los programas de capacitación, para poder utilizar situaciones coyunturales de salud para fines docentes y poder disponer de opciones que permitan la especialización después de una sólida capacitación en epidemiología general.
- b) Fortalecer la investigación epidemiológica, con énfasis en el estudio de la situación de salud de grupos específicos de la población. Esta investigación debe incorporar estudios locales, con participación de la población organizada; estimular el abordaje interdisciplinario y no limitarse al uso de la información registrada. Esto requiere promover la investigación epidemiológica multidisciplinaria en todos los niveles de los servicios de salud y centros de enseñanza de salud pública. El esfuerzo de investigación debe contribuir a recuperar el conocimiento para construir y fortalecer un modelo conceptual explicativo de los fenómenos de salud-enfermedad, que apoye mejor la reorganización de los servicios.
- c) Reforzar el interés por el desarrollo de la teoría y métodos de la epidemiología y la superación de modelos conceptuales, tales

como el de la llamada "tríada epidemiológica", que resultan insuficientes para explicar la problemática actual de salud. El replanteamiento de la causalidad debe incorporar la compleja articulación entre los procesos biológicos y sociales en la determinación de la situación de salud de diferentes grupos de población y en la cambiante situación económica y política de los países. Este esfuerzo, orientado a profundizar en las relaciones entre salud y condiciones de vida y de trabajo, tendrá que reconceptualizar muchas de las categorías e indicadores utilizados, pero deberá sin embargo traducirse en una investigación accesible a la mayoría de los epidemiólogos y trabajadores de salud; es decir, la complejidad del esfuerzo conceptual metodológico requerido debe traducirse en diseños accesibles de investigación y abordaje de los problemas de salud.

Así se lograría organizar los conocimientos y técnicas de la epidemiología para que sirvieran a las diferentes necesidades del equipo de salud.

### ***Economía y financiamiento de la salud***

Con el propósito de organizar los temas, se adoptó la metodología de elaborar una matriz que permitiera destacar los principales temas e integrarlos, teniendo en cuenta el establecimiento de pautas de cooperación en términos de fortalecimiento de la infraestructura de la docencia y de la investigación.

Se enfatizó que la docencia debería estar estrechamente vinculada a las actividades de investigación generadora del conocimiento y que debería ser, en sí misma, practicada sobre la base de resolución de problemas.

Asimismo, se destacó la importancia de elaborar esquemas conceptuales que permitan integrar los diferentes presupuestos y valores subyacentes en las distintas áreas de conocimiento.

Los temas propuestos se agruparon, por un lado, en aquellos que toman en cuenta el proceso de desarrollo y la teoría política, y por otro, los correspondientes a los aspectos económicos del sector salud propiamente dicho. Con respecto al primer grupo, que trata sobre las políticas sociales y la dinámica económica y demográfica, se incluyeron aspectos relacionados con el análisis del proceso económico productivo y su relación con la salud —especialmente en lo que se refiere al impacto de políticas económicas, tales como empleo, industrialización e ingresos; relación entre la dinámica demográfica, la marginalización y la necesidad de formulación y adecuación de políticas sociales; flujos migratorios internos, y estrategias de descentralización del gobierno.

Otro conjunto temático se refiere a las relaciones entre salud, políticas sociales y finanzas públicas. Se incluyeron aquí temas tales como la deuda externa y el impacto social de las políticas de ajuste recesivas; la reforma del Estado y la reducción del gasto público; el gasto en salud; la regresividad de los sistemas de financiamiento sectorial y su impacto en la accesibilidad y equidad del sistema de salud; nuevos mecanismos de financiamiento; la privatización de los servicios de salud; las relaciones institucionales entre el Estado y la seguridad social, y el financiamiento internacional y su relación con las formas de organización del sistema de servicios de salud.

Un tercer grupo temático se ocupa de examinar las relaciones del Estado, la economía y la salud. Al respecto se mencionan como importantes, el análisis de la evaluación del sector público y el papel cambiante del Estado en la atención de la salud; la crisis de estado de bienestar; la atención no rentable y la concentración de sus servicios en el Estado; los procesos de democratización y las políticas sociales de apoyo; el proceso de decisión del Estado; la articulación intersectorial; la participación social y los procesos de planificación incorporando enfoques estratégicos.

Un último grupo temático trata sobre la interrelación entre el comportamiento del sector económico y el comportamiento del sector salud propiamente dicho. Se proponen aquí temas referentes a la morfología y al comportamiento de los diversos mercados prestadores y sus formas de interrelación; la organización social de la medicina; el impacto y significado del proceso tecnológico en el sector salud; la producción y productividad de los servicios de salud; costo y economía de escala; racionalización en el uso de recursos; formas de inserción de las profesiones de salud; sobre-especialización; formas diferenciales de pago a los prestadores y su impacto en la cantidad, calidad y continuidad de los servicios; el papel del medicamento en la prestación de servicios y el papel de la industria farmacéutica; la normalización de los servicios de salud, y desarrollo de la investigación en el sector salud.

### ***Recursos humanos en salud***

Los temas a desarrollar en esta área del conocimiento pueden agruparse en tres categorías que no son mutuamente excluyentes, sino que permiten un abordaje sistemático de diversas cuestiones de reconocida importancia. Tales categorías aluden a los aspectos de la educación, la práctica y la investigación.

En cuanto a los temas relativos a la primera categoría, se destacó la necesidad de examinarlos desde la perspectiva del proceso global de formación de recursos humanos y en esa dimensión se resaltaron como tópicos pertinentes los que se refieren a la concepción de la unidad de estudio: el proceso salud-enfermedad.

Si bien hoy en día son pocos los que aún niegan el valor de los *determinantes sociales de la enfermedad*, la realidad muestra la necesidad de operacionalizar una propuesta biomédica-social, con fundamento interdisciplinario.

Esta consideración no presupone el *mezclar* las ciencias biomédicas con las ciencias sociales, sino *construir* en el pensamiento nuevos objetos científicos que permitan vincular lo social y lo biológico en una distinta delimitación del proceso salud-enfermedad, el cual es en sí mismo un concepto integral y unitario que incluye formas de movimiento inorgánico-orgánico-biológico y social, sujetas a principios generales de causalidad e interacción.

De manera que, en el esfuerzo por delimitar un campo de indagación permanente para quien enseña y de conferir a esta temática una "dignidad epistemológica", cabría constituir como objeto específico de docencia una unidad interdisciplinaria en cuyo interior se abordaría la problemática de la articulación de lo biológico y lo social; la integración de la salud individual y la salud colectiva, y la interacción de los niveles de conocimiento básico y aplicativo.

Los tópicos propios de la pedagogía deberán tener también un espacio en el nuevo currículo del administrador en el campo de los recursos humanos en salud.

Los modelos de formación de personal de salud, tanto los tradicionales como los innovadores, deben igualmente tener un lugar específico en la formulación del currículo.

La formación de posgrado, la capacitación avanzada, el liderazgo y la educación continua, son otro conjunto de temas que merecen particular atención.

Los temas de la segunda categoría, relativos a la práctica, se refieren a lo que generalmente se conoce como "utilización" de los recursos humanos en salud, e involucra temas que aluden a la estructura de los servicios como base material de la práctica. Es innegable que las formas que asume esta —los modelos prototípicos del quehacer en salud— se interrelacionan muy íntimamente con los modelos de la formación, siendo esta interrelación uno de los objetos de estudio que merece ponderada consideración. En este sentido se destaca un tópico de permanente interés: el de la integración docente-asistencial.

Las consideraciones cualitativas y cuantitativas en torno al ingreso de las nuevas generaciones a los niveles superiores de formación profesional son temas prioritarios, al igual que lo son las cuestiones relativas al egreso de los nuevos graduados y su inserción en el mercado de trabajo.

La participación de estudiantes en el trabajo de los servicios de salud es también una cuestión a subrayarse, pues marca un puente entre la formación y la utilización de personal y abre una nueva dimensión en el campo del análisis de la fuerza de trabajo en salud.

Las necesidades cualitativas y cuantitativas de personal de salud y la demanda diferencial de profesionales para las instancias jerárquicas del sistema nacional de salud constituyen otro objeto de estudio, en el cual tienen su lugar las consideraciones relativas a la deficiencia de cobertura; asistencia insuficiente a la población cubierta; oferta y demanda de profesionales; empleo y desempleo; ocupación y desocupación; distribución de las carreras profesionales y de los profesionales mismos; evaluación del desempeño; régimen salarial y los tópicos laborales conexos; jornada de trabajo, incentivos, etc.

Sin duda alguna, la formación básica masiva en gerencia, planificación y administración de personal para los sistemas locales de salud (SILOS), es un tópico cuya pertinencia resulta evidente.

La tercera categoría temática incluye los asuntos relativos a la investigación sobre personal de salud.

La investigación científica representa una de las bases primordiales del desarrollo del personal de salud y es pieza clave en los programas de carácter nacional y regional.

El peso que se le asigne a las cuestiones teóricas y metodológicas de la investigación sobre personal de salud en el currículo de los nuevos administradores es materia de una decisión que se remite al hecho de que el objetivo final de toda la investigación en salud es contribuir a la meta de salud para todos en el año 2000.

Con esta consideración en mente y en términos de investigación sobre personal de salud, se estimó que, dado el conocimiento sobre el método general de la ciencia, resulta pertinente precisar la relación que guarda la investigación sobre las necesidades de salud de la población, con la investigación sobre servicios de salud y la de personal de salud. Se considera así que la investigación sobre personal de salud forma parte de la investigación de servicios.

Esta distinción, como objeto de estudio, facilitaría el abordaje de otros temas de mayor especificidad y de gran importancia para el administrador de salud, como son aquellos referidos a los criterios para establecer prioridades para la investigación sobre personal de salud; la interpretación de los análisis del personal de salud en la estructura de insumos y tecnologías; las bondades y limitaciones de los estudios sobre fuerza de trabajo en salud, y las cuestiones emergentes de las investigaciones acerca de la sociología de las profesiones.

En su conjunto, los temas que se han considerado en las tres categorías conformarían una misma unidad, la cual podría constituirse en eje conductor del proceso de planificación de recursos humanos para la salud. Esto nos ubica en el terreno de las políticas de recursos humanos, campo en el cual se destacan por un lado los tópicos referidos al contexto sociopolítico y, por otro, los relativos a la participación de los gobiernos y de los organismos internacionales, de los partidos políticos y de otras enti-

dades de la sociedad como actores de primera línea en la determinación de las políticas aludidas. Estos temas no pueden dejar de ser objeto de estudio en el nuevo currículo.

A este respecto, en forma reiterada se destacó la importancia de examinar el contexto sociopolítico en el marco de las nuevas condiciones que emergen tanto de los procesos de redemocratización de las sociedades latinoamericanas, como de las condiciones que se derivan de la recesión económica.

En dicho contexto surgen como tópicos pertinentes los relacionados con las demandas específicas de:

- Las corporaciones y/o asociaciones de profesionales de la salud.
- Los sindicatos de trabajadores y otros organismos gremiales de características similares.
- Los partidos políticos y otras entidades de la sociedad.

Las propuestas corporativas y no corporativas acerca de las condiciones de vida y de trabajo del personal sindicalizado y no sindicalizado son asuntos específicos de gran interés en el campo de la política de recursos humanos, que al igual que cualquier otro tipo de política pública, deben remitirse a las nuevas características económicas y sociales de América Latina, sin perder de vista los propósitos de igualdad y universalidad de los servicios de salud, inscritos en las políticas generales del sector.

### ***El proceso de desarrollo tecnológico en salud***

Las nuevas relaciones económicas de producción y comercialización que emergen de la introducción de la tecnología en el campo de la salud constituyen el telón de fondo en un escenario en el que se destacan con nítidos perfiles los cambios en las modalidades de atención y en la administración de los servicios de salud, provocados por la aludida incorporación tecnológica.

Tanto las nuevas relaciones en el plano de lo económico, como los cambios en la atención y la administración, son aspectos que en sí mismos constituyen unidades programáticas objeto de estudio, a considerarse de manera prioritaria en el currículo de los nuevos administradores, quienes deben ser capaces de identificar las características de la confluencia del sistema productivo de una sociedad dada, con el crecimiento tecnológico en general y del sector salud en particular.

Respondiendo a las necesidades de los contenidos de capacitación se mencionaron aspectos referidos al contexto socioeconómico y político en el cual tiene lugar y se estructura el desarrollo científico y tecnológico. Se destacó que los productos resultantes de ese desarrollo impactan a su vez a los elementos culturales, sociales, ecológicos, políticos y económicos.

En este sentido, la definición y administración de políticas nacionales para regular el proceso de desarrollo tecnológico es otro aspecto de fundamental importancia, el cual debe incorporar no solamente el análisis de los aspectos legislativos necesarios para controlar el ingreso desordenado de la tecnología, sino también los mecanismos que favorecen e impulsan el esfuerzo nacional para desarrollar la capacidad industrial autónoma.

Por otra parte, es necesario examinar temas tales como la ciencia, la racionalidad y la modernización tecnológica; el desarrollo de las ciencias y la tecnología en sociedades centrales y periféricas; la transferencia de tecnologías y la dependencia tecnológica, y el desarrollo de la capacidad tecnológica local.

El interjuego de intereses sectoriales de productores, intermediarios y consumidores es un punto que merece un tratamiento explícito.

Otro grupo temático se refirió al proceso tecnológico propiamente dicho, que incluye el papel del Estado en el proceso tecnológico; el control social sobre la producción y uso de tecnologías; la generación, difusión, incorporación y selección de nuevas tecnologías; utilización, y evaluación tecnológica.

Al respecto, una inquietante cuestión a incorporarse en la temática es la relativa a la utilización de equipos y dispositivos médicos por parte de los sectores público y privado. La otra es la que se refiere al "peso" de la incorporación tecnológica en los costos de la atención médica.

Síguese de esto un examen acerca de la evaluación de la seguridad, eficacia y costo-beneficio de los dispositivos tecnológicos.

Un análisis del impacto que ejerce la incorporación de la tecnología en la formación de los recursos humanos para la salud es otro asunto de notable importancia, del cual pueden derivarse consideraciones acerca de los programas de actualización, educación continua, etc., en tanto se orientan para facilitar y/o fortalecer dicha incorporación.

Una revisión de los aspectos éticos del uso de la tecnología constituirían un elemento importante en el desarrollo del nuevo currículo.

Finalmente, se enfatizó la importancia de definir métodos e instrumentos para el desarrollo de procesos de planificación científica tecnológica.

### *Sistemas de servicios de salud*

En esta área del conocimiento se consideró en primer término un conjunto de temas que aluden al análisis de los servicios de salud en el contexto de la crisis económica. Dentro de ellos asumen particular relevancia los referidos a la participación del gasto público en el financiamiento de los servicios y la correlativa participación del sector privado. En

estrecha relación con estos temas se destacan aquellos que se refieren, por un lado a las políticas y prioridades del sector, y por otro, a la distribución y utilización del poder en los procesos de descentralización del Estado en general y del sector salud en particular.

La diversificación y complejidad de los sistemas nacionales de servicios de salud; los procesos de urbanización acelerada y de marginalización; la incorporación frecuentemente acrítica de tecnología son, entre otros, temas que no pueden dejar de tratarse en esta área de conocimiento.

La extensión de cobertura de los servicios a toda la población, especialmente a los grupos vulnerables, es un tópico de permanente interés, en el cual deben tener preeminencia los temas relativos a las transformaciones necesarias en el sistema nacional de servicios de salud, para alcanzar máximos niveles en términos de equidad, eficacia, eficiencia y participación social.

Es pertinente mencionar en este capítulo la temática relacionada con la propuesta transformadora de los sistemas nacionales en función de la estructuración de los sistemas locales de salud y la correspondiente reorganización del nivel central para asegurar la conducción del sector y el desarrollo de los sistemas locales, en función de un nuevo modelo de atención y de la integración lógica de los programas de prevención y control.

Es innegable que el reforzamiento de la capacidad y liderazgo del nivel central es un aspecto fundamental para la conducción de los procesos tendientes al desarrollo de los sistemas locales. La función rectora del nivel central otorga la debida coherencia a dicho desarrollo y asegura la capacidad redistributiva de los recursos para satisfacer necesidades diferentes de poblaciones con mayores riesgos, aplicando el principio de la equidad.

El desarrollo de un nuevo modelo de atención es otro tema de envergadura que contempla, sin agotarlos, asuntos relacionados con los procedimientos técnicos de prestación de los servicios; el uso de tecnologías disponibles; la forma de utilización de los recursos (prioridades, organización, etc.) y, por supuesto, con la demanda de atención.

El ámbito de trabajo de los sistemas locales debe permitir la unificación de los esfuerzos de la población y de los recursos del sector, en acciones conjuntas para la salud.

Se destacan en este contexto los temas relativos a las expectativas de la población y los procesos de democratización. Es evidente que los tópicos referentes a la participación de las colectividades en las decisiones y conducción conjunta de los sistemas locales es materia de renovada importancia, como también lo es la que aborda los asuntos que aluden a los comportamientos individuales y de grupo relevantes al contexto de salud-enfermedad en los mismos sistemas. La participación social re-

quiere de estrategias flexibles que sirvan de vehículo a la expresión de los grupos formales e informales y de las instituciones sectoriales.

Los mecanismos de articulación de los recursos públicos, privados y mixtos y su utilización y adecuación a la realidad de los sistemas locales de salud, así como los criterios fundamentales para el pensar y el actuar intersectorial y para la división del trabajo dentro del sistema nacional de salud, son otros tópicos cuyo examen reviste notoria importancia. En esta línea de pensamiento se destacan también como objeto de estudio los sistemas de referencia, contrarreferencia, asesoría y supervisión, entre los servicios locales y los otros niveles del sistema nacional de salud.

La capacitación de la fuerza de trabajo y el refuerzo de la capacidad administrativa y de gerencia en los sistemas locales son tópicos relevantes. El logro de la meta de cobertura total de salud con equidad y eficiencia en el contexto político y económico de los países, depende no solamente de la racionalización del gasto en salud, sino de la capacidad operativa de los servicios. La utilización más racional del personal existente y su educación permanente es otro aspecto de singular interés.

El desarrollo de sistemas de información y los aspectos conceptuales y metodológicos de la investigación de servicios de salud representan cuestiones que el nuevo administrador debe incorporar a su acervo de conocimientos, teniendo en mente que los resultados de la investigación deben servir para introducir acciones correctivas para lograr avanzar hacia una mejor salud de la población.

---