

La Formación de Posgrado en Salud Pública

59

Año | 2004

Nuevos desafíos, nuevos caminos

REPRESENTACION ARGENTINA

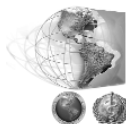
La Formación de Posgrado en Salud Pública

Nuevos desafíos, nuevos caminos

La Formación de Posgrado en Salud Pública

—
Nuevos desafíos, nuevos caminos
—

RED DE POSGRADOS EN SALUD PÚBLICA
REPRESENTACIÓN ARGENTINA



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Borrell, Rosa María

La formación de posgrado
en salud pública : nuevos
desafíos, nuevos caminos /
Rosa María Borrel y Mario
Rovere.

1ª. ed., Buenos Aires:
OPS / OMS, 2004
320 p. ; 22x15.5 cm.

ISBN 950-710-084-9

1. Salud Pública-Posgrado
I. Rovere, Mario II. Título
CDD 614:378

© Organización Panamericana de la Salud, 2004

I.S.B.N. 950-710-084-9

Primera edición: 1.000 ejemplares

Hecho el depósito que establece la ley 11.723

Impreso en Argentina

Gráfica Laf S.R.L.

Loyola 1654, Ciudad de Buenos Aires, Argentina
en el mes de abril de 2004

Diseño y diagramación: Rosario Salinas

Este documento puede ser reproducido en forma parcial sin permiso especial pero mencionando la fuente de información.

Indice

Presentación	9
Dr. Juan Manuel Sotelo	
Introducción	11
Lic. Rosa María Borrell	
1. Educación en Salud Pública; Relevancia, Calidad y Coaliciones Estratégicas	17
Dr. Mario Rovere	
2. Programa de Desarrollo del Componente Educativo en la Formación Inicial y Permanente en Salud Pública	65
Dra. M. Davini, Dr. J.D. Lemus, Ing. O. Prado.	
3. Enseñanza de la Salud Pública en la Universidad Nacional de Tucumán.	101
Dra. Elsa Moreno	
4. La Vinculación entre los Posgrados de Salud Pública y las Organizaciones de la Sociedad Civil	123
Dra. Noemí Bordoni y Lic. Hugo Mercer.	
5. La Investigación en el Campo de la Salud Pública; Extendiendo su Uso, Diversificando sus Perspectivas	159
Instituto de Salud Juan Lazarte	

8	La formación de posgrado en salud pública; nuevos desafíos, nuevos caminos	
6.	Desarrollo del Sistema de Salud en el Espacio Inter Fronterizo Argentino Paraguayo	189
	Dr. Alfredo Zurita, Dr. Jorge Lemus, Dr. Rafael Guevara, Dr. Gustavo Cristaldo, Dr. Carlos Rosales, Lic. Rosa María Borrell	
7.	La Investigación dentro de las Maestrías en Salud Pública en la República Argentina.	207
	Dra. Margot Romano Yalour (†) y Lic. Federico Tobar	
8.	Resonancias/ Ecos/ Repercusiones de los encuentros de la red	227
Anexo	Catálogo de Posgrados	241
	Maestrías en Salud Pública	251
	Maestrías en áreas afines a la Salud Pública: Gestión de servicios de Salud y otras.	263
	Carreras de Especialidad en Campos afines a la Salud pública . .	303

Presentación

La formación de posgrado en Salud Pública es un proceso fundamental para el desarrollo de la salud. Especialistas bien formados serán aquellos que lideren y hagan posible prevenir, atender e incluso anticipar los problemas que afectan la salud del público. Por esa razón, estos recursos humanos y su capacitación son críticos y capaces de hacer una diferencia cuando se trata de mejorar la salud. Desde hace algunos lustros notamos un crecimiento significativo en la oferta de posgrados en salud pública en varios países y Argentina entre ellos. Teniendo en cuenta las ventajas que un trabajo articulado en red aporta a los integrantes de la misma y eventualmente a la sociedad, se constituyó en 1999, a iniciativa de la Representación OPS/OMS en Argentina, una red de programas de formación en Salud Pública que agrupó una decena de experiencias importantes y que ha significado un rico intercambio de información, debate de enfoques y otros productos estratégicos de gran valor en la búsqueda de una mejor cooperación técnica para el desarrollo de los recursos humanos en salud. Esta publicación que presentamos sale a la luz en el marco antes descrito, en un momento en que los esfuerzos reformarios de última generación, se asoman a una aplicación correcta de las funciones esenciales de Salud Pública y a innovar respuestas ante una situación de inequidad prevalente y de baja protección social.

Dr. Juan Manuel Sotelo
Representante de OPS/OMS en Argentina

Introducción

La formación sistemática de posgrado en el campo de la Salud Pública comienza en la Argentina a principio de la década de los sesenta con la creación simultánea de dos cursos, uno dictado por el Ministerio de Salud de la Nación y otro por la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires a través de la creación de la Escuela de Salud Pública. Ambos cursos se fusionaron en 1962 en la Escuela y constituyeron la única oferta de formación hasta los setenta, época en que se agregó la propuesta de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Córdoba.

En este mismo espacio convivieron otras ofertas educativas que en ocasiones operaban como un escalón previo de formación. Nos referimos a los cursos de "Administración Hospitalaria" dictados por los colegios o asociaciones profesionales en todos aquellos distritos en donde este curso se impuso como requisito de promoción, los cursos de "Auditoría Médica" para profesionales de las obras sociales, los cursos centralizados y descentralizados en provincias de las mismas Escuelas y los cursos de "Epidemiología" de los Institutos Nacionales de Mar del Plata y Recreo (Santa Fe).

La máxima formación ofrecida en el país hasta 1990 fue la de Diploma en Salud Pública, ya que recién a mitad de los ochenta la Universidad Argentina plegándose a la tendencia internacional crea las bases reglamentarias para ofrecer títulos de Maestría.

El panorama cambió sustancialmente a comienzos de los noventa, una época de gran crecimiento y diversificación de la oferta universitaria con la creación de nuevas universidades privadas y públicas (sobre todo en el Conurbano bonaerense. Así en la actualidad se ofrecen 8 maestrías específicas de Salud Pública y 50 posgrados universitarios entre maestrías y carreras en temas conexos de la Salud Pública distribuidos en 12 grandes ciudades del país y en 25 universidades, predominantemente en las públicas.

Para ofrecer un panorama sobre la diversidad de esta oferta incluimos en este texto un catálogo de los posgrados identificados a setiembre del 2003 que no incluye los cursos superiores ofrecidos por instituciones no universitarias (generalmente ofrecidos por colegios, o asociaciones profesionales).

Conscientes de que siempre puede haber omisiones u errores involuntarios en la confección de un catálogo, nos ha parecido útil su publicación a sabiendas de que un catálogo en éste campo debe permanecer abierto, por lo que iremos corrigiendo nuestra base de datos en la medida que vayamos conociendo las novedades que nos hagan llegar a nombre de la Red de Posgrados de Salud Pública a la Representación de la OPS en Argentina.

Cuando comenzamos en 1999 convocando a un trabajo en red validamos algunos problemas comunes que se presentaban con cierta regularidad en los posgrados y que hoy pueden haber cambiado:

- Ausencia de licencias y/o de becas que permitan a los alumnos encarar estudios a tiempo completo.
- Tendencia al autofinanciamiento (aun en las universidades públicas) lo que se traduce en reducción de los requisitos de ingreso y en el desfinanciamiento de aquellas tareas docentes que no sean el dictado de clases como preparación de materiales, asesorías de tesis, tutorías, participación como jurados, etc.
- Inexistencia de programas de educación continua para graduados y/o de sistemas de acreditación para estudios previos o posteriores, escalonando así la formación.
- Déficit y una cierta desactualización bibliográfica de los programas y dificultades de acceso a literatura actualizada para alumnos, docentes y graduados.
- Escaso equipamiento tecnológico especialmente en lo que hace a computación y conexión virtual.
- Exceso de docentes invitados y falta de una política de formación docente, fenómeno reforzado por el inadecuado desarrollo de una carrera docente para las actividades de posgrado en el sistema universitario.
- Insuficiente conexión institucional con las organizaciones empleadoras, tanto públicas como privadas para las que se orienta la formación de los estudiantes.
- Escasa oferta de doctorados orientados al campo y ausencia de un sistema de equivalencia o créditos para esta finalidad. Este tema adquiere especial relevancia, en una comparación internacional cuando se están generando propuestas de reducción de los posgrados y de las exigencias

sobre las maestrías (bajo la lógica de maestrías profesionalizantes con reducción de la expectativa de investigación).

Por los problemas mencionados y sus implicaciones en los servicios de salud y las políticas públicas saludables, la Representación de OPS en Argentina en conjunto con un grupo promotor formado por los representantes de 12 posgrados de larga tradición en el país han querido promover una estrategia de Red de Posgrados de Salud Pública con el objeto de:

Contribuir al fortalecimiento de los posgrados en Salud Pública y campos afines, a través del intercambio y de la cooperación entre los diferentes programas de formación del país, a fin de optimizar el uso de recursos, colaborar con esfuerzos nacionales e internacionales en este campo y la generación de una red de apoyo que modifique el impacto conjunto de estos programas.

Los objetivos específicos planteados desde su inicio son:

1. Generar mecanismos fluidos de intercambio para promover una activa participación en los debates nacionales e internacionales sobre nuevos enfoques de salud pública, salud pública internacional, ciencias sociales en salud y otros.
2. Facilitar mecanismos de educación continua y de escalonamiento de estudios para los estudiantes, docentes y graduados de los diferentes cursos de formación.
3. Promover mecanismos de formación de formadores que faciliten la revisión sistemática de las propuestas curriculares.
4. Desarrollar ciertos servicios de apoyo que resulten demasiado onerosos o poco rentables, por economía de escala, para cada institución pero que pudieran ser sustentados por esfuerzos cooperativos y del apoyo de instancias nacionales o internacionales.
5. Promover una intensa actividad de investigación en salud pública y de disseminación de información científica en este campo.
6. Fomentar la generación de una masa crítica en desarrollo de recursos humanos especializados en Salud Pública.

Algunos componentes y actividades fueron considerados como prioritarios, como los aspectos de Información Estratégica, entre los que se destacaron los estudios situacionales sobre Mercado de Trabajo; investigación educativa; la generación de una base de datos con diferentes programas docentes, los listados de estudiantes con temas de tesis aprobado para promover el intercambio entre investigadores y la generación de una base de datos de docentes de posgrado con antecedentes y temas de especialidad.

La *Construcción de Consensos Académicos* constituyó otro de los componentes básicos a través del establecimiento de criterios comunes para requisitos de calidad de las maestrías en términos de duración, requisitos de las tesis, trabajos en terrenos o espacios de práctica, etc.; la organización de un sistema de créditos compatibles tendentes a des-escolarizar estudios, con posibilidad de optativas tomadas en otras maestrías o universidades (consorcios de formación) y la acreditación de cursos u otras instancias de formación no universitarias sobre la base de criterios acordados y comunes.

Otro componente prioritario es el de *promoción de intercambios*, entendido a través del intercambio de profesores y /o alumnos; la cooperación entre tesis y tutores con temas de investigación afines; las relaciones con redes internacionales; el intercambio de tutores o consultores para tesis según temas específicos; las redes de cooperación con instituciones proveedoras de servicios, instancias municipales o provinciales de salud, de la seguridad social, etc.; las investigaciones colaborativas multicéntricas; la organización de eventos científicos periódicos, en forma de jornadas o congresos; el apoyo a proyectos de salud articulados en la lógica de integración docencia-investigación-servicios-comunidad y los procesos de perfeccionamiento docente orientado al enriquecimiento curricular.

El cuarto y último componente lo constituye el *Desarrollo de Recursos de la Red* con el fortalecimiento de uno o más Centros de Documentación conectados en red con listados bibliográficos y hard copies de literatura gris (papers, documentos, etc.) y de tesis defendidas y aprobadas; las gestiones para interesar a una o más editoriales para la publicación de materiales especializados en el área; el sostenimiento de una página WEB con una revista electrónica que incluya una difusión de toda la oferta educativa del país y promover una fluida comunicación entre docentes, alumnos y graduados y; la creación de una bolsa de trabajo para docentes y graduados.

La estrategia de implementación de la propuesta se realizó a partir de la identificación de algunas instituciones académicas que por su peso específico y por su diversidad podrían hacer aportes y modificaciones para evaluar la consistencia de la propuesta y la sustentabilidad inicial de la eventual red, las que luego han estado promoviendo una convocatoria más amplia.

La importancia de una red de posgrados pensada como una unidad de servicios se sostiene y legitima al desarrollar un conjunto de actividades que por economía de escala son poco viables para cada posgrado en particular y son claramente percibidas como un apoyo para mejorar la calidad de las ofertas educativas.

A la fecha, muchas de las propuestas iniciales y las necesidades que fueron surgiendo de las reflexiones se cumplieron satisfactoriamente y con mucho entusiasmo. Quedan muchas otras por cumplir y redefinir de acuerdo a la situación nacional de la salud pública, la situación social del país, la particularidad de cada uno de los programas académicos y los acuerdos establecidos en el plano internacional de la Salud Pública y sus campos afines.

El propósito de esta publicación es mostrar la producción y algunos avances en la lógica de las "buenas prácticas" orientadas a la calidad de la enseñanza en la Salud Pública y las posibilidades concretas de los posgrados para aunar esfuerzos conjuntamente con la práctica de los servicios, de manera tal que ambos procesos se fortalezcan en la especificidad de la tarea que les toca.

Cabe reconocer que, por razones de tiempo y espacio, otros posgrados que forman parte de la Red, no están presentes en esta primera publicación, a pesar de las interesantes y novedosas propuestas que desarrollan en los momentos actuales, esperamos poder contar con sus contribuciones en una próxima publicación.

Este libro marca además, el inicio de una nueva etapa de la Red de Posgrados de Salud Pública, en la cual esperamos puedan sumarse otras experiencias nacionales y fortalecer una tendencia a la articulación con posgrados de países vecinos de la Argentina como Paraguay, Chile y Uruguay que vienen manifestando el interés de sumarse a esta experiencia.

Esperamos además que la Red pueda seguir creciendo, fortaleciendo su autonomía, diversificando su agenda siempre a partir de las necesidades surgidas y acordadas entre sus participantes en beneficio de la salud de la población.

Lic. Rosa María Borrell

1

CAPÍTULO

Educación en salud pública; relevancia, calidad y coaliciones estratégicas

DR. MARIO ROVERE

Introducción

En los últimos años una serie de circunstancias y de variados procesos de carácter nacional e internacional han ido instalando un cierto clima de relanzamiento de la Salud pública, lo que naturalmente tiene y tendrá una influencia creciente sobre la propia Educación en Salud Pública. Estos procesos y circunstancias, generan un conjunto de nuevas necesidades y demandas que reinterrogan en un sentido amplio la calidad de la formación y las coaliciones mas pertinentes para ser protagonistas de este relanzamiento.

Sobre estos ejes y sus consecuencias es sobre lo que intentaremos reflexionar en éste capítulo.

A nivel internacional asistimos a mas de una década de debilitamiento de la noción de lo público que impactó fuertemente sobre el campo de Salud y que fue precozmente detectada por la OPS y expresada en un texto que caracterizó internacionalmente la situación como de “Crisis de la Salud Pública”.¹

Esta crisis debilitó simultáneamente los posgrados que vieron con preocupación una nueva demanda de cuadros técnicos funcionales al desmantelamiento que se estaba llevando a cabo, lo que indujo, además, una cierta tendencia a separar los diferentes componentes y disciplinas de la salud pública ofreciendo posgrados específicos para cada uno de ellos. Los mas frecuentes epidemiología, administración o gestión de servicios, auditoría, ciencias sociales y salud, economía de la salud, salud ambiental, etc.

Esta tendencia, pasó desapercibida dentro de las fuertes corrientes de sobre especialización que viven las profesiones y las universidades, especialmente a nivel de posgrados, Sin embargo hay que llamar la atención sobre la merma en la comprensión y aun en la misma politicidad que se produce cuando

1 OPS, *La Crisis de la Salud Pública*, Pub. Científica 540, Washington, 1992.

los diferentes componentes de la Salud Pública son estudiados por separado desarticulados y desprovistos de una perspectiva que los integre.

El aislamiento de los epidemiólogos en algunos países de la Región o la adopción acrítica de conceptos de la administración privada para la gestión de los servicios públicos de salud son tendencias que justamente se acentuaron en éste período.

Frente a ésta circunstancia resulta auspicioso en años recientes la convergencia de esfuerzos de diferentes organismos nacionales e internacionales por relanzar una “nueva” salud pública.

Nos referimos, entre otras, a iniciativas como la de la OPS, la OMS y de otros organismos como el Centro de Control de Enfermedades (CDC) de los EE.UU, la Fundación Oswaldo Cruz (Brasil), y a las reuniones periódicas y las publicaciones de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP).

Justamente uno de los mandatos de esta asociación mancomunada con la OPS generó las condiciones para poder participar en una iniciativa de “gestión de calidad de los posgrados en salud pública” apoyada por el programa regional de desarrollo de recursos humanos y permitió explorar hasta que punto la perspectiva de gestión de calidad podría ser de utilidad aplicada a la educación en salud pública.

Una serie de textos de ALAESP y la OPS² dan testimonio y permiten acompañar en una cierta secuencia la forma como la Salud pública fue repensada en los últimos años

A nivel nacional, la grave situación de crisis con la que culmina casi 12 años de políticas neoliberales y la forma como los diferentes subsectores y jurisdicciones respondieron frente a un contexto de retroceso agudo en las condiciones de vida, pocas veces visto, deja una serie de enseñanzas que invitan a una seria redefinición de los paradigmas que han orientado los imaginarios de universalización del acceso a los servicios de salud en el país.

La preparación del documento básico que sirvió de convocatoria para la red de posgrados en Salud Pública y su discusión inicial en diciembre del 99 (ver anexo) fue una experiencia muy importante para comprender el tono, el

2 Ver al respecto OPS-OMS, *Desafíos para la educación en la salud pública*, HSP/HSR, 1° Edición, Washington, D. C., 2000. OPS-OMS, *Educación en Salud Pública: Nuevas perspectivas para las América*, HSP/HSR, Washington D. C., 2001.

“estado del arte”, de la Educación en Salud Pública en la Argentina, que además permite un contraste de expectativas del tipo “antes y después”.

La red adquirió concreción y pasó por diferentes momentos fruto de las vicisitudes del país y de sus instituciones, en tiempos tan intensos que a pesar de su corta existencia ya parece madura para iniciar nuevas iniciativas y concretar algunos anhelos ya explicitados.

Mientras tanto ha ido generado una serie de productos y subproductos, algunos previstos y otros no tanto, que dejan una sensación de haber acertado al haber sugerido una forma asociativa con amplios grados de libertad de sus miembros —consustancial con la lógica de redes— especialmente útil cuando los programas participantes que la constituyen pueden resultar muy heterogéneos en términos de historia, dimensión, base institucional, perspectivas, metodologías, etc.

El documento también sirve para evaluar, al transcurrir el tiempo, lo que se pudo lograr, lo que se planteó de una forma poco realista, lo que aun sirve como tema de agenda que en cierta forma se re escribe en cada reunión, las deudas y las expectativas de los diferentes miembros de la red.

El compartir experiencias docentes en diferentes posgrados de la red me ha permitido comprobar el clima de apertura, de sincera búsqueda de nuevas referencias y la disposición a generar cambios profundos, algunos de ellos ya desencadenados como reformas educacionales que introducen mecanismos de discusión más dinámicos y promueven la búsqueda activa de conocimiento por parte de los alumnos congruente con la incertidumbre y la complejidad de los espacios laborales emergentes.

Relevancia de la Educación; formar ¿para qué?

“Los actuales debates en diferentes foros sobre el desarrollo de recursos humanos en salud pública revelan una preocupación compartida en distintas regiones del mundo sobre las necesidades y la adecuación de la enseñanza - aprendizaje de esta disciplina. Se constata que emerge una responsabilidad social distinta a la del pasado en la misión de formar líderes en salud pública. Ésta se expresa en un cuestionamiento del para qué y del cómo formamos a los futuros profesionales de salud pública, rebasando las preocupaciones esenciales sobre los contenidos relevantes para abarcar también los principios, estrategias y metodologías de aprendizaje que aseguren la apropiación de una capacidad efectiva de intervención en contextos reales”³.

Viejos y nuevos desafíos

Luego de casi un siglo de formación en salud pública es mas que legítimo preguntarse por los avances, modificaciones o retrocesos que se han generado en éste período en la situación de salud, en el desarrollo de la infraestructura y en el acceso a los servicios de salud, en los determinantes del proceso salud enfermedad atención y que cuota de esas modificaciones es atribuible a acciones del propio sector salud.

Este interrogante no tiene una respuesta simple, ni se resuelve por el lado del optimismo o el pesimismo ya que existe suficiente evidencia para poder afirmar que ha habido cambios sorprendentes en la expectativa de vida en casi todo el mundo, erradicación o arrinconamiento de algunas enfermedades temibles, cambios en la información y la conciencia sanitaria de grupos poblacionales y una extendido reconocimiento del derecho a la salud en el marco legislativo de muchos países.

Es igualmente cierto que los problemas se han complejizado, que la transición epidemiológica anunciada en muchos países no ha ocurrido y que mas bien se han combinado los peores problemas del subdesarrollo y la exclusión con el envejecimiento poblacional y su carga de enfermedades crónicas, que las brechas entre los países y al interior de los propios países en términos eco-

³ Presentación del Foro virtual sobre Gestión de Calidad de la Educación en Salud Pública ALAESP-OPS abril junio 2003.

nómicos, sociales y sanitarios se han acentuado, que el desarrollo científico tecnológico no ha traído solo soluciones sino también problemas nuevos o en algunos casos ha agravado los existentes.

Resulta interesante en éste contexto verificar hasta que punto la propia Salud Pública ha tenido que irse reinventando a lo largo del tiempo superando visiones y perspectivas positivistas, asociadas a una lógica de “ingeniería social” para llegar a tener que enfrentar nuevos desafíos, nuevas preguntas, nuevas concepciones, nuevas estrategias.

La serie de elementos y factores que están tensionando el campo de la práctica y la educación en Salud Pública a principios del milenio resulta en extremo variada por ello resulta ilustrativo incluir una descripción de “escenarios emergentes” tal como fueron planteados por un grupo de consulta convocado por ALAESP-OPS en noviembre del 2001⁴:

“Los **procesos de reforma del sector salud** han tenido como consecuencia una transformación profunda del rol del Estado en la salud y de los propios ministerios de salud. El concepto de rectoría del sector salud captura la esencia de este nuevo rol, el cual abarca, entre otras, las dimensiones de conducción y de regulación del sistema de salud, de modulación del financiamiento de los servicios de salud, de garantía del aseguramiento y de armonización de la provisión de los servicios de salud. Otra dimensión del rol rector de la autoridad sanitaria, central para nuestro propósito, es la implementación de las funciones esenciales de salud pública. Dichas responsabilidades implica nuevos aprendizajes y el desarrollo de capacidades apropiadas en los diferentes niveles del sistema de salud.”

“Los **procesos de modernización y de descentralización del sector** han multiplicado las instancias subnacionales en donde este rol rector se despliega, generando necesidades masivas de apoyo al desempeño y al cumplimiento de las responsabilidades delegadas. La emergencia de nuevos actores en salud, tales como los municipios, nuevas dinámicas de relación interinstitucional y nuevas modalidades de operación, expanden el espectro de competencias requeridas de parte de una fuerza de trabajo más y más diversificada para un funcionamiento adecuado del sistema.”

“La preocupación creciente por la **extensión de cobertura** a amplios sectores poblacionales sin acceso a servicios básicos de salud y la prioridad reno-

⁴ ALAESP-OPS, La Calidad de la Educación en Salud Pública; un Desafío Impostergable relato de una reunión de consulta Santiago de Chile noviembre 2001.

vada para nuevos modelos de atención primaria en salud por su potencial de impacto en las condiciones y el estado de salud de las familias y comunidades insta a revisar la relación histórica entre salud pública y servicios de salud.”

“Otro factor emergente es **la participación ciudadana en la salud pública**. Superando la dicotomía: “Todo a lo privado” versus “Todo al Estado”, surgió entre los participantes una opinión fundamentada de recuperar el sentido de lo público, considerando como una necesidad ineludible para la salud pública, el contribuir y fomentar la creación de ciudadanía social en salud.”

“La tradición del Estado moderno, del que la salud pública ha formado parte consustancial, ha establecido contratos sociales delegativos —democracia representativa— dentro de los cuales se han alcanzado importantes logros. Hoy sin embargo resulta difícil pensar, en contextos tan complejos y cambiantes, en poder obtener nuevos resultados significativos sin extender las bases de participación social. La opinión de los participantes converge en la necesidad de contar con una participación ciudadana organizada y responsable, y que la **Salud Pública es salud de poblaciones**, no como agregado de individualidades sino de comunidades de ciudadanos que reciben y crean salud pública.”

“Otra variable crítica en la construcción de escenarios emergentes, es **la conceptualización de la Salud Pública como ámbito de prácticas sociales y como deber del Estado**, ambos sustentados en abordajes transdisciplinarios. Esta forma de apreciar el trabajo de la salud pública encuentra en alguna medida su concreción en las **Funciones Esenciales de la Salud Pública** que sin agotar la pretensión de transdisciplinariedad, abren espacios coherentes para construir socialmente la salud pública, desde la promoción de la salud y la participación ciudadana hasta la evaluación y la promoción del acceso equitativo y de la calidad de los servicios de salud.”

“Las tendencias referidas anteriormente plantean, en la opinión de algunos participantes, un **reposicionamiento de la Salud Pública en la agenda política**, una suerte de “rehabilitación” del rol de los gobiernos en el quehacer de la Salud Pública, generando un escenario distinto para las Instituciones de Educación en Salud Pública.”

“Otros factores pueden ser de carácter más estructurales y varían en cada país. En algunos países asistimos a un **deterioro acelerado de la situación económica y social**, caracterizado por un aumento rápido de la pobreza y del número de pobres. En dichos contextos de fuerte crisis económica, el sector social en general y la salud pública en particular pueden no ser objeto de aten-

ción de parte de las autoridades de gobierno, y los ciudadanos ser librados a su propia suerte. Estas realidades exigen un fuerte posicionamiento y el protagonismo de las instituciones de educación en salud pública”.

“La causa de esa mayor centralidad de la Salud Pública puede obedecer según los participantes a múltiples factores, algunos de orden coyuntural, como el atentado contra las Torres Gemelas en los EE.UU. y la consiguiente revitalización de las hipótesis de guerra bacteriológica (Antrax). Este y otros eventos sanitarios de diversa índole, han evidenciado el profundo deterioro de las infraestructuras de salud pública y la caída de su capacidad de respuesta frente a nuevas amenazas, en un contexto de creciente globalización e interdependencia.”

Esta enunciación del propio grupo de consulta no pretendía ser exhaustiva, por lo que es necesario actualizarla sistemáticamente y añadir otros elementos de preocupación a nivel global como las enfermedades infecciosas emergentes, las consecuencias del calentamiento global del planeta (en términos de inundaciones, pérdida de cosechas, cambios de la distribución geográfica de vectores de interés sanitario, etc.), la reducción de la capa de ozono, la inaccesibilidad económica a medicamentos de alto valor sanitario (SIDA), combinado con preocupaciones específicas de países o regiones como el incremento de la violencia, las adicciones, la desestructuración familiar, el embarazo adolescente, etc.

El Derecho a la Salud y la construcción de ciudadanía

El derecho a la salud requiere para su concreción y universalización del cumplimiento de un conjunto de requisitos y del establecimiento de condiciones equitativas en varias esferas.

La asociación mas frecuente del derecho a la salud es con **la equidad en la atención** que supone garantizar acceso igualitario a servicios de salud de una calidad homologable. Se complejiza este concepto si suponemos que esta equidad requiere de una adecuada asignación de recursos y que en ocasiones el criterio de economía de escala colisiona con el de distribución geográfica equitativa de los recursos lo que se verifica en sentido extremo en la cobertura de las poblaciones rurales.

Allí no concluye la complejidad de esta equidad ya que además la idea de equidad se construye en forma especular con referencia a la existencia de sa-

tisfactores, es decir la disponibilidad de tecnología eficaz para resolver un problema de salud. Siendo la disponibilidad de satisfactores-tecnologías un campo en constante expansión (aún descartando las tecnologías de eficacia dudosa o poco comprobable). Esto hace de la equidad en la atención se comporte un verdadero objetivo-movil.

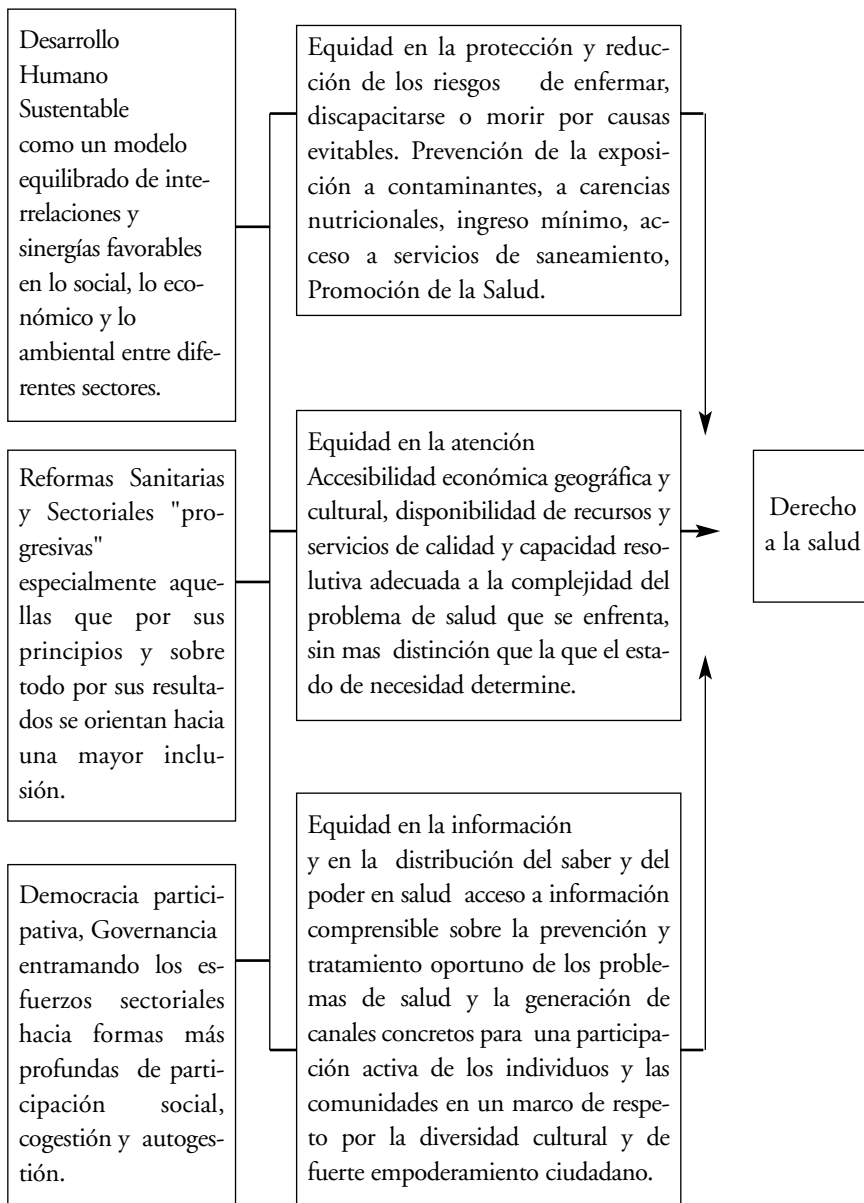
A esto debemos añadir que si se considera que la globalización incluye una amplia e inmediata difusión de las nuevas tecnologías diagnosticas y terapéuticas y que los medios de comunicación han diluido las fronteras y quebrado las barreras geográficas y políticas resulta cada vez mas difícil concebir la equidad en la atención como un concepto nacional. El enunciado "...a un coste que los países y las comunidades puedan afrontar" tal como afirmaba la declaración de Alma Ata puede volverse insuficiente e impracticable en tiempos de globalización en donde podría contra argumentarse que "cada vez que surge en cualquier lugar del planeta una tecnología eficaz para modificar favorablemente la historia natural o la difusión de una enfermedad nace un derecho".

La equidad en la atención resulta insuficiente si no se complementa con medidas que tiendan a homologar los riesgos de enfermar, discapacitarse o morir por causas evitables (en ocasiones se califica los daños como "fácilmente evitables" para hacer referencia que los daños de los que hablamos admiten medidas o técnicas preventivas relativamente simples o poco costosas). Este concepto que podríamos denominar **equidad en los riesgos** supone que ninguna equidad es completa si existen grupos sociales, barrios, grupos étnicos, localidades o países expuestos a riesgos ambientales, económicos o políticos inaceptables.

Estas "equidades" requieren un imprescindible complemento con la adecuada difusión de la información, que sustente al mismo tiempo un máximo de autonomía y toma de decisiones informada como ciudadano y como usuario de los servicios de salud. Lo que se puede denominar una **equidad en el acceso a la información pertinente y comprensible, que permita una amplia participación, es decir una equidad en la distribución del saber y del poder en salud.**

Las esferas de la investigación, la gestión sanitaria, los procesos de formación de políticas de salud, la comunicación social y las instancias de participación ciudadana han estado extremadamente desconectadas hasta el presente y es auspicioso la promoción de experiencias crecientes de diálogo entre estas instancias en el propio ámbito de aplicación de las investigaciones. Es mas

Gráfico 1
El derecho a la salud y las dimensiones complementarias de la Equidad



bien un fenómeno reciente⁵ la preocupación por una adecuada democratización del conocimiento científico que aceleré los procesos de difusión de conocimientos pertinentes, fortalezca la interrelación multidireccional entre estas esferas de actividad y favorezca los procesos de control social de los ejes de la producción científica, particularmente en momentos como los actuales en donde nos encontramos en las fronteras de descubrimientos y aplicaciones de repercusiones insospechadas para la humanidad⁶.

En este sentido resulta de vital importancia considerar que el derecho a la salud requiere la más estrecha colaboración e interrelación entre quienes producen conocimiento, los medios de difusión, los profesionales de salud, los investigadores y los tomadores de decisión que brinden sustento a una participación ciudadana informada.

La fluida interrelación entre información, saber y poder explica de qué forma se puede interpretar —en el contexto de procesos concretos de empoderamiento— a la equidad en la información como una herramienta para la construcción de democracia, favoreciendo procesos de toma de decisión crecientemente participativos.

De esta forma **equidad en la atención, equidad en los riesgos y equidad en la distribución de la información (saber-poder)** configuran un trípede orientado a la concreción del derecho a la salud.

La casi totalidad de los procesos de **Reforma Sectorial** encaradas por los países de la Región se orientan, al menos en sus enunciados, a garantizar la equidad en la atención de la salud —sin embargo en muchos casos la preocupación por el alcance de otros objetivos como el autofinanciamiento o la procura de la generación de mecanismos de competencia instala tensiones que no siempre se dirimen, en los hechos, en el sentido de la equidad.

Las propuestas de **Desarrollo Humano Sustentable** sirven para enmarcar un conjunto de medidas concretas que pueden servir como ejes de orientación para promover la salud y reducir los riesgos de enfermar, discapacitarse o morir por causas evitables. La perspectiva resulta de gran utilidad para romper las fuertes asimetrías que colocan al desarrollo social en una función

⁵ Ver entre otros los trabajos de Brown H *Toward a democratic Science; scientific Narration and Civic Communication*, 1998 o Gregory J. y Miller S. *Science in Public; Communication Culture and Credibility*, 1998.

⁶ Entre otras experiencias vale la pena mencionar las conferencias de Consenso Ciudadano que basadas en una experiencia pionera del Board Danes de evaluación de tecnologías se ha generalizado en los países anglosajones.

subordinada, supletoria o compensadora de la política económica, al contrario la idea de generar sinergias y reforzamientos recíprocos entre los sectores resulta de especial interés y otorga a cada sector un rol y una responsabilidad en momentos de reconstrucción. Así lo social, lo ambiental, lo económico, lo científico-tecnológico, lo cultural interactúan y contribuyen a consolidar un nuevo modelo de desarrollo.

Los ejes de **Democracia, Governancia⁷ y Salud**, llaman la atención sobre la necesidad de profundizar los procesos de democratización y de generar canales de participación que fortalezcan formas de expresión ciudadana y pueden resultar sustanciales para el alcance de la equidad en la distribución, circulación y accesibilidad del saber y en la democratización de la toma de decisiones en el campo de salud.

La consolidación de valores respaldados en legislación e instalados en la cultura de una sociedad resultan un requisito necesario pero no suficiente para la construcción de ciudadanía. La propia noción de ciudadanía se ha extendido mucho más allá de los derechos políticos y hoy resulta cada vez más evidente que no hay democracia sin una equitativa distribución del ingreso, sin el efectivo ejercicio de los derechos sociales, sin canales que faciliten una participación activa de la población.

En éste sentido resulta clave señalar que la construcción de ciudadanía requiere de una convergencia entre derechos y responsabilidades con actores y fuerzas sociales concretas que los respalden, que los defiendan que los expresen impidiendo que éstos valores permanezcan en un nivel declarativo y facilitando que se constituyan en agenda de amplios sectores de la sociedad: organizaciones comunitarias, trabajadores de salud, sindicatos, ONGs, asociaciones profesionales, universidades, partidos políticos, etc.

Una nueva agenda

La formación de posgrado en Salud Pública es una intervención cada vez más significativa en el campo que nos ocupa por lo que progresivamente las propias instituciones formadoras se han ido constituyendo en actores influyentes

⁷ Neologismo por governance, mecanismos sociales de auto regulación y control cruzado que se traducen inadecuadamente como gobernabilidad.

por sus acciones de combinadas de docencia, investigación cooperación técnica, difusión, etc.

Luego de mas de 90 años de formación sistemática en Salud Pública éste espacio académico que tiene la particularidad de haber nacido en forma de posgrado interdisciplinario ha pasado por diversas etapas y atravesado momentos de mayor y menor esplendor.

Las etapas iniciales estuvieron fuertemente atadas a la necesidad de recursos humanos para las tareas de control de las enfermedades transmisibles en la sanidad de las ciudades-puerto y mas tarde para la conducción táctica y estratégica de las campañas contra los vectores de interés sanitario que amenazaban importantes emprendimientos económicos y obras de ingeniería en diferentes regiones tropicales del planeta.

A partir de los 40's la formación fue mas dirigida a la formación de cuadros de conducción de los Ministerios nacionales de salud en un nivel mas centralizado o descentralizado según la configuración que fue adquiriendo el sector público en cada momento.

Otra etapa pareció dirigida a ampliar la formación a las necesidades de otros subsectores como la seguridad social o las grandes corporaciones privadas que comenzaban por su escala a enfrentar dificultades similares a las del sector público, hasta las últimas tendencias a formar cuadros funcionales a las reformas del sector

Al ser parte de la compleja relación Universidad-Sociedad Estado, la formación en Salud Pública también osciló entre momentos de entusiasmo y hasta de una cierta omnipotencia en donde se imaginaba que los procesos educativos serían capaces de cambiar la realidad, hasta otros momentos de parálisis e impotencia en donde se imagina una "hegemonía de la práctica" de tal intensidad que poco le quedaría a los posgrados como no fuera una permanente alerta sobre como adecuarse a "las necesidades del mercado".

Una perspectiva estratégica promueve una suerte de combinación entre una posición realista y al mismo tiempo proactiva y no exenta de ideales, parece indicar que hay que encontrar un punto óptimo de equilibrio entre éstas posiciones a fin de conseguir el máximo nivel de influencia. Los posgrados no están allí para "clonar" la fuerza laboral en salud pública, ni tampoco para formar cuadros que no puedan insertarse los espacios de práctica tradicionales o emergentes de la propia salud pública.

El rol crítico de la formación universitaria requiere monitorear todo el tiempo el punto óptimo de tensión entre los imaginarios educacionales y las

“competencias”⁸ requeridas en los espacios laborales para constituirse en un factor de cambio capaz de contribuir activamente al relanzamiento de la Salud Pública. El rol crítico no se basa solamente en posiciones personales o institucionales requiere también fuentes de financiamiento que permitan contar con docentes con dedicaciones prolongadas y faciliten la generación de una base de investigaciones independientes que contribuyan al avance del conocimiento, a evaluar iniciativas en curso y a fundamentar nuevas propuestas.

Resulta ilustrativo al respecto mencionar que el Comité sobre la Salud de la Población formado básicamente por docentes de posgrados de Salud Pública de los EE.UU. que funciona en el ámbito de la Academia Nacional de Ciencias (NAS en inglés) publica sistemáticamente influyentes documentos sobre los problemas y las políticas de salud.

En su documento *El Futuro de la Salud del Público en el Siglo XXI* (un juego de palabras en inglés *The Future of the Public's Health in the 21st Century*⁹) publicado en noviembre del 2002 afirma:

“El comité encontró que la infraestructura gubernamental de salud pública ha sido descuidada y una reconstrucción de sus componentes (entre otros la fuerza laboral, los laboratorios de salud pública, la legislación) es necesaria para asegurar la calidad de los servicios y un óptimo desempeño”.

A partir de ello señalan recomendaciones que van desde como cambiar los marcos legislativos, como reforzar y redefinir las incumbencias de los laboratorios de salud pública, nuevos roles del Centro de Control de Enfermedades (CDC) para facilitar la toma de decisiones basada en evidencia.

Lógicamente en un contexto de expansión del conocimiento, de cambios de paradigmas, de un marcado incremento de la complejidad de los problemas de salud y de un cambio significativo de las expectativas resulta necesario redefinir, con cada vez mayor frecuencia, la relevancia y la pertinencia de los contenidos, las metodologías y las competencias que organizan los posgrados en Salud Pública.

La difusión por parte de la OPS de las Funciones Esenciales de la Salud pública simultáneamente con otras iniciativas como las del Programa Nacional de Desempeño y Estándares de la Salud Pública de los EE UU y la misma OMS a fines de los 90s configuran un conjunto valorativo y una propues-

⁸ Utilizando aquí el concepto en un sentido amplio y no connotado en sus usos más funcionales a una perspectiva conductista.

⁹ Disponible en la página web de la NAS octubre 2003.

ta significativa, que sin afanes prescriptivos puede contribuir para establecer una agenda entre nueva y remozada de la salud pública pensada desde la realidad concreta de cada país y región.

La propuesta de las Funciones Esenciales identifica un conjunto de **prácticas fundamentales de la sociedad** para el desarrollo integral de la salud:

- Construcción de entornos saludables y mejoramiento de las condiciones de vida.
- Desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y la salud.
- Generación de inteligencia en salud.
- Atención de las necesidades y demandas en salud.
- Garantía de la seguridad y calidad de los bienes y servicios relacionados con la salud.
- Intervención sobre riesgos y daños colectivos a la salud.

En el marco de estas prácticas es que se instalan las funciones esenciales de la salud pública “que el Estado debe asumir... para lograr niveles óptimos de salud y bienestar de las poblaciones”¹⁰. Las “Funciones esenciales de la Salud Pública” definidas para la Región de las Américas constituyen una agenda combinada de nuevos y renovados desafíos para las tareas de gobierno y se consolidan en 11 funciones:

- Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población.
- Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
- Promoción de la Salud.
- Participación Social y empoderamiento de los ciudadanos en salud.
- Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional.
- Regulación y fiscalización en salud pública.
- Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios necesarios.
- Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos.
- Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública.
- Reducción del Impacto de Emergencias y Desastres en Salud

¹⁰ OPS, *Desafíos para la Educación en Salud Pública*, 2000.

En éste conjunto de prácticas de la Sociedad y de funciones del Estado se puede percibir las potencialidades de un reforzamiento recíproco de los esfuerzos en la obtención de condiciones para el efectivo ejercicio del derecho a la salud.

Estos enunciados pueden ser incompletos y naturalmente los espacios académicos tienen la obligación de contrastar las propuestas aunque vale la pena explorar las potencialidades de entrecruzar éstas prácticas y componentes con los programas y contenidos actuales de las maestrías en salud pública de la región para ver hasta que punto existen superposiciones, correspondencias, equivalencias en el peso de los contenidos, vacancias o marcadas omisiones. Este ejercicio podría en algunos casos sustentar revisiones y promover modificaciones en contenidos, escenarios y/o técnicas de aprendizaje.

La misma tendencia a ofrecer relanzamientos temático-valorativos como los de las Funciones Esenciales son una declaración de la necesidad sentida de reposicionar a la salud pública luego de una década de retrocesos, de desvalorización y de desprestigio.

Una década de puesta en abismo del paradigma que había venido organizando el campo de la salud pública al menos desde los 60s y que parafraseando a Oszlack podría expresarse así: “como pasar de un contrato en donde el Estado *quiere pero no puede* garantizar el derecho a la salud de la población y en consecuencia pide ayuda a la academia, a la investigación, a la cooperación internacional hacia una situación sustancialmente diferente en donde la lectura global de las políticas públicas hizo posible afirmar que vivimos momentos en donde *el Estado no podía ni quería generar esas condiciones*”. Un fuerte cambio de paradigma, en ocasiones mas protagonizado por los ministerios de economía o hacienda que se sustentaba en diferentes argumentos, bajo diferentes discursos tales como “ganar competitividad en un mundo globalizado”, “reducir el costo país” o incluso los alertas “no pasar de determinada proporción del gasto social para no generar inflación”.

A pesar del debilitamiento en algunos países de éstas tendencias, reafirmarse en enseñar y aprender Salud Pública en éste último contexto puede resultar muy desestructurante porque puede requerir la detección de nuevos espacios de reconfiguración de lo público, nuevas formas de comprender el advocacy profesional, para construir actores sociales y posibles convergencias entre las instancias de la sociedad y del Estado mas comprometidas con el derecho a la salud.

La tarea de definición de una nueva agenda simultáneamente local y global, puede y debe al mismo tiempo ser pensada desde cada posgrado, desde cada país o desde cada región y resulta un insumo fundamental para redefinir los programas de formación no solo en términos de que se aprende sino también en términos de a quienes se convoca, cómo y donde se aprende.

Calidad de la Educación en Salud Pública¹¹

La calidad entre la acreditación y la gestión

La preocupación por la calidad cuando surge en las instituciones remite en forma casi automática a la evaluación o a la acreditación. Esta es una asociación que requiere ser repensada ya que cada institución requiere del desarrollo de aquellas estrategias mas adecuadas a su situación concreta.

Desde una perspectiva estratégica los procesos de acreditación pueden representar un punto de partida, un punto de llegada o momentos en una trayectoria.

Un punto de partida ya que la contrastación con un instrumento objetivo puede representar un momento de problematización e identificación de áreas críticas y puede desencadenar procesos de cambio y fortalecimiento institucional. En este sentido es importante que los procesos de acreditación se orienten a elevar el “piso”, la línea de base de los diferentes posgrados pero que no coloquen, queriéndolo o no, un “techo” que inhiba la innovación o la experimentación de nuevas y mejores formas de hacer las cosas.

Un punto de llegada ya que supone una forma de legitimación de lo que se está haciendo, un reconocimiento externo siempre valioso para una institución que se contrasta con una acumulación de saber y de poder en un momento dado.

La propia generación de instrumentos que consolidan en forma de indicadores y estándares el mejor estado del arte del campo —en éste caso la formación en salud pública— expresa un conjunto de conocimientos y experiencias consolidados (saber y saber hacer). Constituye una instancia externa a las instituciones con autoridad propia o delegada a la que se otorga capaci-

¹¹ Basado en el texto Rovere M. *Gestión de Calidad de los posgrados en Salud Pública*, OPS publicación en prensa.

dad para emitir un juicio de valor sobre las prácticas de la propia institución (evaluación) y supone una cuota de poder suprainstitucional.

Un dispositivo de esta naturaleza se legitima por sus resultados, en la medida que su accionar concreto conduzca a resultados valorados por instituciones y usuarios directos e indirectos y en ocasiones se aplica en forma gradual para desencadenar procesos.

Los mecanismos de acreditación requieren ser claros y deben comprenderse en la misma lógica de la evaluación. La evaluación, ya sea más estructurada o más in-estructurada, supone una cuota de subjetividad en la medida que necesariamente debe concluir en un dictamen, en la formulación de un juicio de valor.

Se espera que la evaluación sea neutral, ecuánime o justa pero no necesariamente que sea objetiva ya que ni aún fuertemente atada a métodos y procedimientos bien estructurados, el levantamiento de datos, los criterios de inclusión, descarte o priorización de la información y la verificación de estos indicadores son procedimientos pueden eludir una razonable cuota de subjetividad.

En otras palabras, la evaluación externa y la acreditación pueden resultar una experiencia de aprendizaje productivo y útil si la institución se apropia de sus resultados y los utiliza como motivación y problematización para mejorar sus servicios. Esto depende tanto de la sensibilidad y pertinencia de los instrumentos que se utilicen como del reclutamiento de las personas adecuadas para el proceso evaluativo.

Con frecuencia se argumenta que, como ocurre en otros sectores, un mecanismo de acreditación común para realidades muy heterogéneas podría ser utilizado corporativamente por las instituciones mejor posicionadas en perjuicio de las más débiles tendiendo a una cierta oligopolización de la oferta.

En este caso la constitución de redes y la generación de mecanismos de adscripción voluntaria deberían permitir la participación activa de todos los posgrados en la construcción de instrumentos de acreditación y evaluación externa; entendiendo que la misma participación en ese proceso resulta de por sí capacitante y motivadora para las instituciones. Vale la pena considerar en una perspectiva estratégica los valiosos aprendizajes y la construcción de viabilidad que se producen promoviendo una amplia participación tanto en los procesos de construcción como de aplicación de este instrumento.

Por su parte los procesos institucionales de gestión de calidad distan de ser dispositivos antagónicos con la acreditación, antes bien ambos pueden establecer una fuerte sinergia sea en forma simultánea o en momentos secuen-

ciales: la acreditación genera la motivación institucional necesaria para desencadenar mecanismos de gestión de calidad o bien los procesos de gestión de calidad desencadenados por otras razones llegan a un punto en que pueden sentir la necesidad de contrastar sus resultados a través de una instancia de acreditación.

Si se considera a la propia calidad como un objetivo móvil, las herramientas de acreditación deben ser igualmente prácticas, flexibles, graduales y prever mecanismos de revisión sistemática.

La apuesta por la calidad; una aproximación conceptual

“Desde la perspectiva educativa y especialmente desde las escuelas de salud pública, la irrupción del usuario como centro del quehacer de los servicios de salud pone de relevancia la necesidad de una reflexión acerca del equilibrio entre las demandas “espontáneas” de las personas en materia de salud y la demanda “educada” de las mismas por sistemas de salud integrales, que se centren en la salud mas que en la enfermedad. En lo práctico, el tema del usuario pone de relevancia la necesidad de considerarlo también como “cliente” de los programas educativos y como participante en la gestión y decisiones de las escuelas de salud pública”¹²

La calidad de un bien o servicio —en éste caso la educación en salud pública— se materializa en el valor que esta formación agrega a las prácticas profesionales en el campo, evaluadas desde la perspectiva de las necesidades y expectativas de los empleadores, de los profesionales y de quienes resultan beneficiarios de esas prácticas: los graduados, los servicios de salud y la propia población.

En tanto ese valor agregado no permanece estable —puede incrementar-se o disminuir según lo ofrecido por el posgrado—, en función de expectativas y necesidades siempre cambiantes de los alumnos, la calidad resulta un concepto relativo, un valor comparativo, siempre histórica y socialmente situado. El juicio de valor sobre el bien o servicio resulta, en última instancia, de una comparación con otras alternativas que siempre pueden ser mejores. Por ello es que se afirma que la calidad constituye un verdadero objetivo móvil, se desplaza como el horizonte, y no se lo puede retener sin un continuo esfuerzo por mejorar las propuestas.

¹² OPS, *Desafíos para la Educación en Salud Pública*, op cit., pp. 92-93.

Los esfuerzos en pos de la calidad pueden ser una palanca para revitalizar los Posgrados en Salud Pública (PGSP) promoviendo una actitud pro activa para una adecuación crítica a un mundo en una vertiginosa dinámica de cambio.

Incertidumbre, turbulencia, fragmentación, complejidad, competitividad, son rasgos ya habituales del ambiente externo de los posgrados. Estos rasgos se han exagerado en la medida en los últimos años en la medida que cambios completos en los sistemas de referencias (paradigmas, tecnologías prevalentes, sistema de valores, prácticas) se desalojan y se renuevan en ciclos de cada vez menor duración.

Cuando la lógica y las necesidades específicas de los servicios reorganizan los ejes de la calidad, ésta se acerca más aún a la realidad de los posgrados consolidando los elementos desarrollados hasta el presente.

La observación indica que ciertos servicios como los de salud o educación, para poder lograr resultados, requieren de un involucramiento activo de los usuarios. En educación el proceso de aprendizaje se da centralmente en los alumnos y el “servicio” consiste básicamente en ofrecer guía, consejo, orientación, oportunidades, contextos favorables, acceso a la información científica, escenarios de aprendizaje, pero, del mismo modo, si el alumno no quiere, consciente o inconscientemente, aprender algo no habrá técnica pedagógica que lo resuelva.

Los contratos de calidad impulsan a ir mas allá del descubrimiento del usuario como un agente con poder y con expresión, con su propia subjetividad, con su perspectiva, con opciones que puede hacer jugar a favor o en contra de una institución pero que puede ser visto como un sujeto pasivo que espera un servicio de calidad que le será brindado.

En educación el usuario es un verdadero coproductor del servicio y en consecuencia la prestación de servicios se sustenta en contratos que no siempre, ni en todos sus detalles se hacen explícitos. La idea de contrato no es una innovación absoluta, la educación siempre se ha basado en una serie de contratos implícitos aunque casi nunca explicitados o definidos como tal.

Al aceptar un currículum de formación, el alumno asume que la Universidad y los docentes entienden que la suma de esos aprendizajes conducen a obtener “maestría” en el campo que se trata, lo que efectivamente se le acreditará. En el caso de la dedicación horaria esta se puede establecer fehacientemente como un contrato formal, pero con frecuencia se repacta de manera implícita en la forma de usos y costumbres que los docentes y los alumnos efectivamente observan y que como tal se “normaliza”.

Cuando se trabaja sobre los objetivos educacionales se explicitan y se acuerdan con los alumnos, éstos pueden esperar que las evaluaciones se centrarán en ellos; cuando éstos no se enuncian o se enuncian sin carácter contractual, los alumnos asumen que se evaluará “lo que se dio en clase” y esos contenidos pasarán a operar como el verdadero programa.

Para entender mejor la importancia de los contratos educacionales y como se establecen se puede explorar ésta situación por la negativa: puede ocurrir cuando en un grupo de alumnos prevalecen quienes tienen como objetivo central obtener una credencial y en el grupo docente existe poca dedicación o compromiso. Aquí es posible que se establezca un acuerdo implícito: “docente no exige al alumno, alumno no exige al docente” constituyendo un verdadero **“contrato por la no-calidad”**.

Una vez abiertos los procesos de colaboración y participación de los usuarios directos e indirectos se multiplican las posibilidades, pero también las demandas y las exigencias recíprocas en este caso —y sin perseguir una idea de burocratizar— los contratos explícitos en pos de la calidad contribuyen a establecer y sostener un clima y una cultura de calidad.

Rey y Santa María¹³ hacen referencia a la importancia de los contratos como la culminación de los procesos de gestión de calidad: “Todos los acuerdos adoptados debían transformarse en lo que, por entonces, denominábamos compromisos y ahora preferimos llamar contratos por la calidad”.

La preferencia según los mismos autores se sustenta entre otras cosas:

“Porque los educadores estamos muy acostumbrados a hacer de nuestro trabajo un juego de intenciones, sin darnos cuenta del alcance que tiene una decisión compartida. Por ello **es preciso ir introduciendo el concepto de contrato en cada uno de nuestros acuerdos** recordando siempre el significado y alcance de nuestro compromiso..., porque se trata de un **contrato con la calidad**, al haberse seleccionado indicadores de calidad con criterios profesionales (la calidad se define desde el inicio) y porque la gestión realizada para la selección de los mismos se realizó de acuerdo con los principios que definen la [misma] gestión de calidad”.

Los contratos de calidad se realizan dentro del marco de los instrumentos jurídicos, los reglamentos y las obligaciones que enmarcan el funcionamiento de los posgrados y que no pueden modificarse por la sola voluntad de las par-

¹³ Rey R. y Santamaría J., *Transformar la Educación en un Contrato de calidad*, CISS-Praxis Barcelona 2000.

tes. En este sentido, complementan más que reemplazan a los mismos. Esto no significa que como parte del avance contractual en la comunidad educativa no se detecten obstáculos que merezcan ser removidos ya que en ocasiones los marcos de funcionamiento de los posgrados no han sido pensados específicamente para ellos sino que afectan a la Universidad como un todo.

Un ejemplo de estos obstáculos puede presentarse cuando a pesar del predominio de una orientación profesionalizante en muchas maestrías de salud pública se exigen requisitos y formatos de tesis que fueron definidas genéricamente por la Universidad pensando en aquellos campos de conocimiento y en aquellas disciplinas cuya función central es la investigación.

Un contrato debe establecer taxativamente compromisos, deberes y obligaciones a los que las partes se obligan en pos de la calidad entendiendo que este es un objetivo que beneficia a toda la comunidad educacional.

Los contratos implícitos tienen igualmente mucho valor en situaciones en donde se trabaja entre adultos y se suponen acuerdos de buena fe. Los límites a este tipo de contratos se comienzan a percibir en las situaciones de conflicto en donde todo lo dado por supuesto es puesto en tela de juicio y se puede crear una amplia zona gris que dificulta la resolución.

La revisión de los procesos educativos

El núcleo duro de los posgrados es sin lugar a dudas el proceso educativo, sobre todo en programas en los que con frecuencia se adquiere el carácter de profesor sobre la base de una formación y experiencias profesionales valoradas, pero sin oportunidades de formación docente.

La ausencia de formación pedagógica no significa que los docentes carezcan de un referencial educacional. En realidad dado el carácter fuertemente reproductor de la educación cuando uno no reflexiona expresamente sobre ello suele enseñar de la misma forma que aprendió.

Una serie de restricciones conspiran para el mejoramiento de estos procesos: la creencia que las innovaciones educacionales son para otros niveles educativos, la escasa dedicación horaria de los docentes, la escasa preocupación por la formación educacional, la expectativa de alumnos formados en modelos educacionales similares, etc.

La formación de posgrado es por su misma naturaleza una formación de adultos y muchas perspectivas y herramientas de la pedagogía disponibles han

sido desarrollados para otros niveles educacionales. Es necesario, en consecuencia, hacer una selección crítica de metodologías para evitar el riesgo de “sobrepedagogisar” (en cierta forma infantilizar) los procesos de formación.

¿Cómo aprende el adulto?. El adulto en general y más aún un profesional experimentado no tiene en su mente “espacios vacíos”, toda incorporación de nuevas nociones, conceptos o valores será vivido como un desalojo de representaciones previas. Es en éste sentido que Bordieu hace referencia a que el aprendizaje produce una verdadera “violencia simbólica” y por ello el adulto no incorpora nuevas nociones a menos que entienda claramente que son mejores que las que van a ser desalojadas.

Una perspectiva constructivista (o deconstructivista) resulta más analógica con los posgrados en salud pública que una perspectiva escolástica en donde involuntariamente se reproducen los modelos de aprendizaje que los alumnos y los docentes traen de sus experiencias en otros niveles educativos.

En este sentido se entiende que el aprendizaje es más importante que la enseñanza. Los posgrados se han esmerado en muchos casos en mejorar la enseñanza (la oferta especialmente incorporando contenidos actualizados) pero el proceso que mas cuesta mejorar es qué y cómo aprenden los participantes. Esto depende fuertemente de la constante readecuación de la oferta a los fenómenos emergentes, la resignificación de los contenidos mas tradicionales y la permanente decodificación de las necesidades, que una promoción tras otra demandan.

Los alumnos provienen de una formación profesional disciplinaria y al encontrarse con un campo donde convergen disciplinas muy diferentes, pueden literalmente encontrarse “desequipados” para afrontar estudios muy distantes de su formación de base. Profesionales de las ciencias de la salud que tienen dificultades (y resistencias) para estudiar administración, profesionales de salud que tienen el mismo problema con las ciencias sociales, etc. Los posgrados que no tienen una presión enciclopédica pueden hacer conscientes estas dificultades y proponer experiencias que sirvan para que los alumnos desarrollen nuevas matrices de aprendizaje. Aprender a aprender se constituye así en un valioso objetivo educacional.

El posgrado es un “segmento” que puede ser relevante o no dentro de una trayectoria profesional que comenzó antes y que continúa mucho después. En consecuencia hay que conocer en profundidad quienes son los alumnos y diseñar mecanismos que faciliten la recuperación de sus experiencias y el aprendizaje cruzado entre alumnos.

Una buena parte del éxito del proceso de aprendizaje se juega en sostener una adecuada **motivación**, la problematización en sus múltiples dimensiones (no sólo como provocación intelectual, sino también emocional y valorativa) con problemas reales del campo profesional son una poderosa herramienta para desencadenar procesos abiertos de búsqueda, de organización y de instrumentación de la información científica en contextos de aplicación reales.

Las preguntas son más importantes que las respuestas si uno quiere mantener un campo abierto al aprendizaje. Kovadloff¹⁴ coloca este dilema en términos muy claros: “No se nos educa para que aprendamos a preguntar. Se nos educa para que aprendamos a responder. El mal llamado sentido común suele confundir el saber con lo que ya no encierra problemas y la verdad con lo invulnerable a la duda. Es que, usualmente, la pregunta sólo vale como mediación que debe conducir, cuanto antes al buen puerto de una respuesta cabal. Allí entre sus sólidas escolleras, se le exige naufragar al desasosiego sembrado por la pregunta. Como se ve, preguntas y respuestas tienen, entre nosotros, no apenas un valor convencionalmente complementario sino también íntimamente antagónico...”

La lógica de aprendizaje basada en problemas se puede incorporar como técnica de aprendizaje (innovación microcurricular) dentro de un currículo ortodoxo organizado por temáticas o en una reforma más integral de carácter macrocurricular: organizar todo el posgrado por problemáticas.

La organización curricular predominante en el campo de la salud pública mantiene la influencia del modelo flexneriano: es decir opera en un sentido deductivo intentando organizar los conocimientos en forma de una secuencia básico- aplicado. Así la secuencia anatomía-cirugía o fisiología-clínica que se observa en la educación médica se aplica con la misma lógica en los posgrados en la secuencia estadística-epidemiología-administración. Se repite así el problema de los alumnos que estudian e incorporan conocimientos que no saben para que se aplican (vg estadística) y cuando la requieran para su aplicación ya la han olvidado. Una propuesta alternativa plantea una orientación mas inductiva: los alumnos organizan su aprendizaje avanzando desde lo conocido a lo desconocido a través de problemas de complejidad creciente y buscan activamente el conocimiento básico cuando los problemas lo reclaman. No se trata de contraponer falsamente un sentido in-

¹⁴ Kovadloff, S., “¿Qué significa preguntar?”, en *La nueva ignorancia*, pp. 186, EMECE, Buenos Aires, 2001.

ductivo con uno deductivo, se trata de avanzar por arcos de aprendizaje transductivos que conecten teorías y prácticas en procesos de doble vía, inductivos y deductivos.

Las condiciones reales de desempeño profesional exigen habilidades interpersonales, capacidad comunicacional y trabajo en equipo. En un sentido analógico el aprendizaje en grupos interdisciplinarios, las frecuentes presentaciones y discusiones, el desarrollo de habilidades para manejar los disensos y los conflictos resultan parte sustancial de la formación.

La memoria con frecuencia es emocional, en consecuencia la tasa de retención de conceptos y valores es notablemente mayor cuando las experiencias docentes generan aprendizajes significativos. Estos suelen asociarse a experiencias de aprendizaje holísticas fuertemente vinculados a problemas reales de la práctica profesional.

Por ello en posgrados profesionalizantes a la lógica curricular de un análisis crítico se añade la lógica de un *practicum reflexivo* en los términos de Schön. La perspectiva de este autor supone que existe una cuota significativa de aprendizajes que hacer observando y experimentando en los propios espacios de práctica profesional desarrollando una distancia óptima para evitar una mera reproducción de esas prácticas. La importancia de esta perspectiva depende de la combinación de ciencia-técnica y arte que caracterice un determinado espacio profesional y el grado de adecuación/inadecuación a los objetivos básicos de la profesión.

Los elementos planteados hasta aquí reflejan la importancia de establecer nuevos escenarios de aprendizaje, mas allá del aula, que permitan “levantar” problemas reales y confrontar ideas y propuestas en los lugares de práctica de la Salud Pública.

Cuando un posgrado se organiza por problemas o problemáticas se describe un cierto riesgo de fragmentación conceptual. En este caso un escenario específico de donde surgen los problemas de aprendizaje puede restituir la unidad conceptual. En este sentido un posgrado profesionalizante está ubicado conceptual y metodológicamente en algún lugar entre los posgrados académicos (fuertemente orientados hacia la investigación) y las residencias fuertemente orientadas a la especialización profesional.

La características interdisciplinarias de la Salud Pública añaden una complejidad adicional. La necesidad de un abordaje interdisciplinario fue percibido en la Salud Pública desde sus orígenes por las diferentes disciplinas constituyentes del campo y se experimenta en lo curricular por la extracción pro-

fesional de los alumnos, de los docentes y de los graduados. Es posible especular sobre que el desarrollo de la salud pública y las expectativas que se abren frente a los nuevos desafíos puede llegar a reclamar que ésta avance hasta constituirse incluso en un verdadero campo transdisciplinar.

Parte de las dificultades surgen porque existe mas experiencia académica en conformar interdisciplina para la investigación que para la intervención; en este último sentido —fundamental para la salud pública— resulta estratégico contar con escenarios de aprendizaje que interpelen desde problemas concretos de la realidad. Aquí cabe la frase que solía mencionar C. Matus¹⁵ con frecuencia “la realidad tiene problemas, el estado tiene sectores y la universidad facultades y departamentos; ¿quién se ocupa, entonces, de los problemas?”.

La dimensión interdisciplinaria remite a la importancia que tiene para los posgrados generar condiciones para el aprendizaje en grupos. Grupos de carácter heterogéneo en referencia a los estudios de grado, a las experiencias profesionales, a la inserción laboral, a las motivaciones, etc.

En un currículum innovado se establecen conexiones más fluidas entre aprendizaje e investigación. Por la lógica misma de la Salud Pública las técnicas y perspectivas de investigación-acción suelen ser muy afines con las técnicas pedagógicas planteadas.

Esto se extiende también al campo de la bibliografía, más allá de la bibliografía propuesta de referencia, la investigación bibliográfica forma parte del currículum y las facilidades de acceso a la misma forma parte de los criterios de calidad de cada posgrado.

Los posgrados intensivos a dedicación completa, cuando el financiamiento lo permite, parecen tener claras ventajas respecto a otros con dedicación parcial en donde los alumnos continúan trabajando (a tiempo parcial, por encuentros o con diversas modalidades de Educación a distancia). Con las perspectivas que hemos planteado hasta aquí la diferencia no parece tan notoria; ya que si el posgrado consigue abrir espacios de reflexión sobre el propio trabajo de los alumnos, tal vez estos desarrollen un arco más corto de reflexión-acción que aquellos que luego de un aprendizaje descontextualizado aplicarán sus aprendizajes en tiempo diferido. Existen formas de optimizar las fortalezas y minimizar las debilidades de ambas propuestas.

¹⁵ Carlos Matus, *Planificación libertad y conflicto*, 1985.

La evaluación del aprendizaje resulta central en esta reflexión, porque se trata de un proceso en donde se juega en buena medida el poder docente. Muchas resistencias a la innovación educacional pueden surgir por aquí. Es el caso de aquellas experiencias de modelos educacionales innovados que aplican técnicas tradicionales de evaluación, “borrando con el codo lo que se escribió con la mano”.

La organización de estos momentos evaluativos —desde la autoevaluación hasta la evaluación externa—, en la perspectiva que estamos desarrollando, debe reforzar la idea que su legitimidad se basa en que constituyen en sí mismos herramientas de aprendizaje.

Uno de los procesos de trabajo más complejos para innovar e interactuar en la perspectiva de gestión de calidad es la docencia y muy especialmente la formación de posgrado en el campo de la salud pública. En realidad la complejidad la introduce el carácter profesionalizante de los posgrados en salud pública que deben formar para incluir nuevos profesionales en el proceso de producción y circulación de conocimientos y simultáneamente formar para desempeñarse en ámbitos profesionales concretos apropiándose y resignificando herramientas, técnicas y metodologías.

Reflexionando sobre campos afines Schön señala que el énfasis se debe situar en el aprender haciendo. “Las escuelas profesionales deben replantearse tanto la epistemología de la práctica como los supuestos pedagógicos sobre los que se asientan sus planes de estudio a la vez que deben favorecer cambios en sus instituciones de modo que den cabida al *practicum reflexivo* como un elemento clave en la preparación de sus profesionales.”. Según este autor los momentos por los que se pasa en un proceso de formación de campo en donde se espera diversos grados de reflexión en la acción son:

- a. Se comienza por respuestas espontáneas, rutinarias todo funciona razonablemente en la medida que la situación se mantiene entre determinados parámetros.
- b. Sorpresa, resultado inesperado, agradable o desagradable que no corresponde a las categorías de análisis ni a los patrones de respuesta, la novedad problematiza.
- c. Se desarrolla pensamiento crítico que cuestiona nuestros conocimientos sobre el objeto o sobre las herramientas que utilizamos o de sus contextos de aplicación. Reestructuramos nuestra forma de preguntar, nuestra comprensión del objeto, nuestras estrategias de intervención.

- d. Experimentación in situ, ideamos y probamos nuevas acciones que pretenden explorar mejor los fenómenos, ampliar nuestra comprensión, validar nuevas herramientas.

Los estudios se organizan de un modo típico alrededor de proyectos factibles de diseño, entendidos de manera individual o colectiva, más o menos ajustados a proyectos extraídos de la propia práctica. Los estudios han desarrollado sus rituales, tales como demostraciones magistrales, revisiones de diseño, exposiciones, etc. y como los instructores de un taller (en el caso de la salud pública el taller es desarrollado en trabajos de campo en escenarios reales de ejercicios de la profesión) deben intentar hacer comprensible a sus estudiantes la metodología de diseño que utilizan, el taller ofrece un tipo de acceso privilegiado a las reflexiones sobre el diseño de los propios diseñadores. Resulta un ejemplo vivo y a la vez tradicional de *practicum reflexivo*.¹⁶

Los procesos de formación en salud pública requieren de una reflexión y estudio sistemático aprovechando todas las contribuciones de las ciencias de la educación incorporando críticamente la producción en los campos más afines o contiguos como la educación universitaria, los debates de la educación médica, la educación de adultos, la educación artística y científica, etc. En este sentido podemos decir que el núcleo duro de este trabajo podría ser identificado como “gestión de calidad en el proceso de formación en salud pública”

Si las reformas educacionales se orientan a colocar al alumno —como sujeto activo del proceso de aprendizaje— en el centro de la consideración, el trabajo y las curricula organizados sobre problemas reales del campo, los programas alineados sobre los requerimientos actuales y potenciales de los procesos de profesionalización y el fortalecimiento del campo de la salud pública, la utilización de escenarios reales de aprendizaje consistentes con la práctica profesional otros objetivos en apariencia complejos y costosos como la construcción de inter. y transdisciplina, la articulación entre investigación y docencia y la articulación entre docencia y cooperación técnica se vuelven más viables.

¹⁶ Schön D., *La formación de profesionales reflexivos*, pp. 51.

La iniciativa de Gestión de Calidad en acción

A partir del 2000, en base a los acuerdos de la reunión de La Habana, la ALAESP en conjunto con OPS desencadenó una serie de actividades tendientes a promover la iniciativa de Gestión de Calidad de los posgrados.

Una serie de reuniones y actividades fueron perfilando materiales de apoyo y aportes de experiencias que convergen en un Foro virtual organizado entre ALAESP y OPS con el apoyo del NUTES (unidad especializada en la Educación de las Profesiones de Salud de la Universidad Federal de Río de Janeiro).

En la página web en la que se desarrolló el Foro virtual se menciona.¹⁷

La iniciativa de gestión de la calidad de la educación en salud pública iniciada por OPS/ALAESP representa una estrategia para concretar los imperativos de transformación de las instituciones formadoras en nuestra región. Su propósito es promover mayor relevancia, mayor responsabilidad social y en última instancia, mayor nivel de exigencia de los posgrados en salud pública a fin de convertir los valores que sostienen el campo en prácticas efectivas. Desde esta perspectiva, la gestión de calidad representa una aproximación distinta pero complementaria a los procesos más tradicionales de evaluación y de acreditación.

Los ejes de debate propuestos parecen mantener su vigencia más allá de la duración del Foro.

- 1. Acreditación vs. gestión de calidad: espacio de discusión sobre los mecanismos de calidad más apropiados a las necesidades de los posgrados.*
- 2. Necesidades y restricciones. opiniones respecto a las necesidades de cambio y las restricciones para responder adecuadamente a ellas. Supone una explicitación operativa de lo que es calidad para cada posgrado.*
- 3. Experiencias innovadoras: pese a las restricciones hemos conseguido realizar innovaciones que nos gustaría compartir. Algunas de ellas, sistematizadas, podrán servir para intercambiar experiencias y ser puestas a consideración en el evento de Brasilia.*
- 4. Balance y propuestas: Lo que nos hemos planteado como necesario y no hemos realizado Renovación de metas e intercambio de estrategias sentando las bases para un eventual proceso de cooperación.*

En función de la necesidad de realizar un balance del 1er Foro Virtual en la mencionada reunión de Brasilia se presentó un cuadro resumen de las 14

¹⁷ <http://lts.nutes.ufrj.br/foro-calidad>

experiencias innovadoras que fueron ofrecidas a consideración a través de la página y que expresan en parte las preocupaciones comunes y las iniciativas que diferentes posgrados de la región están desarrollando.

Experiencias innovadoras según problema y tipo de intervención propuesta¹⁸

Problema	Tipo de intervención	
	Académica	Gestión académica
Baja tasa de graduación	<ul style="list-style-type: none"> • Tutorías diferenciadas para proyecto y tesis y articulación con las IS. • Taller de redacción de tesis • Cursos de recuperación, tutorías • Modificación de la exigencia de tesis a un "paper" 	Utilización de correo electrónico para seguimiento de los alumnos.
Desarticulación de contenidos en cursos y programas	<ul style="list-style-type: none"> • Sólo a nivel de planteamiento • Creación de capítulos de profesores por área disciplinaria • Establecimiento de competencias a ser adquiridas por los estudiantes en cada área. 	
Baja utilización de instrumentos		Taller grupal periódico para la evaluación
Necesidad percibidas no atendidas.	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de un Doctorado en SP. • Creación de nuevos programas: maestría y doctorado. • Planificación estratégica para articular el currículum existente con una visión centrada en el usuario. • Formación de "equipos" con egresados —docentes para la construcción de un nuevo modelo. • Evaluación por el equipo, quien también elabora propuestas consensuadas. • Currículum basado en competencias. • Reingeniería del programa basada en competencias. 	Oferta de dos modalidades.
Baja calificación de los estudiantes	<ul style="list-style-type: none"> • Instituto de Verano para nivelación 	

¹⁸ Tabla basada en la presentada por la Dra. Paulina Pino Coordinadora del Foro Virtual. Brasilia, julio 2003.

Coaliciones estratégicas

La conformación de redes y coaliciones

El trabajo en red y el desarrollo de asociaciones, consorcios o “parcerías”¹⁹ de los posgrados con otras instituciones puede colocar a la formación en salud pública en una mayor influencia a través del potencial asociativo de éste área académica.

La asociación a distancias óptimas (ni tan cerca como para fusionarse ni tan lejos como para no influir) con ámbitos de gobierno, instituciones prestadoras de servicios, formadores de opinión, organizaciones de la sociedad civil, instancias legislativas, defensorías, etc. pueden cumplir un rol dinamizador de los posgrados.

En la importancia estratégica de una perspectiva de redes se incluyen dos líneas argumentales:

1. Construcción de viabilidad: la asociación entre dos o más instituciones puede generar fenómenos de suma, potenciación o sinergias que incrementan sustancialmente el espacio de lo posible permitiendo alcanzar objetivos no imaginables para cada uno de los miembros que ingresan en la coalición.
2. Reducción de incertidumbre: reconociendo que se trabaja en ambientes cada vez más caracterizados por la incertidumbre y la imprevisibilidad, debe reconocerse que no todas las variables son producto del azar una parte de la incertidumbre la generan otras organizaciones relevantes que comparten ese mismo ambiente. Los procesos de asociación sirven en consecuencia también para reducir incertidumbre estableciendo acuerdos y permitiendo monitorear variables a través de los contratos formales e informales (teoría de las conversaciones)

Las ventajas comparativas de los acuerdos de cooperación resultan tan significativas que a pesar de una prédica a favor de la competencia como un motor de la modernización de las instituciones, las instituciones más competitivas han descubierto la fuerza de las coaliciones, aún con sus propios competidores.

¹⁹ Concepto poco usado en español pero con mucho auge en la literatura europea y anglosajona (partnership, partenariato, parcería).

El fenómeno se volvió tan frecuente en el ámbito organizacional que Nalebuff acuñó el concepto de cooperación (copetition) para estas circunstancias en que se verifica simultáneamente cooperación y competencia.

Diversos posgrados pueden disputar en un espacio relativamente pequeño un reducido número de aspirantes y un aún más reducido cupo de becas y pensar el ambiente externo como un juego de suma cero (si uno prevalece los otros pierden). Sin embargo, la asociación o los consorcios nacional o internacional de posgrados pueden permitir desarrollar infraestructuras costosas que ninguna de las instituciones o programas puede financiar por sí sólo o establecer áreas complementarias de desarrollo que reduzca la necesidad de contar con instituciones autosuficientes. Estos acuerdos ganador-ganador generan nuevos niveles de calidad que interesa a nuevos alumnos y empleadores, los que no se habían antes sentido tentados a hacerlo o alumnos que hubieran optado por realizar estudios en otros países.

La tendencia de los individuos y las instituciones a establecer acuerdos de cooperación según Dent (1999)²⁰ se conforma según los siguientes criterios:

- El peso de las consideraciones de presente pasado o presente futuro que tienen las decisiones y la consideración de los potenciales aliados y oponentes.

La tendencia a enfatizar el vector presente futuro facilitaría anteponer las potencialidades de las coaliciones antes que las dificultades que probablemente las desalentaron en el pasado.

- El grado de adecuación y comodidad con los cambios por parte de cada socio potencial.
- La orientación ganador-ganador con la que se observa las relaciones con “el afuera” contrapuesta con la lógica de los juegos de “suma cero”: en la lógica que si uno mejora su posición es porque otro la empeora.
- El grado de comodidad con situaciones de interdependencia —aun asimétrica— con otros agentes, instituciones o actores sociales contrastado con las posiciones mas extremas en lo que a aislamiento o autonomía se refiere.
- La apertura y sensibilidad para realimentarse con información ambiental, evaluaciones críticas, opiniones ajenas, etc.

²⁰ Dent S., *Partnering Intelligence*, Davies Black Publications.

Estas consideraciones no constituyen una apelación de carácter actitudinal o voluntarista. Puede en realidad constituir una respuesta a las complejidades que se prevén en cualquiera de los escenarios que se construyen para la propia Salud Pública y cuyo enfrentamiento parece superar las capacidades de cualquier posgrado aislado. Mas aun en países como la Argentina en donde la Educación en Salud Pública, a pesar de su proliferación en términos generales no consigue superar una posición relativamente periférica dentro de las prioridades de las instituciones universitarias que la contienen, marginalidad que tampoco consigue ser revertida en las prioridades de investigación básica o aplicada.

Los vínculos que se generan entre dos o más instituciones son en realidad la base para la generación de redes y al respecto vale la pena señalar que las redes no crecen y se desarrollan sólo por la cantidad de unidades o nodos asociados sino también por la riqueza, intensidad y profundidad de los vínculos entre ellos.

El centro de gravedad de esta propuesta considera al vínculo como unidad de red, entendiéndolo a las redes como una herramienta clave de la gestión de calidad. Pensar en la calidad y profundidad de los vínculos permite desplazarse hacia una variedad de criterios para pensar en el crecimiento en extensión, diversidad o profundidad de las redes y asociaciones.

En éste sentido la red de posgrados no sería mas fuerte por la simple vía de incrementar el número de miembros sino sobre todo por la calidad de esos vínculos y la posibilidad concreta de establecer acuerdos operativos que beneficien a quienes participan, sobre todo a los alumnos y a las instituciones en donde se desempeñan o van a desempeñarse y en última instancia a la misma población..

¿Qué son las redes?

Puede resultar atípico aunque pertinente contestar esta pregunta afirmando que: *redes parece ser la forma espontánea como la gente se organiza* aludiendo a que no parece posible ignorar que éstas formas organizativas son parte de la experiencia y de la memoria colectiva de las sociedades.

Sin embargo ésta evidencia contrasta en el imaginario social con la fuerte influencia de los modelos jerárquico-burocráticos que sustentados en ejemplos institucionales concretos: la escuela, el hospital, el cuartel, la fábrica, la propia

organización del estado han logrado instalar aquel principio de los clásicos de la administración: “la autoridad es el cemento de la organización”.²¹

Los trabajos de C. Sutzky y de M. Elkaim muestran en cambio la perspectiva de redes en un rol nuclear en la sociedad al identificar a las redes como parte de los mecanismos de constitución del sujeto ponderando el rol que juegan las redes en la contención o en la resistencia de personas y grupos y el rol (favorable o no) que pueden jugar las redes en los procesos sociales y aun terapéuticos.

La constitución de redes puede ser demandada para conformar trayectorias a partir de diferentes situaciones iniciales ya que como se suele decir “la posición dicta la estrategia”. Una forma de ilustrar este punto puede ser enunciar que redes puede ser visto como una alternativa por quienes:

- Quieren constituirse como sujetos y provienen de una experiencia de compartir ideas y objetivos y se organizan en grupos-red o en instituciones- red, trayectoria a la que se podría denominar: **“tejiendo redes o constituyéndose como un actor-red”**.

Parece particularmente adecuado pensando en instituciones ligeras cuya fortaleza parece ser la de poder articular desde una adecuada posición institucional los recursos académicos de las diferentes instancias del mundo académico, de los servicios de salud y de la misma población.

- Participan de organizaciones relativamente pequeñas al menos en relación a los objetivos que quieren lograr y que piensan en establecer coaliciones, alianzas, asociaciones o federaciones con otras organizaciones en forma de redes avanzando en una línea de parcerías o partnership: trayectoria a la que se podría denominar **“sustentándose en redes o asociación sin pérdida de identidad”**.

Podría tener una fuerte aplicación para reflexionar sobre la ausencia de un foro de la educación en salud pública en el país, situación fuertemente contrastante con la de algunos países vecinos en la región.

- Pueden pensar formas de canalizar la energía creativa que se libera en los procesos de deconstrucción de organizaciones jerárquico burocráticas, sobre-estructuradas, reduciendo la sensación de salto al vacío que puede sentirse en la medida que, cuestionada a no, las grandes instituciones crean un cierto marco de contención: trayectoria a la que se po-

²¹ Según la expresión clásica de Henri Fayol.

dría denominar “**redes de seguridad o canalizando la des-institucionalización**”.

Podría tener aplicación en instituciones académicas en donde convive una fuerte fragmentación con estructuras jerárquicas que dificultan toda transversalidad en la construcción de conocimiento.

Estas trayectorias ayudan a comprender que los acercamientos y las perspectivas de redes pueden ser distintas y que diferentes instituciones podrían beneficiarse de uno u otro camino.

Evitando las instituciones burocráticas

Resulta necesario dedicar algún espacio a prevenir la tendencia a la sobre institucionalización o al menos a regresar a los modelos organizacionales predominantes en el imaginario social, generalmente organizaciones de tipo más jerárquicas y burocráticas que en ocasiones pueden generar más imagen que sustancia y modelos productivos con bajo involucramiento y en ocasiones con escasa o al menos dudosa capacidad resolutive.

Las redes constituyen verdaderas “heterogeneidades organizadas” y a pesar de los imaginarios más extremos y frecuentes no carecen de niveles jerárquicos aunque éstos pueden ser funcionales, rotativos y configurar estructuras multicéntricas.

Sea cual fuera el origen de las trayectorias que nos conduce a redes el enunciado fundamental lleva a enfatizar que estamos refiriéndonos a redes de personas son los vínculos entre las personas y la circulación entre éstas lo que puede viabilizar las transformaciones que la Educación en Salud Pública busca desencadenar.

En general la idea de avance de las redes está asociada a el número de “asociados”, de nodos personales, grupales o institucionales adheridos sin embargo la profundidad de los vínculos resulta vital porque las redes requieren sobre todo avanzar cualitativamente.

El uso de los niveles o la profundidad de los vínculos tiene relevancia y opera como un marco de referencia para planteos tanto de diagnóstico de situación actual de la red como para plantearse metas de profundización de vínculos.

El centro de gravedad son los vínculos como unidad de red y el campo nos permite desplazarnos hacia una variedad de criterios para pensar en el crecimiento en extensión, diversidad o profundidad de las redes.

El sostenimiento de las redes y la profundización de los vínculos tiene una cuota significativa de autogeneración. Sin embargo no puede minimizarse el rol que puede jugar uno o mas nodos de la red en lo que se denomina la gestión de redes.

Las redes son una institución de tal forma que requiere factores o dispositivos instituyentes:

Dispositivos:

- **Gestión de redes.** Aunque las redes pueden ser espontáneas se benefician con la existencia de nodos activos en la promoción de nuevas incorporaciones y la profundización de los vínculos entre sus asociados; mas que jefaturas se trata de motor de redes instancias que ayuden y hagan funcionar.
- **Liderazgos rotativos:** por su rol democratizante y formativo las tareas de control, fomento, promoción se distribuyen en función de quienes circunstancialmente se encuentren en la mejor perspectiva, mas que gobierno la red necesita gobernanza.
- **Encuentros.** genera posibilidades de avanzar en el conocimiento recíproco, compartiendo aprendizajes significativos que profundizan los vínculos y crean condiciones para acciones e iniciativas comunes.
- **Contactos frecuentes.** A través de diferentes medios y soportes mantiene las redes activas entre encuentros. “Cuando estamos juntos somos asamblea cuando estamos separados somos red”.
- **Listas y grupos de interés.** Listas dinámicas que se actualizan sistemáticamente y que permiten apelar a ellas en el momento de necesidad.
- **Carteras de contactos.** Actuales y potenciales
- **Mesas de acuerdos** de carácter operativo y monitoreo de los mismos con mecanismos para el seguimiento, registros, verificaciones, etc.
- **Visión como producción colectiva** Espacios de discusión política y académica con ejercicios de construcción de acuerdos básicos que dan significado y sentido las redes.
- **Planificación estratégica y participativa:** Pensar la red misma como sujeto de planificación y al mismo tiempo como un conjunto de nodos que planifican registrando los acuerdos en soportes novedosos (videos, CD's, páginas web) que permiten reactualizar con frecuencia

en la lógica de que “el plan siempre está hecho y siempre se está haciendo”.

- **Mapas de actores** estáticos y dinámicos.
- **Publicaciones, materiales de difusión.** Dispositivos que difunden y convocan pero que también, en espejo, refuerzan la pertenencia.
- **Detección y reforzamiento de personas-clave:** personas puente (conectan por contar con facilidades, vocación y/o pertenencia con otros campos), personas ascensor (conectan formal o informalmente los niveles organizacionales para “arriba” y para “abajo”).
- **Promoviendo el factor cohesión:** la búsqueda y realimentación de los elementos que proveen significado y sentido a las redes detectando los factores de unidad en la diversidad.

Redes en sí y redes para

Esta diferencia resulta importante ya que en algunos casos la constitución de redes puede instalarse como un objetivo en sí mismo —*redes en sí*— y en consecuencia sostener algo en conjunto supone, sobretodo el esfuerzo de sostener y monitorear sistemáticamente la tasa de beneficio material o simbólico de pertenecer a la misma.

Algo diferente sucede en las *redes para* ya que aquí la red o la organización en redes es un medio. El factor de cohesión (el cemento) lo constituye el conjunto de objetivos comunes y compartidos. Aquí es donde se puede verificar los reforzamientos recíprocos entre redes y planificación estratégica. Por un lado la perspectiva estratégica trabaja con múltiples sujetos de planificación en diferentes grados de acuerdo-desacuerdo, convergencia-divergencia por el otro puede conceptualizarse una red como un conjunto de nodos que planifican y/o pensar a la misma red como sujeto de planificación.

Hay en esta distinción —redes en sí o redes para— importantes consecuencias para la gestión de redes ya que en el primer caso la gestión supone una permanente revisión y monitoreo de los beneficios que mantienen “adheridos” o “afiliados” a los miembros de la red mientras que en el segundo caso el reforzamiento y actualización de los objetivos o la visión compartida y el reporte o monitoreo de resultados son las bases para la gestión y el elemento básico que sostiene la cohesión.

Las asociaciones y consorcios de posgrados

La posibilidad de establecer y/o fortalecer las asociaciones nacionales o subregionales y/o los consorcios de posgrados es una expectativa razonable pensando en los avances que se han logrado en algunos países de la Región, la cooperación técnica entre instituciones y asociaciones de diferentes países intra o interregional y las posibilidades que se abren con las nuevas tecnologías.

En principio el desarrollo de las Instituciones formadoras en Salud Pública se encuentra restringido tanto por la escala como por los mecanismos de financiamiento.

Una mirada retrospectiva muestra que cuando en una ciudad se abre un posgrado, éste hecho suele desencadenar la apertura de otros que podrían a primera vista ser considerados competidores, solo en la medida que uno asuma la lógica de un juego de suma cero (es decir un juego en donde el número de aspirantes a la formación es fijo o hay un financiamiento fijo a distribuir, en otras palabras un juego en donde si uno gana el otro pierde).

En ocasiones la heterogeneidad de ofertas de formación no es vista como una mala noticia por parte de los alumnos y estos se beneficiarán concretamente de un cambio de perspectiva que despliegue la capacidad de cooperar y compartir recursos.

Las redes y consorcios de posgrados pueden entre otras cosas²²:

- Generar directorios o bases de datos comunes sobre alumnos, docentes, tesis, proyectos de cooperación y líneas de investigación, entre los diferentes programas docentes.
- Definir criterios comunes para establecer requisitos de calidad de los posgrados en términos de duración de los estudios, requisitos para las tesis, trabajos en terreno, espacios de práctica, etc.
- Banco de datos de tesistas con investigaciones en progreso e informes de avance.
- Conectar los Centros de Documentación y especializarlos generando listados bibliográficos, copias de documentos de literatura gris, listado sistematizado de tesis.

²² Basado en el Documento de trabajo para el Proyecto: Red de Posgrados en Salud Pública, OPS Representación Argentina, 1999.

- Base de datos de docentes de posgrado, con currículos y áreas de experiencia.²³
- Una iniciativa editorial propia o interconectada para libros y revistas.
- Intercambios de profesores, de investigadores y de alumnos.
- Reorganización de los posgrados incluyendo mecanismos de créditos y materias optativas que permita tomar cursos en otros posgrados.
- Acreditación de cursos descentralizados, a distancia o realizado en forma conjunta con instituciones empleadoras.
- Estrechos vínculos con instituciones, asociaciones y redes internacionales.
- Organización de eventos científicos periódicos y sistemáticos (Foros, Jornadas, Congresos, etc.)
- Intercambio de tutores, asesores y jurados de tesis.
- Investigaciones colaborativas multicéntricas
- Ampliar las redes de cooperación a las instituciones empleadoras.
- Apoyo a proyectos de salud articulados en la lógica docencia-investigación-servicios-comunidad.
- Sostener una página web común.
- Bolsa de trabajo para graduados, docentes e investigadores.
- Relaciones internacionales.

Un aspecto dilemático en el sostén de las redes de posgrados es definir la membresía. La asociación entre los directivos de los posgrados puede resultar insuficiente en la medida que no esté acompañado de otros mecanismos que extiendan la asociatividad a docentes, investigadores y alumnos.

Las asociaciones con mas tradición en el continente como la Asociación Brasileira de Salud Colectiva ABRASCO, la Asociación Mexicana de Salud Pública, la misma ALAESP o la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, entre otras muestran distintas formas de asociación, gobernanca y participación que resultan de utilidad en momentos de constituir una red de posgrados en el país, articulada con los posgrados de los países vecinos del Cono Sur en busca de coincidencias y sinergias en pos de retomar el camino hacia la equidad.

²³ Para ésta y la mayor parte de las iniciativas de las redes vale la pena mencionar la experiencia y el potencial de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS BIREME/OPS).

A modo de conclusión²⁴

El debut del nuevo Milenio ha sorprendido por un dinamismo y un vértigo de acontecimientos que contrasta con el clima de resignación —de fin de la historia— que intentó imponer la década de los 90.

Las iniciativas certeras, los ejes de reforma indudables, los consensos aparentes, los discursos cerrados y los destinos inexorables parecen haber dejado paso a expresiones más realistas, a propuestas más polifónicas, a debates más abiertos, a espacios de disensos constructivos y hasta puede percibirse una cierta pérdida de eficacia de las operaciones culturales y las manipulaciones mediáticas.

La Salud Pública del milenio se despierta al ritmo combinado de renovadas intenciones de enfrentar la agobiante y masiva situación de exclusión social de nuestros pueblos, de encauzar los sorprendentes avances científico-tecnológicos de consecuencias éticas y sociales impredecibles, de frenar el deterioro creciente del medio ambiente, de prepararse para enfrentar una renovada generación de enfermedades emergentes y la amenaza de posibles epidemias intencionales, de desarrollar mecanismos para hacer accesible a toda la población las prestaciones y servicios de eficacia probada, de proteger y reconstituir la trama de vínculos sociales solidarios, etc.

Los intentos en la década de los 90s de introducir una lógica de comportamiento privado en el sector público han traído algunas incorporaciones interesantes, si se las mide en términos de modernización tecnológica y eficiencia microeconómica, pero han generado caídas dramáticas en la capacidad sistémica de dar respuesta a problemas complejos. En algunos casos la introducción de reglas competitivas de mercado ha dañado seriamente la capacidad de respuesta solidaria de los servicios de salud evaluado en términos de equidad tanto en el financiamiento como en la calidad y el acceso.

Las recientes crisis de algunos países en América Latina han vuelto a demostrar que el principal recurso contracíclico que el sector salud ha desarrollado en nuestros países han sido los servicios públicos de salud.

Curiosamente el período comienza con un clima de revisión sobre las consecuencias del furor privatizador en temas actualmente tan sensibles como la seguridad de los aeropuertos o los laboratorios de salud pública. El au-

²⁴ Basado en una ponencia realizada en forma conjunta con el Dr. Carlos Bloch para la reunión de ALAESP Brasilia 2003.

ge en los últimos tiempos de la noción de **bienes públicos** ha comenzado a ofrecer un renovado instrumental de análisis para el campo que nos ocupa.

Las tendencias de las dos última décadas han intentado arrinconar a la salud pública impulsando en su lugar el desarrollo de modelos de formación específico en los diferentes campos que la constituyen: así la epidemiología, la administración, la salud mental, la salud materno-infantil, la salud ocupacional, entre otros se constituyeron en campos de formación de autonomía relativa lo que ha generado algunos avances pero que en un marco de articulación transversal como el que la salud pública ofrece podrían adquirir otra perspectiva.

La globalización ha afectado en forma sustancial la propia noción de Salud Pública lo que puede verificarse en múltiples fenómenos tales como la difusión por el transporte aéreo incorporada en los patrones de difusión epidemiológica como se ha visto en el caso del SARS, la procura y organización de servicios altamente especializados para atender pacientes de otros países, la transnacionalización de las industrias clave del sector extendida a la producción de servicios y a las empresas de seguros médicos, la apertura de la información científica en salud que han hecho ampliamente accesible a los pacientes de cualquier latitud las últimas publicaciones científicas sobre su propia patología.

Como hemos visto la OPS y la OMS, en consonancia con otros organismos relevantes del sector han brindado nuevos impulsos en los últimos años al campo de la Salud Pública a partir del lanzamiento de las Funciones Esenciales y la implementación de ejercicios de análisis y auto-evaluación en casi todos los países de la Región lo que ha generado nuevas y renovadas demandas sobre las instituciones formadoras.

La propia Educación en Salud Pública (ESP) ha mostrado fortalezas y debilidades. Fortalezas al resistir dentro de su propia lógica el desprestigio de lo público, y mantener una expansión de la oferta de posgrados en ambientes hostiles, debilidad porque los embates del mercado sobre los posgrados ha llevado en muchos países a la búsqueda de financiamientos transitorios o a sistemas autofinanciados que apenas dejan margen para actividades de subsistencia, impulsa contratos precarios, debilita la investigación y minimiza la capacidad de generar proyectos de cooperación.

La década consolidó además una tendencia al divorcio entre la educación de posgrado y la educación de grado de las carreras de salud; una omisión que contrasta con los fuertes esfuerzos hechos por algunos procesos de reforma

que vuelven la mirada de la formación de grado hacia modelos de formación y compromisos profesionales que den cuenta de la realidad social de referencia de cada institución. En otras palabras la Salud Pública no solo no ha liderado sino que tampoco ha acompañado los esfuerzos de las Reformas de la Educación Médica y de otras profesiones del campo de la salud.

ALAESP y la OPS en un esfuerzo conjunto han avanzado en la preparación de una propuesta de Gestión de Calidad en los Posgrados de Salud Pública que se orienta a promover la búsqueda de caminos propios para las diferentes instituciones y programas de formación en la región.

Por todo ello enunciar principios orientadores para la educación en Salud Pública en el comienzo del nuevo milenio resulta todo un desafío ante el extraordinario dinamismo de sucesos y el vértigo de acontecimientos que dificulta construir una agenda sustentable en el mediano plazo.

Sin embargo en el siempre renovado compromiso por generar recursos humanos que impulsen y acompañen iniciativas orientadas a la equidad, a la participación social, al fortalecimiento de la ciudadanía y en el entendido que un movimiento de ésta naturaleza se sustenta mejor en la medida que las iniciativas se vinculen, se articulen, se complementen y se potencien es posible sostener:

- La renovada vigencia del campo de la Salud Pública y su importancia como un campo históricamente construido, en una tensión dinámica entre la ciencia y la política, como un espacio de investigación y de prácticas de naturaleza inter y transdisciplinarias, sostenido en la confluencia de un conjunto de ciencias y técnicas articuladas por la epidemiología y constituida por un amplio conjunto de saberes y de prácticas que han servido para modificar favorablemente las condiciones de vida y de salud de nuestras poblaciones.
- El compromiso insoslayable de la Salud Pública con principios de inclusión social y justicia distributiva; entendidas como el efectivo ejercicio del derecho a la salud de una ciudadanía activa y expresada en las equidades en la protección de los riesgos de enfermar, morir o discapacitarse por enfermedades evitables, en la distribución de los factores protectores, en el acceso a servicios de calidad y capacidad resolutive adecuada.
- La importancia de incorporar las perspectivas de Salud Internacional a todos los posgrados a efectos de comprender un conjunto de sobredeterminaciones que operan sobre la salud de nuestros países y de expan-

dir las posibilidades de intervención ante las crecientes interacciones y reforzamientos recíprocos que se observan entre lo local y lo global.

- La relevancia de establecer nuevos diálogos e iniciativas conjuntas con organizaciones ambientalistas y ecologistas, agencias de planificación urbana y otros expertos asociados a la causa de generar ambientes físicos y sociales saludables.
- La incorporación de una perspectiva de género para repensar los problemas nucleares de la Salud Pública, especialmente todo lo referido a la salud de la mujer y del hombre, la salud sexual y reproductiva y la igualdad de oportunidades laborales incluyendo al propio sector salud, un sector de empleo predominantemente femenino.
- La relevancia de relanzar la Promoción de la Salud con el aporte de nuevos campos de conocimiento, el periodismo, la comunicación social, las asociaciones (partnerships) con los gobiernos locales, las ONGs, las escuelas y la movilización de los esfuerzos comunitarios, etc.
- La imprescindible necesidad de impulsar una nueva generación de reformas progresivas verdaderamente orientadas a la equidad, que involucren como protagonista a la población y a la fuerza laboral del sector.
- Las iniciativas tendientes a acompañar con ofertas adecuadas los procesos de descentralización (municipalización, distritos, sistemas locales) y la participación social y sus nuevas necesidades de formación de liderazgo en la lógica de Escuelas de Gobierno o experiencias similares.
- El desarrollo de alianzas estratégicas con sectores que convergen e influyen sobre los principales determinantes de la salud en un esfuerzo conjunto por revertir las condiciones de exclusión: la política social, las políticas de empleo, el fomento a los emprendimientos productivos, la seguridad, etc.
- Promover la calidad de los posgrados entendida como la búsqueda constante por responder a los requerimientos y necesidades de los usuarios directos e indirectos de los posgrados, la relevancia de los contenidos y el compromiso social de su comunidad educativa.

Por todo ello entendemos que cada post grado así como la red de posgrados de Salud Pública y la misma ALAESP deben explorar nuevas formas organizativas, nuevos soportes tecnológicos que nos permitan poner en común la mayor cantidad de información científica, experiencias y prácticas conectando instituciones de formación en salud pública, sus autoridades, sus docentes, sus alumnos, sus graduados, sus investigadores, sus usuarios, sus pro-

yectos e iniciativas promoviendo la cooperación horizontal y la complementariedad de los esfuerzos.

Bibliografía

- ABRASCO (Asociación Brasileira de Saúde Colectiva) *Manual de Acreditacao de Cursos Lato Sensu na Area de Saude Pública*, Versao preliminar, abril 2002.
- Aguayo R., *El método Deming*, Vergara, Argentina, 1993.
- Albrecht K., *La misión de la Empresa*, Paidós, 1º Edición, España, 1996.
- Albrecht K., *Todo el poder al cliente*, Paidós, 1 Edición, España, 1994.
- Almeida M.(org.), *A Universidade Possível*, UEL, Sao Paulo, 2001.
- Angus D., Boutette M., Motta P., *Quality Improvement: A Rallyng Point for Public Health Education in the Americas?*, PAHO doc Havanna, July 2000.
- Aronowitz S., Giroux H, A., *Postmodern education*, The University Minnesota, 2º Printing, USA, 1993.
- ASPHER (Association of Schools of Public Health in the European Region) *Guidelines for the Self Assesment*, Version July 2001.
- Barbier Jean-Marie, *La evaluación en los procesos de la formación*, Paidós, 1º Edición, España, 1993.
- Barbosa, y otros, *Gerencia da Qualidade total na Educacao*, QFCO, Brasil, 1993.
- Barrell John., *El aprendizaje basado en problemas*, Manantial, Argentina, 1999.
- Bérubé Michael, Nelson Cary, *Higher education under fire*, Rutledge, London, 1995.
- Borrell Bentz Rosa María, *Calidad educativa en la acreditación de programas de formación de especialistas y en la certificación profesional*, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, Nº 26, OPS/OMS, Washington 2000.
- Borrell Elvira y Cavaría Xavier, *La Planificación y Autoevaluación del Trabajo de los Directivos de Centros Docentes*, CISS PRAXIS, Barcelona, 2001.
- Bourdieu P., *Hommo Academicus*
- Campo Gómez Víctor, M., Fanfani Tenti E., *Universidad Profesionales*, 1º Edición, Miño y Dávila, Argentina, 1989.
- Collins R., *La sociedad credencialita*, AKAL, S.A., Madrid, España, 1989.
- Dabas Elina y Najmanovich (comp.) *Redes; el Lenguaje de los Vínculos*, Ed Paidós, Buenos Aires 1995.

- Das J. P., Kar B. C., Parrila R. K., *Planificación cognitiva*, Paidós, 1° Edición, España, 1998.
- Davini M. Cristina, *Educación permanente en Salud*, OPS, Washington, D. C., 1995.
- Davini M. Cristina, *La formación docente en cuestión política y pedagogía*, Paidós, 1° Edición, Argentina, 1995.
- Deming W. E., *Calidad Productividad y Competitividad*, Díaz Santos, S. A., Madrid, 1989.
- Der Heijden V. K., *Escenarios, el arte de prevenir el futuro*, Panorama, 1° Edición, México, 1998.
- Dore Ronald, *La fiebre de los diplomas*, Fondo Cultural Económica, 1° Edición, México, 1983.
- Fee Elizabeth, *Disease & Discovery*, Johns Hopkins, London, 1987.
- Fottler, Hernández-Joiner, *Strategic management of human resources in health services Organizations*, Wiley Medical, Canada, 1988.
- Freidson E., *Professionalism; the Third Logic*, The University of Chicago Press, Chicago 2001.
- Gil Rodríguez F., García Saiz M., *Grupos en las Organizaciones*, Eudema, 1° Edición enero, Madrid, 1993.
- Graham Nancy, *Quality in Health Care; Theory, Application and Evolution*, Aspen Publication, Gaithersburg (Ma), 1995.
- Grao Julio (coord) *Planificación de la Educación y Mercado de Trabajo*, Narcea, Madrid, 1992
- Kaés René (coord.), *Sufrimiento y Psicopatología de los Vínculos institucionales*, Paidós, 1° Edición Agosto de 1998, Argentina.
- Klein Julie T., *Interdisciplinarity*, Wayne, Detroit, 1990.
- Leirman W. y otros, *La educación de adultos como proceso*, Tarea, Lima, Perú, 1992.
- Manes Juan M., *Gestión Estratégica para Instituciones Educativas*, Granica, Buenos Aires, 1999.
- Matui Jiron, *Constructivismo*, Moderna, Sao Paulo, 1995.
- Mossialos E., Permanand G., *Public Health in the European Union: Making it Relevant*, LSE Health, London School of Economics and Political Science Discussion, Paper N° 17, January 2000
- Nanus B., *Liderazgo Visionario*, Granica, España, 1994.
- Neave Guy, Van Vught Frans, A., *Prometeo encadenado*, Gedisa, 1° Edición, Barcelona, 1994.
- Nogueira Roberto P., *Perspectivas de Qualidade em Saúde*, Qualitymark, Brasil, 1994.
- Nowalski Glazman, R., *Evaluación y Exclusión en la enseñanza universitaria*, Paidós, 1° Edición, México, 2001.
- OPS- OMS, *Desafíos para la educación en la salud pública*, HSP/HSR, 1° Edición, Washing-

- ton, D. C., 2000.
- OPS-OMS, *Educación en Salud Pública: Nuevas perspectivas para las América*, HSP/HSR, Washington D. C., 2001.
- OPS-OMS, *Calidad Educativa en la Acreditación de Programas de Formación de Especialistas y en la Certificación Profesional*, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Serie HSR, N° 26, noviembre 2000.
- Papp Peggy, *El proceso de Cambio*, Paidós, 1° edición, España, 1998.
- Pina Bartolomé M., Argilaga Anguera M. T., *La investigación cooperativa: vía para la innovación en la universidad*, PPU, 1° Edición, Barcelona, 1990.
- Puiggrós Adriana, *Universidad proyecto generacional y el imaginario pedagógico*, Paidós, 1° Edición, Argentina, 1993.
- Rey R., Santa María J., *Transformar la educación en un contrato de calidad*, CISS; PRAXIS, 1° edición, Barcelona, 2000.
- Rodríguez M Isabel, *Lo biológico y lo social*, OPS, OMS, Washington, D. C., 1994.
- Rovere M., *Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud*, Serie de Desarrollo de Recursos Humanos, N° 96, OPS, Washington, 1993.
- _____ *Hacia la Construcción de Redes en Salud*, Secretaría de Salud Pública de Rosario, Instituto Lazarte, Rosario, 2000.
- _____ *Gestión Estratégica de la Educación Permanente en Salud*; en Hadad J, Roschke M.A y Davini M.C., (Edits.), Educación Permanente del Personal de Salud, OPS, Washington, 1995.
- Saúl Ana M., *Avaliação Emancipatória*, Cortes, Brasil, 1988.
- Schön A. Donal, *La Formación de Profesionales Reflexivos*, Paidós, 1° Edición, España, 1992.
- Schön Donal A., *El Profesional reflexivo*, Paidós, 1° Edición, España, 1998.
- Stufflebeam D. L., Shinkfield A. J., *Evaluación sistemática*, Paidós, 2° Edición, España, 1993.
- Taylor S. J., Bogdan R., *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Paidós, 1° Edición, Argentina, 1986.
- Usen Torsten, *Nuevo análisis de la sociedad del aprendizaje*, Paidós, 1° edición, España, 1988.
- Venturelli José, *Educación Médica: Nuevos enfoques, metas y métodos*, OPS-OMS, Washington, 1997.
- Witz Anne, *Professions and Patriarchy*, Routledge, London, 1992.
- Wolfberg Elsa, *Prevención en Salud Mental; Escenarios actuales*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2002
- Woods Peter, *Investigar el Arte de la enseñanza*, Paidós, 1° edición, España, 1998.

2

CAPÍTULO

Programa de desarrollo
del componente educativo
en la formación inicial y permanente
en salud pública

DRA. MARÍA CRISTINA DAVINI
DR. JORGE DANIEL LEMUS
ING. OSCAR PRADO

Introducción

Los procesos de formación y desarrollo de los recursos humanos han sido motivo de preocupación constante para los responsables de tomar decisiones en salud desde hace ya mucho tiempo. Pero a lo largo de las últimas tres décadas, estas preocupaciones han ido construyendo una nueva agenda para el desarrollo de las Instituciones Académicas o Escuelas. Por un lado, han producido una importante crítica y desarrollo de nuevas propuestas y enfoques prioritarios en salud pública y sobre los desafíos de las instituciones de educación en salud pública. Por otro, los debates han incluido los aportes de los nuevos paradigmas, diseños y tecnologías en educación.

En un contexto de profundas y rápidas transformaciones, la II Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública, realizada en México en 1998, ha representado un hito trascendente en la construcción de acuerdos acerca de las funciones esenciales de la salud pública y sobre el papel de las Escuelas de formación en este campo. Posteriormente, la XIX Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESp), realizada en el 2000, destacó el papel protagónico de las Escuelas e identificó factores dinamizadores de su desarrollo, particularmente por la incorporación de nuevos enfoques y tecnologías educacionales.

Estos movimientos y eventos, así como las diversas experiencias, han llevado a la evidencia de que la cuestión educativa no sólo se refiere a procesos pedagógicos centrados en el aula, sino que constituye un factor estratégico para el desarrollo de las instituciones y servicios de salud, en particular en el campo de la salud pública.

Las nuevas orientaciones han tenido amplio desarrollo en América Latina así como lo muestran las innumerables producciones y experiencias. Las instituciones académicas, junto a organismos de gestión del sistema de salud, han tenido (y tienen) una importante presencia en los debates y construcción de

programas, propuestas y acciones. Entre ellas, pueden destacarse las actividades de la Escuela de Salud Pública del Perú, la Universidad Peruana de Cayetano Heredia, la Escuela de Salud Pública de Río de Janeiro, el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Río de Janeiro con su Núcleo de Tecnología Educativa en Salud (NUTES), la Universidad Estadual de Londrina, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, la Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Honduras, y muchas otras.

El Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, con sus unidades docentes; Cátedra de Salud Pública, Instituto de Higiene y Medicina Social y especialmente la Escuela de Salud Pública, de larga y significativa trayectoria, tiene un papel estratégico en la formación de profesionales, especialistas y el fortalecimiento de foros de discusión para el desarrollo de las políticas y los servicios de salud. Es importante que, además, pueda constituirse en un polo activo en el país para el desarrollo de la Educación Permanente en Salud Pública, vinculada al concierto de aquellas otras Escuelas latinoamericanas.

El presente Programa tuvo como propósito proyectar un programa de acciones que fortalezca y contribuya a desarrollar este campo activo en la Escuela de Salud Pública, instalando un ámbito institucional de análisis, debate y producción, basado en las corrientes más significativas de la educación en salud pública y apoyado en redes de cooperación política y técnica nacional e internacional. Contó con el apoyo y la cooperación técnica de la Representación de OPS en la Argentina.

Objetivos Generales

El programa se plantea los siguientes objetivos generales:

1. Fortalecer el liderazgo de la Escuela de Salud Pública de la UBA en la producción de programas y acciones de educación en salud pública, propiciando el debate y actualización de los contenidos curriculares y métodos de trabajo para el desarrollo de las competencias profesionales que requiere el contexto actual.
2. Generar y consolidar un Núcleo de Educación Permanente en Salud Pública como ámbito de formación de docentes, facilitadores, administradores y líderes de procesos de formación y desarrollo de los re-

- cursos humanos de salud pública, en el marco de los nuevos paradigmas, enfoques y estrategias educacionales
3. Desarrollar programas de Educación a Distancia, aprovechando las nuevas tecnologías educacionales y favoreciendo el desarrollo de convenios de trabajo e intercambio de capacidades y recursos con los servicios de salud, instituciones académicas, asociaciones profesionales y agencias locales, nacionales e internacionales.

Componentes el Programa

Componente 1: Construcción de un Núcleo de Educación Permanente en Salud Pública

1. Fundamentación

Los enfoques educativos en la formación universitaria y el desarrollo profesional en salud pública se han transformado profundamente en los últimos años, tanto en el debate sobre el contenido y las competencias a formar cuanto en las estrategias educacionales. Ello se ha operado como resultado, por un lado, de la reflexión crítica de las tendencias clásicas y, por otro, de los aportes de la sociología de las organizaciones, el análisis institucional y la perspectiva de la educación de adultos.

- 1.1. Desde la dimensión de los contenidos de enseñanza, la profundización y expansión de los conocimientos, los cambios sociales y las necesidades de política de salud pública obligan a repensar qué enseñar, qué competencias profesionales se requieren para el desafío de la acción y que estrategias educacionales son más pertinentes.

Las nuevas demandas de formación y de capacitación en salud pública y los cambios en las organizaciones del trabajo exigen pensar en contenidos y en perfiles educacionales novedosos. Se torna necesario introducir la reflexión y evaluación sistemática de las competencias adecuadas para el desempeño en la práctica de salud pública.

A su vez, las demandas de capacitación de amplios grupos para los requerimientos del mercado laboral, llevan a replantear perfiles, competencias y contenidos. Este replanteo requiere analizar cuestiones de ética social, de valores y compromisos que orienten las decisiones sobre qué enseñar y cómo hacerlo.

- 1.2. En cuanto a los nuevos paradigmas educacionales, pueden marcarse, también, cambios profundos y significativos. Una corriente de pensamiento se origina en las concepciones de Educación Permanente —desarrolladas tanto en experiencias concretas y como en formulaciones de teoría desde comienzos de la década del 70— particularmente difundidas por UNESCO. Ellas facilitaron el reconocimiento de la especificidad del adulto como sujeto de la educación (tradicionalmente centrada en el niño) y así como la ampliación de los ámbitos de aprendizaje, más allá del ambiente escolar y académico, a lo largo de toda la vida y en contextos comunitarios y laborales¹.

La **educación inicial o de pre-grado** fue, desde entonces, entendida sólo como una fase primera de preparación profesional. Fase necesaria pero que, necesariamente, debería estar acompañada por la formación de posgrado, de la educación continua y de la capacitación. Esta perspectiva fue particularmente impulsada, por un lado, por la explosión de conocimientos que caracteriza el desarrollo científico-tecnológico y, por otro, por la complejización de los sistemas y las organizaciones, lo que redundó en la necesidad de desempeño de nuevos roles profesionales.

En el campo de la salud, también ha colaborado con este giro de enfoque los importantes aportes de las ciencias sociales, que han permitido el redimensionamiento de los determinantes de salud pública y el conocimiento de los factores socio culturales en el cuidado y mejora de la salud de la población. Ello demanda de los profesionales un replanteo permanente de sus capacidades para la interacción tanto dentro de los servicios de salud como con las comunidades.

- 1.3. Pero la educación inicial o de pre-grado fue (y es), en sí misma, objeto de profunda reflexión crítica tanto por sus contenidos como por sus formas. Tal como lo muestran importantes investigaciones, en la mayor parte de los casos, la educación inicial consiste en la **transmisión de conocimientos** (muchas veces distantes de las demandas de desempeño real o de las nuevas vertientes de pensamiento) dentro de la forma del “**modelo escolar**”, cuya lógica interna supone:

¹ Le Boterf, G., *La investigación participativa como proceso de educación crítica*, UNESCO, 1979; Barquera, H., “Las principales propuestas pedagógicas en América Latina”, en: *Investigación y evaluación de la innovación en educación de adultos*, CEA, México, 1982; entre mu-

- reunir a la gente en un aula, aislándola del contexto real de trabajo,
- colocarla ante uno o varios especialistas que saben y que les van a transmitir conocimientos
- evaluar a los alumnos según su adquisición de las informaciones
- entender que la adquisición de aquellos conocimientos es suficiente para la formación de competencias prácticas complejas y muchas veces interactivas
- entender que dicha adquisición es suficiente para que los apliquen a la práctica en contextos laborales, diversos al ámbito áulico (transferencia del aprendizaje).

En muchos casos, la relación entre lo que se hace en los contextos de desempeño laboral y lo que se dice en la enseñanza parece relacionarse con los **temas** del programa, pero no necesariamente con los **problemas** de la práctica concreta o con los comportamientos que deberán mobilizarse para dicha práctica. Como es esperable, la brecha o dificultad es menor cuando los aprendizajes se relacionan menos con habilidades técnicas específicas y mucho mayor cuanto más se relacionan con comportamientos complejos, tales como la intervención sobre múltiples variables en contextos socialmente diversificados, o con el liderazgo o la toma de decisiones.

Sin embargo, el concepto más profundo, integral y estratégico de **aprendizaje** lo define como el **desarrollo de nuevos criterios o capacidades para resolver problemas o como la revisión de criterios y capacidades existentes que inhiben la resolución de problemas (reaprendizaje o desaprendizaje)**. Desde esta perspectiva, se hace necesario el replanteo de la enseñanza, no como administración del desarrollo de temas, sino dirigida al logro de aprendizajes que faciliten el trabajo sobre problemas reales y contextualizados.

La experiencia acumulada y las evaluaciones a lo largo de décadas ha mostrado que los conocimientos acumulados no garantizan el desarrollo de capacidades en la práctica o es de muy limitada realización y que el cúmulo de esfuerzos y recursos no alcanzan los resultados esperados. Asimismo, se ha cuestionado la “*racionalidad técnica*” como epistemología implícita en los enfoques clásicos de formación, los que responden a una visión simplificada de los sujetos y del terreno de la práctica en las organizaciones².

chos otros.

A pesar de las evidencias, los estilos y metodologías de enseñanza se mantienen en las aulas y aún se reproduce en los proyectos de capacitación posteriores, constatando que la “lógica escolar” suele estar incorporada sutilmente en los modelos mentales,

En la búsqueda de revertir estos procesos, otras vertientes de diversos orígenes generaron nuevos desarrollos en el campo del currículo universitario centrado en problemas³ y en la capacitación en los ámbitos de desempeño laboral, tales como los enfoques de Desarrollo Organizacional, Círculos de Calidad, Calidad Total o Reingeniería Organizativa, más difundidos en el ámbito de las empresas⁴.

1.4. En la misma dirección, los debates acerca de la educación y desarrollo de los recursos humanos de salud, particularmente en la capacitación de los profesionales, llevaron a contrastar los paradigmas de la denominada “Educación Continua” y “Educación Permanente”⁵.

La **Educación Continua**⁶, de tradicional desarrollo en el sector salud, es conceptualizada como:

- Una *continuidad* del modelo escolar o académico, centrada en la actualización de conocimientos, generalmente de enfoque disciplinario, en ambientes áulicos y basada técnicas de transmisión con fines de actualización;
- Una concepción técnica de la práctica, como campo de aplicación de conocimientos especializados que, como *continuidad* de la lógica de los currícula universitarios, su lugar está al final o después de la adquisición de dichos conocimientos. Ello produce un distancia entre la práctica y

² Schön, D., *La formación de profesionales reflexivos*, Editorial Paidós, Barcelona, 1992.

³ Ver los desarrollos de la Educación Médica en la Universidad de McMaster (Canadá) y de la Universidad de Maastrich (Holanda).

⁴ Paín, A., *Educación informal*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1992; Le Boterf, G., Barzuchetti, S., Vincent, F., *Cómo gestionar la calidad de la formación*, Edit. Gestión 2000, Barcelona, 1993; Senge, P., *La quinta disciplina*, Editorial Granica, Barcelona, 1990; OIT/CINTERFOR, *Formación basada en la competencia laboral*, Edit. Conocer, Montevideo, 1997, entre muchos otros.

⁵ Mejía, A., “Educación continua”, en: *Educación Médica y Salud*, Vol. 20, N°1, OPS/OMS, 1986; Llorens, J., “Educación permanente en salud. Posibilidades y limitaciones”, en: *Educación Médica y Salud*, Vol. 20, N° 4, 1986; Vidal, C., Giraldo, L., Jouval, H., “La Educación permanente en salud en América Latina”, en: *Educación Médica y Salud*, Vol. 20, N° 1, 1986.

⁶ OPS/OMS, *Educación Permanente del Personal de Salud en la Región de las Américas*, Fascículos 1 a 8, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, N° 78 a 85, Vidal, C., *Educación per-*

el saber (entendido como el saber académico) y un corrimiento del saber que se genera en la solución de los problemas de la práctica;

- Una estrategia *discontinua* de la capacitación con rupturas en los tiempos, en cursos periódicos sin secuencia constante;
- En su desarrollo concreto, la Educación Continua se dirigió predominantemente al personal médico y con menos énfasis al grupo de enfermería. Centrada en cada categoría profesional, no se ahondó en la perspectiva de equipo y diversos grupos de trabajadores no han sido incluidos en sus acciones.

En cambio, el enfoque de **Educación Permanente**⁷ representa un importante giro en la **concepción y en las prácticas de formación, más comprometidas con el desarrollo de los servicios de salud**. Supone invertir la lógica del proceso:

- incorporando el enseñar y el aprender a la vida cotidiana de las organizaciones y a las prácticas sociales y de trabajo, en el contexto real en el que ocurren;
- modificando sustancialmente las estrategias educativas, al partir de la práctica como fuente de conocimiento y de problemas, problematizando el propio quehacer;
- colocando a los sujetos como actores reflexivos de la práctica y constructores de conocimiento y de alternativas de acción, en lugar de receptores;
- abordando el equipo o el grupo como estructura de interacción, más allá de las fragmentaciones disciplinarias;
- ampliando los espacios educativos fuera del aula y dentro de las organizaciones, en la comunidad, en clubes y asociaciones, en acciones comunitarias;

La nueva vertiente ha dado lugar a la construcción teórica y metodológica de la Educación Permanente en Salud, ampliamente desarrollada en la bibliografía y en los programas de desarrollo de los recursos humanos en distintos países de América Latina⁸. La aproximación al mundo de las prácticas en los mismos contextos de la acción ha sido inevitable.

manente o continua en América Latina, OPS/PWR, Argentina, 1985.

⁷ Davini, M. C., *Bases conceptuales y metodológicas para la educación permanente en salud*. OPS/PWR, Argentina, Pub. N° 18, 1989; Davini, M. C., *Educación permanente en salud*, Serie PALTEX, N° 38, OPS/OMS, Washington, 1995.

⁸ La revista *Educación Médica y Salud* (OPS/OMS), en su Vol. 27 N° 4 recopila contribuciones en distintos países bajo el título de "Trabajo y educación en los servicios de salud. La ex-

Acercar la educación a la vida cotidiana se asienta en el reconocimiento del **potencial educativo de la situación de trabajo**, en otros términos, que en el trabajo se aprende⁹. Ello supone tomar a las situaciones diarias como “palanca” del aprendizaje, analizando reflexivamente los problemas de la práctica y valorizando el proceso de trabajo en el contexto en que ocurre. Esta perspectiva, no se agota en determinadas categorías profesionales sino que atañe a **todo el equipo**, incluyendo médicos, enfermeros, administrativos, docentes, trabajadores sociales y toda la variedad de actores que conforman al grupo. La cuestión es particularmente crucial si lo que se busca son cambios en los modelos de atención y de participación, lo que representa una transformación en las reglas de juego de las instituciones.

Aunque los aprendizajes deberían ser necesariamente individuales, ya que solamente los individuos son capaces de aprender, muchos autores han usado metafóricamente la expresión “aprendizaje organizacional”¹⁰ para describir situaciones en la que los aprendizajes individuales son integrados, compartidos y puestos en acción a través de la coordinación de la conducta de distintos individuos, incluyendo necesariamente a quienes ocupan posiciones de coordinación o de conducción jerárquica en la organización.

El enfoque de “calidad total” hace énfasis en el desarrollo de equipos y en la revisión crítica de prácticas y productos de la práctica y muestra producciones concretas en este sentido en el campo de las organizaciones de la salud¹¹.

Es importante destacar que las nuevas tendencias pueden incluir, en una o más etapas de su desarrollo, actividades deliberadamente diseñadas para producir aprendizajes en un aula. Pero este tipo de actividades son só-

perencia latinoamericana”. En la misma línea, ver Haddad, J., Davini, M. C., Roschke (edit.) *Educación Permanente del Personal de Salud*, Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 100, OPS/OMS, Washington, 1994.

⁹ Davini, M. C., “Prácticas laborales en los servicios de salud. Las condiciones del aprendizaje”, en Haddad-Davini-Roschke (edit.), *op. cit.*; Haddad, J., Pineda, E. (edit.) *Educación permanente de personal de salud. La Gestión del trabajo-aprendizaje en los servicios de salud*. OPS/PWR, Honduras, N° 17, 1997.

¹⁰ Ver, por ejemplo, la obra de Peter Senge *La quinta disciplina*, Ed. Granica, Barcelona, 1992.

¹¹ Ver, por ejemplo, Marquet I., Palomer R., *Garantía de calidad en atención primaria*, Ediciones Doyma, Barcelona, 1993; Moreno, Elsa y otros. *Calidad de Atención en Salud: Aspectos concep-*

lo una parte del proceso, integrada dentro de un marco educativo más amplio, en los que los momentos de trabajo en aula son sólo un momento de retroalimentación para el análisis de la práctica y el desarrollo de nuevas acciones.

- 1.5. Las nuevas perspectivas produjeron también, en un mismo movimiento conceptual, importantes transformaciones en la manera de pensar e implementar la comunicación social y educación comunitaria, particularmente para sectores sociales populares, influenciada por los desarrollos de la educación de adultos. El enfoque centralizado y difusionista de la comunicación social cedió paso al desarrollo de acciones prácticas y metodológicas participativas y emancipadoras, de fuerte contenido educacional¹². No se trata del abandono de las campañas masivas o de la producción de medios centrados en la difusión de mensajes, sino de desarrollar un modelo integral, incluyendo actividades de promoción y educación comunitaria¹³.

La revisión de las múltiples experiencias realizadas y de los distintos programas universitarios y en servicio muestra que hay una conciencia extendida de la necesidad de enfoques educacionales innovadores y flexibles con respecto a los enfoques que tradicionalmente ha manejado el sector salud, en particular en el terreno de la salud pública.

Asimismo, hay fuertes evidencias de que los procesos educacionales tienden a concebirse cada vez menos como una actividad de apoyo complementario o de un mero *aggiornamento* metodológico, para convertirse cada vez más como un componente estratégico de los proyectos. La Educación Permanente (EPS) y sus operacionalizaciones, como la Problematicación y el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), es el enfoque educacional reconocido como más apropiado porque permite:

tuales, Universidad Nacional de Tucumán, febrero de 1996, mimeo, entre otros.

¹² Merino Ultreras, J., *La comunicación popular alternativa y participativa*, OEA/PREDE-Edit. Quipus/CIESPAL, Quito, 1988, HSP/SILOS: *Educación para la salud en la comunidad: experiencias Latinoamericanas*, OPS/OMS, N° 38, Washington, 1996; Werner, D., Bower, B., *Aprendiendo a Promover la Salud*, Fundación Hesperian, California, 1984; HSP/SILOS, *Escuelas Promotoras de Salud: Modelo y guía para la acción*, N° 36, OPS/OMS, Washington, 1996, entre innumerables publicaciones de experiencias en diversos contextos.

¹³ Ver OPS/OMS, *Promoción de la salud: una antología*, Washington, Pub. Científica N° 557, 1996 y *Boletín del John Hopkins University Center for Communications Programs*, Octubre de 1999, N° 6.

- la integración y retroalimentación de las teorías y las prácticas;
 - la formación en competencias profesionales y la puesta en juego de las mismas;
 - la articulación de la enseñanza y las necesidades de los contextos reales;
 - las transformaciones en las prácticas de trabajo;
 - el fortalecimiento de la reflexión en la acción, el trabajo en equipos y la capacidad de gestión;
 - la formación en investigación y el desarrollo de investigaciones operativas sobre los procesos locales.
- 1.6. Es importante subrayar que este enfoque implica un tratamiento integral de la enseñanza. En primer término, porque no sólo se referencia en un giro metodológico sino que implica transformaciones en el contenido mismo de la enseñanza. En otros términos, forma y contenido se acompañan solidaria y orgánicamente. Los contenidos ya no tratan de temas de un programa o de una bibliografía sino que recortan problemas, casos y problemáticas nodales de la práctica y de los contextos. En segundo término, la perspectiva integral de la educación permanente en salud pública se supone que hay que dar coherencia y congruencia educativa tanto a la formación inicial como al desarrollo permanente, de posgrado y de capacitación de los profesionales. Estas distintas instancias no deben estar disociadas, como si obedecieran a propósitos y enfoques muchas veces antagónicos.
- 1.7. Finalmente, la integralidad requiere del aprovechamiento y potencialidad de las nuevas tecnologías educativas que articule la educación “in situ” con las distintas modalidades de **educación a distancia**, alcanzando un amplio espectro de actores e instituciones para el desarrollo de la salud pública y de la educación permanente en salud pública. La necesidad de introducir mayor racionalidad en la toma de decisiones en salud pública obliga a construir espacios de interacción y de difusión de informaciones entre docentes, investigadores y responsables de gestión de los servicios. Se requiere, entonces, mayor diseminación de los resultados de investigaciones así como el desarrollo de “Bibliotecas Virtuales en Salud Pública”. El aprovechamiento de las tecnologías educacionales implica, también, la construcción de programas con sistemas modulares e interactivos, que permitan alcanzar a amplias audiencias en programas de capacitación de

profesionales. Asimismo, puede ser aprovechada en programas mixtos en la misma formación de los estudiantes.

La Escuela de Salud Pública puede tener un importantísimo papel y liderazgo en este campo, tanto hacia dentro —respecto de sus propios recursos docentes y su oferta educativa de pre y posgrado— como hacia afuera, en el fortalecimiento de instituciones y programas de educación en salud pública locales y del resto del país. Asimismo, se espera que la Escuela de Salud Pública pueda mantener un intercambio productivo con las distintas de instituciones académicas de América Latina que desarrollan estos roles y experiencias, varias de las cuales se mencionan en este documento.

En función de estos fundamentos se propone la construcción progresiva de un Núcleo de Educación Permanente en Salud Pública, que apoye de forma integral las distintas acciones de formación inicial y de desarrollo de recursos humanos de la Escuela de Salud Pública, dentro de los actuales paradigmas educativos y de los recursos tecnológicos hoy disponibles.

2. Objetivos específicos y etapas de organización del Núcleo de Educación Permanente en Salud Pública

El Núcleo de Educación Permanente en Salud Pública se propuso cubrir los siguientes **objetivos**:

- Brindar formación y apoyo permanente de los profesores a cargo de las distintas instancias curriculares de grado y posgrado en los nuevos paradigmas y estrategias educacionales, dentro del marco de análisis de los nuevos desafíos, demandas y competencias profesionales para la acción en salud pública;
- Brindar una oferta de formación de profesionales a cargo de programas de capacitación en el marco de las nuevas tendencias educativas y de los nuevos enfoques en salud pública;

Considerando el criterio de gradualidad y construcción progresiva articulada a las acciones de la Escuela de Salud Pública, el Núcleo de Educación Permanente en Salud Pública puede desarrollarse en fases temporales, en el siguiente orden:

- A. Fase Preparatoria: Seminario-Taller de Formación de Formadores, dirigido a Profesores de la Escuela de Salud Pública;

B.Fase de Desarrollo: Ofertas de Especialización en Educación Permanente y Capacitación de Recursos Humanos en Salud Pública, a través de Cursos de Posgrado abiertos, presenciales y a distancia;

C.Fase de Consolidación: Constitución del Núcleo Permanente de Educación en Salud Pública.

Este orden temporal obedece, por un lado, a la necesidad de trabajar en primer término con los docentes, renovando contenidos y metodologías de formación. Pero también obedece a la necesidad de preparar el terreno y los recursos críticos institucionales que puedan tener una participación y liderazgo en las ofertas de Especialización y en los Programas de Educación a Distancia, tanto como tutores, como miembros del equipo de diseño y, finalmente como gestores activos del Núcleo de Educación Permanente en Salud Pública.

De todas formas, cabe destacar que las fases no son pensadas en forma lineal o rígida, facilitándose el desarrollo paralelo y ramificado, pero siempre en vías de consolidación de las producciones y de apropiación del Núcleo por parte de la Escuela de Salud Pública.

2.1. Seminario-Taller de Formación de Formadores (Año Académico 2002)

Los profesores, permanentes e invitados, son actores relevantes de los procesos educativos e institucionales. Ellos requieren de una formación y apoyo específico que avance en la profesionalización de su rol de formadores. Existen importantes estudios que indican que los profesores enseñan apelando a las formas académicas por las que ellos mismos fueron formados, reproduciéndose las formas clásicas a lo largo del tiempo y las generaciones. Si bien es indispensable el conocimiento especializado de los profesores, se ha podido reconocer que para enseñar no basta con conocer la disciplina, y menos aún para la formación en competencias profesionales complejas.

Se hace, entonces, necesaria una revisión crítica de estas prácticas docentes y de sus supuestos sobre el aprendizaje profesional, la formación en los nuevos enfoques y estrategias educativas, así como el asesoramiento permanente al desarrollo de los distintos grupos.

Un primer momento, implicó la realización de un Seminario-Taller de Formación de Formadores, dirigido a los Profesores de la Escuela, cuya pro-

gramación se presenta en el **Anexo I** de este documento, y que se extendió en el curso del año 2002, con una organización en tres Módulos y con un total de 39 (treinta y nueve) horas, con el cronograma expuesto en el **Anexo II**.

2.2. Oferta de Especialización en Educación Permanente de Recursos Humanos en Salud Pública (Año Académico 2003)

Existe una sustantiva demanda no satisfecha de formación sistemática a otros actores externos al cuerpo docente de la Escuela para su desempeño como facilitadores, coordinadores y responsables de capacitación y desarrollo de RRHH de salud, sea en la estructura permanente de instituciones y servicios, como en proyectos de capacitación y de educación comunitaria.

En los últimos años se han incrementado notablemente las acciones de capacitación, particularmente vinculadas con los programas de reforma del sector salud y de acciones focalizadas para la atención de población vulnerable. Suelen participar de ellos una amplia variedad de actores, de destinatarios o participantes, incluyendo, en algunos casos, a las universidades. Sin embargo, existe una importante vacancia en el país de ofertas sistemáticas de formación para la gestión y desarrollo de la capacitación en servicio, lo que muchas veces ha implicado el dispendio de recursos financieros y el bajo logro en los resultados.

La Escuela de Salud Pública sería el ámbito institucional apropiado para la realización de Seminarios de Posgrado para profesionales del campo de salud sobre Educación y Desarrollo Permanente de RRHH en Salud, de oferta abierta a la comunidad. El financiamiento de esta oferta puede verse muy facilitado, desde que los posgrados se autofinancian a través de aranceles específicos.

Al mismo tiempo, es posible prever que varias de estas ofertas pudiesen ser organizadas en programas de Educación a Distancia o en sistemas mixtos con presencialidad y trabajo independiente con apoyo en las tecnologías.

2.3. Consolidación del Núcleo de Educación Permanente en Salud Pública (Año Académico 2004)

A medida que se avance en las acciones, es conveniente consolidar un Núcleo de Educación Permanente en Salud Pública. Para viabilizar esta iniciativa se

requiere la conformación de un equipo básico que incluya a un grupo de profesores de la Escuela de Salud Pública, un pedagogo y un tecnólogo educativo. Este Núcleo, articulado con las políticas de la Escuela, sería el encargado de dar soporte a estas acciones:

- Brindar asesoramiento, apoyo y seguimiento continuo a los proyectos docentes;
- Coordinar las ofertas de Especialización;
- Coordinar la producción de programas de Educación a Distancia.

Componente 2: Organización de un Área/ Laboratorio de Educación a Distancia en Salud Pública (Año Académico 2002/3)

Los desarrollos de la educación a distancia permitirían que la Escuela de Salud Pública contase con programas de especialización y desarrollo de instituciones y programas en el campo de la salud pública en distintas regiones del país, en forma independiente o articulada con organismos académicos y de gestión del sistema de salud.

La Escuela de Salud Pública puede tener un papel de liderazgo en la difusión del conocimiento a través de bibliotecas virtuales así como por brindar asesoramiento y apoyo el desarrollo de políticas y programas de salud pública de asociaciones profesionales o de los servicios de salud, a través del programas de educación a distancia.

Asimismo, la falta de especialistas y docentes en áreas críticas podría superarse con el apoyo de recursos, como módulos, bibliografía, audiovisuales, teleconferencias, listas de interés, programas informáticos, hipertextos, etc., propios de los procesos de Educación a Distancia. Ellos podrían desarrollarse en forma engarzada y articulada con los procesos de reflexión en la acción en contextos reales. Los programas de este tipo dinamizan la circulación del conocimiento y el debate, acercándolos a distintos puntos del país.

Es conveniente que el funcionamiento de este componente contribuya a establecer un sistema de intercambio con centros institucionales y programas de educación a distancia de otros países. La generación del Núcleo de Educación Permanente en Salud Pública constituiría un aporte profesional y especializado en estas acciones. **(Anexo III)**

Objetivos específicos

- Desarrollar un centro de difusión y producción de programas educativos en Salud Pública, con base en tecnologías de educación a distancia;
- Favorecer el desarrollo de “Bibliotecas Virtuales en Salud Pública”.

La concreción de estos programas supone:

- la identificación de necesidades: programas prioritarios, necesidades no satisfechas, la selección de contenidos, la identificación de actores institucionales para proyectos conjuntos, el reconocimiento de recursos disponibles y requeridos, la formulación de acuerdos de cooperación y convenios;
- el diseño: en forma modular, de problemas, de estudio de casos, formas mixtas, diseño de actividades, ramificaciones y articulaciones;
- la producción: por el desarrollo de cada uno de los materiales y la programación
- el diseño de la evaluación de los aprendizajes de los participantes, la preparación de los tutores, el sistema de interacción, las formas de certificación y la evaluación del propio programa.
- Distribución y gestión del proceso de desarrollo del programa, articulación con otras iniciativas y proyectos.

Fases de Implementación y Recursos

En forma gradual y paralela al desarrollo del Seminario-Taller de Formación de Formadores se desarrollaron acciones de Educación a Distancia, que implica en la organización de un laboratorio y de grupos específicos de trabajo, con profesores de la Escuela y otros actores participantes, a través de convenios o proyectos conjuntos de trabajo. Posteriormente, este laboratorio y estos grupos funcionarán albergados e integrados por el Núcleo de Educación Permanente en Salud Pública.

Los profesores de la Escuela de Salud Pública serán miembros activos de los procesos de producción, tanto en la identificación de necesidades como en la selección de los contenidos y en los procesos de tutoría. Pero para la organización del laboratorio se prevé la necesidad de contar con tres perfiles profesionales: un tecnólogo educativo, un programador y un diseñador gráfico/ visual.

En un primer momento, se pudieron aprovechar y adaptar programas ya elaborados. En un segundo momento, se pueden generar programas propios de Educación a Distancia para el desarrollo permanente de los especialistas e instituciones de salud pública nacionales y establecer un sistema de intercambio con centros institucionales de otros países.

Para el desarrollo del laboratorio, se estimó conveniente el trabajo a través de proyectos conjuntos con distintos actores políticos e institucionales, de modo de enriquecer las producciones, aprovechar capacidades tecnológicas instaladas y facilitar el financiamiento de las iniciativas.

Resultados

Seminario-Taller de Formación de Formadores

1. De la organización, contenidos y metodología del Curso

El Curso de Formación de Formadores inició sus actividades en la Sede de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires en el día dos de mayo de 2002, la participación de profesores de grado y posgrado de dicha Escuela.

Durante el período de 2 de mayo a 30 de julio, se desarrollaron en forma completa los primeros dos Módulos, con los siguientes contenidos centrales:

- a) **Nuevos requerimientos para el ejercicio profesional:** nuevas demandas de la formación de profesionales, nuevos enfoques en Salud Pública, desafíos de las Escuelas de Salud Pública, nuevas competencias a formar y desafíos pedagógicos.
- b) **Conocimiento, Contextos y Escenarios de Aprendizaje en salud:** nuevos paradigmas educacionales, enseñanza centrada en el estudiante, aprendizaje y niveles de aprendizaje, contextos y escenarios de problemas.

El **primer Módulo** tuvo como objetivo el fortalecimiento conceptual, la reflexión y la actualización sobre los nuevos paradigmas y enfoques de la Salud Pública, así como de sus funciones esenciales. Se analizaron particularmente los problemas en la formación de competencias profesionales que re-

quiere el contexto actual, así como el papel de la Escuela de Salud Pública de la UBA en los nuevos escenarios.

La metodología utilizada fue la de Seminario, caracterizada por el análisis y debate de los temas alrededor de la presentación y discusión de la bibliografía. Los participantes, organizados en pequeños grupos, fueron responsables por la presentación de aportes de diversos textos seleccionados, con posterior discusión por parte del resto de los participantes, con la coordinación directa de la consultora informante.

Durante este desarrollo, se ha contado con la participación docente del Dr. Jorge Lemus, a cargo de una exposición sobre los nuevos paradigmas y funciones esenciales de la Salud Pública, y con la presencia del Dr. Charles Godue, del Programa Regional de OPS. La evaluación de estas intervenciones ha sido muy positiva.

El **segundo Módulo**, se centró en la problemática pedagógica, sus nuevos paradigmas, enfoques y estrategias educacionales. Su direccionalidad apuntó a provocar una toma de posición sobre los enfoques pedagógicos en la formación y desarrollo de los recursos humanos de salud pública. Cuestiones como la interdisciplina y currículo, los enfoques cognitivos y constructivistas, la educación centrada en el estudiante y los procesos de aprendizajes fueron abordadas durante las reuniones.

La metodología predominante fue de Seminario-Taller, en cuyo marco fueron desarrolladas exposiciones de la docente a cargo, discusión bibliográfica y análisis de casos. Asimismo, los participantes fueron introducidos en la búsqueda de materiales a través de internet y se desarrollaron intercambios entre los miembros a través de correo electrónico. Uno de los participantes —el Prof. Oscar Prado— brindó un importante apoyo para la organización de listas de interés e intercambio electrónico.

Las actividades se desarrollaron en encuentros presenciales semanales de 2 horas de trabajo colectivo coordinado por la docente a cargo y 2 horas de trabajo independiente, individual y en pequeños grupos, para el trabajo sobre la bibliografía y la preparación de informes.

Para ello, se han distribuido diversas producciones **bibliográficas** previstas en el programa, incluyendo libros donados por la Oficina Panamericana de Salud, como significativo aporte al trabajo, materiales impresos entregados la docente coordinadora del Curso y otros difundidos por vía electrónica.

2. De los participantes

La matrícula de participantes es de **treinta y siete (37) profesores**, manteniéndose estable desde el inicio y con muy buena asistencia y participación en los encuentros, que en promedio ronda los treinta (30) asistentes en cada reunión. Si bien el control de asistencia está a cargo de personal de la Escuela, se estima que a la fecha sólo habría dos casos de participantes que no han podido continuar con las actividades.

El grupo es **multidisciplinario**, incluyendo médicos sanitaristas y epidemiólogos, sociólogos, antropólogos, psicólogos y de ciencias de la información. Este espectro enriquece las discusiones y permite perspectivas ampliadas. Se han acercado, en función de ello, bibliografías ampliatorias ligadas a intereses de los participantes.

Puede apreciarse un significativo interés en los participantes por las temáticas, problemáticas y desarrollo del Seminario-Taller así como una interesante capacidad de análisis y buena formación profesional y académica. También puede observarse un importante compromiso por el desarrollo de sus funciones docentes y profesionales en pos del cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública, de la mejora de los servicios y de las condiciones de salud de la población.

3. De la Evaluación y Acreditación de los Módulos I y II.

La participación de los participantes ha sido muy dinámica y satisfactoria, tanto en el debate de contenidos e ideas como en diversas actividades de Taller para el análisis de problemas y su aprovechamiento pedagógico. Asimismo, cada uno de los Módulos culminó con un trabajo de integración, bajo la forma de informes monográficos y/ o posters presentando el análisis desarrollado respectivamente, así como contribuciones personales reflexivas y propositivas de los participantes.

El primer Módulo concluyó con la presentación, por parte de los participantes, de un **trabajo monográfico** basado en las clases y en la bibliografía, acerca de los Nuevos Desafíos de la Educación en Salud Pública y las Competencias Profesionales para los Nuevos Escenarios. Fueron presentados diversos trabajos, algunos individuales y la mayoría en grupos pequeños, con reflexivos aportes al debate desarrollado. Dos grupos presentaron, además,

posters analítico-reflexivos sobre los temas-problemas abordados, en los que pudo apreciarse, además, una modalidad muy creativa de comunicación. Los posters fueron debatidos con el resto de los participantes.

El primer trabajo de integración (Módulo I) abordó el siguiente tema: *“Educación en Salud Pública: desafíos en la formación de profesionales”*.

El segundo trabajo de integración (Módulo II) versó sobre el siguiente tema: *“Conocimiento, escenarios y contextos de práctica en la formación en salud pública: definiendo un enfoque pedagógico”*.

Para la evaluación de los trabajos se adoptó la siguiente **escala de calificación**:

A: Muy bueno

B: Satisfactorio

C: Aprobado, con recomendaciones de revisión

La evaluación de los trabajos presentados muestra buenos resultados, tal como se muestra a continuación. Asimismo, se destaca que la totalidad de los participantes completaron la acreditación del primer Módulo y nueve del segundo.

Participantes	Acreditación Módulo I	Acreditación Módulo II
37 Docentes	24 A 13 B	9 A

4. De la Evaluación y Acreditación del Tercer Módulo

Durante el período de Agosto y hasta el 11 de septiembre se desarrolló este módulo, con los siguientes contenidos:

La construcción de estrategias de enseñanza y aprendizaje en múltiples escenarios: problematización, aprendizaje basado en problemas, estudio de casos, estrategias y dispositivos pedagógicos, evaluación y redes de aprendizaje.

Con este tercer módulo se completó el proceso de formación, dirigido al desarrollo de capacidades de dispositivos y estrategias de enseñanza y aprendizaje. Asimismo, se introdujeron actividades para la utilización de nuevas tecnologías educacionales para el desarrollo de la Educación Permanente en Salud Pública.

Como producción específica de este Módulo, que es integración de todo el Curso, los participantes elaboraron un proyecto de enseñanza fundamentado en los nuevos enfoques de Salud Pública y en los nuevos paradigmas

educacionales, apoyado en estrategias y dispositivos de formación de pregrado y posgrado, con base en el estudiante, en el aprendizaje basado en problemas y problematización, con el aprovechamiento de las tecnologías de la información y la educación a distancia.

Las actividades se desarrollaron en encuentros presenciales semanales con metodología de taller, para el diseño de programas de enseñanza y aprendizaje centrados en el estudiante. Asimismo la actividad requirió de un intenso trabajo independiente, individual y en pequeños grupos, para el desarrollo de los dispositivos pedagógicos.

Pudo apreciarse un significativo interés y compromiso por parte de los participantes en el desarrollo de las actividades, así como en la preparación de sus trabajos, los que representaron el producto final del Seminario-Taller.

También debe destacarse que, durante el desarrollo de estos trabajos, los profesores participantes organizaron una página Web para la publicación de la bibliografía digitalizada, de los trabajos de los mismos participantes y para el intercambio entre los miembros a través de correo electrónico.

La iniciativa mencionada ha servido de base para la continuidad de actividades del grupo en la Escuela, organizándose Ateneos específicos y Actividades extramurales en la Región del Noreste y en el Municipio de La Matanza, como se explicita en el Anexo correspondiente.

5. De la evaluación del Curso por parte de los participantes

Los participantes han expresado gran interés en la conceptualización e implementación pedagógica de la enseñanza en Salud Pública, en el marco de los nuevos paradigmas educacionales. En un cuestionario evaluativo del trabajo desarrollado, presentado en forma anónima, los participantes expresaron (se transcriben algunos comentarios):

“Considero altamente positivo el curso, tanto en la dinámica de trabajo en el aula, como la bibliografía que brinda. Implica para mi un aprendizaje de cuestiones conceptuales sobre modelos pedagógicas y también herramientas concretas para pensar mi práctica docente”

“Ampliación de la mirada de qué es Salud Pública”

“Clases amenas e interesantes, que facilitan la interiorización de ideas”

“Interesante el carácter interdisciplinario que permite enriquecer las propias experiencias”

- “Elocuencia de la riqueza de la construcción del conocimiento en la clase”*
- “La sistematización se puede hacer sobre más temas de los que imagina el docente”*
- “Riqueza de trabajo grupal”*
- “Sistematización de ideas sueltas previas sobre la pedagogía”*
- “Participación activa de los alumnos en la dinámica grupal”*
- “Se valoriza el respeto por las distintas opiniones”*
- “Temas importantes para nuestra formación que muchas veces descuidamos por la vorágine de nuestra profesión”*
- “Si bien realizamos cinco años de carrera docente es útil el nuevo escenario. Técnicamente muy útil”*
- “Me ayudó mucho a pensar y fue muy superior a lo que sabía empíricamente”*
- “Me ayudó a preparar mi reciente concurso”*
- “Muy enriquecedora la discusión”*
- “Considero que debe ser aplicada esa metodología en la formación de pre-grado. Para ello debe concientizarse a todos los docentes”*
- “De gran utilidad el enfoque y las ejemplificaciones, que hacen menos abstractos a los conceptos”*
- “Me brinda un enfoque distinto, de gran apertura. Me aporta estrategias nuevas”*
- “La aptitud y actitud del docente son positivas, estimuladoras y motivadoras”*

Entre las sugerencias de mejora, se manifestaron:

- “El material bibliográfico es muy rico, pero no está bien organizado el acceso al mismo”*
- “Se podría profundizar el intercambio de experiencias y niveles de formación de los docentes con los temas que se tratan”*

Como observaciones y sugerencias finales, se expresa que:

Al cierre de las acciones, podría identificarse un grupo focal institucional, con mayor interés y disposición, así como competencias, para ir instalando un Núcleo de Educación Permanente en Salud Pública en la Escuela, encargado de dinamizar y operativizar el aprovechamiento institucional de programas de Educación a Distancia, disponibles en el Campus Virtual de OPS, así como futuras producciones de materiales propios

ANEXO I

Seminario-Taller de Formación de Formadores en Salud Pública

Propósitos y Encuadre

El Seminario-Taller buscó, en primer término, ampliar el análisis y la reflexión sobre la educación en salud pública, los nuevos desafíos y requerimientos que la formación y desarrollo de recursos humanos plantean a las Escuelas de Salud Pública. De este modo, se espera generar un ámbito de análisis en torno al currículum, los contenidos y la práctica docente realizada en múltiples escenarios de enseñanza y aprendizaje en el campo de la Salud Pública.

Se propuso partir de las experiencias y concepciones de los participantes, favorecer el intercambio y alimentar el debate con producciones teóricas. Para ello, se pretendió estimular discusiones sobre las prácticas vividas y propiciar el reconocimiento, análisis crítico y sistematización de los conceptos involucrados.

En segundo término, pero no menos relevante, el Seminario-Taller apunta al desarrollo de capacidades para el diseño, desarrollo y evaluación de las acciones docentes, así como en competencias operativas para la implementación de diversas estrategias de enseñanza. Para ello, se estimula la producción de concreta de programaciones de trabajo relativas a las unidades docentes en las que participen.

El desarrollo prevé tres momentos, alrededor de los siguientes ejes temáticos y organizados en Módulos:

- a) Nuevos requerimientos para el ejercicio profesional
- b) Conocimiento, Contextos y Escenarios de Aprendizaje en salud
- c) Construcción de estrategias de enseñanza y aprendizaje en múltiples escenarios

Cada Módulo es acompañado por bibliografía que permita nutrir las reflexiones y debates así como la conceptualización de los problemas en análisis. Otra bibliografía adicional pudo ser incluida, según el interés de los participantes y la dinámica de las discusiones.

Cada uno de los Módulos prevé una carga horaria presencial de **4 sesiones presenciales de 4 horas (total = 16 horas por Módulo)**. Las sesiones

de trabajo previstas incluyen presentaciones de los problemas abordados, análisis de casos y situaciones y discusión conjunta y en pequeños grupos.

Desde lo metodológico, no sólo se apuntó a una participación activa de los participantes en las sesiones presenciales sino a la producción de trabajos individuales o en pequeños grupos, significativos para el desempeño de su tarea de formadores en la Escuela de Salud Pública. En este sentido, los participantes desarrollaron producciones de síntesis de cada Módulo, tomando como eje problemáticas seleccionadas por ellos mismos. Las mismas se concretaron bajo la forma de breves ensayos o de proyectos/ diseños de enseñanza, relativos a las unidades docentes en las que se desempeñen.

Considerando la importancia del análisis bibliográfico y de la producción de trabajos por parte de los participantes, se previó un período de dos semanas entre los Módulos para el estudio y la producción de trabajos independientes. Se incluyó una **sesión extraordinaria de síntesis** para intercambio de las producciones del grupo, a la manera de plenario o foro de discusión.

Programación

Módulo I. Nuevos desafíos para la educación en Salud Pública y requerimientos para el Currículo

Objetivo

Al completar el Módulo, los participantes debieron elaborar un ensayo en el que analicen algunos de los problemas del currículo en la formación en Salud Pública, considerando las transformaciones en el conocimiento, en las prácticas profesionales y en el contexto socio-sanitario o institucional.

Contenidos

1. Nuevas demandas para la enseñanza universitaria y la educación en salud pública. La formación general, la especialización y la integración del conocimiento. Enseñanza académica y la formación profesional para el contexto de la acción. Problemas del currículo de educación en salud pública.

2. Relación teoría-práctica. Conocimiento científico, conocimiento enseñado y conocimiento cotidiano. Currículum integrado: desafíos para la práctica docente. Barreras disciplinarias y problemas de las prácticas en salud. Aprendizaje intramuros y extramuros. Las prácticas y la resignificación de contenidos en el aula. Ejes de integración de las prácticas curriculares.

Bibliografía indicada

- Gomez Campos, V., Tenti Fanfani, E., *Universidad y profesiones*, Miño y Dávila, Buenos Aires, 1989, Primera parte.
- OPS/OMS, *Desafíos para la Educación en Salud Pública, La Reforma Sectorial y las Funciones Esenciales de Salud Pública*, Washington, 2000.
- OPS/OMS, *La Educación en Salud Pública, Nuevas Perspectivas para las Américas*, Washington, 2001.
- Del Riego Abreu, A., Borrell Bentz, R.M., “Avances en el fortalecimiento de la Enseñanza de la Salud Pública en la República Dominicana: la concreción de un proyecto colectivo”, en: *Rev. Educación Médica y Salud*, Vol 26, N° 1, 1992.
- Bourdieu, P., Gros, “Principios para una reflexión sobre los contenidos de enseñanza, en *Revista Educación*, N° 292, 1990.
- Schon, D., *La formación de profesionales reflexivos*, Paidós, Barcelona, 1992, Caps. 1 y 2.
- Venturelli, J., (1997) *Educación Médica: Nuevos enfoques, metas y métodos*, Serie Paltex Salud y Sociedad 2000, N°5, Washington: OPS, Caps. 1,2, y 3.
- Gimeno Sacristán, J., (1991) *El currículum: una reflexión sobre la práctica*, Madrid: Ediciones Morata.
- Yves, L., Sauvé, L., (1998) “Interdisciplina escolar y formación interdisciplinaria para la enseñanza”, *Revue Française de Pédagogie*, N° 125, oct/ déc, 1998, traducción mimeo, Rodrigo, M. J. y Arnay J. (comps.), (1997). La construcción del conocimiento escolar, Barcelona, Paidós, Capítulo 3.
- AAVV., *Aportes para un cambio curricular en Argentina 2001*, (2001) UBA/Facultad de Medicina-OPS/OMS, Buenos Aires.

Módulo II - Enseñanza, Contextos y Escenarios de Aprendizaje en Salud Pública

Objetivo

Como síntesis e integración del Módulo, los participantes analizaron al menos un caso-problema concreto de enseñanza en Salud Pública, considerando los enfoques de enseñanza y aprendizaje en escenarios particulares y elaborarán las críticas o aportes pertinentes para el mejoramiento de la formación de profesionales.

Contenidos

1. Enfoques de enseñanza. La enseñanza centrada en el profesor y centrada en el alumno. Motivación, interés y la cuestión de los valores. La investigación operativa como base de la enseñanza. Las fuentes de información, los mensajes, la organización del contenido, la transferencia y la metacognición.
2. ¿Qué entendemos por Aprendizaje?. Aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje. El adulto como sujeto de aprendizaje. Aprendizaje de habilidades y aprendizaje de competencias complejas. Niveles de aprendizaje y reflexión. Aprendizaje en equipos. Aprendizaje organizacional.
3. Contextos y escenarios de aprendizaje en salud pública. Problemas estructurados, poco estructurados e desestructurados en las prácticas de salud pública.

Bibliografía indicada

- Fenstermacher, G., Soltis, J., *Enfoques de enseñanza*, Amorrortu, Buenos Aires, 1999. Selección de textos.
- Fenstermacher, G. "Tres aspectos de la filosofía de la investigación sobre la enseñanza", en: Wittrock, M. (comp). *La investigación de la enseñanza. Enfoques, teorías y métodos I*, Paidós, México, 1989.
- Coll, C., (1990) *Aprendizaje escolar y construcción del conocimiento*. Paidós, Buenos Aires, 1990. Cap. 9.

Venturelli, J. (1997) *Op. Cit.*, Caps. 4, 5 y 7.

Davini, M.C. (1994) “Prácticas laborales en los servicios de salud: las condiciones del aprendizaje”, en: Haddad, J. Davini, M.C. y Roschke, M.A., *Educación permanente de personal de Salud*, OPS/OMS, Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 100, Washington.

— (2001) *Enfoques, problemas y perspectivas en la capacitación y el desarrollo permanente de los recursos humanos de salud*, OPS/OMS, Mimeo (En prensa).

Róvere, M., (1993) *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*, OPS/OMS, Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 96, Washington. Cap. 4.

Gonczy, A. (1997) “Problemas asociados con la implementación de la educación basada en la competencia: lo atomístico y lo holístico”. en: *Educación basada en competencia laboral*, OIT/CINTERFOR, Montevideo.

Módulo III. Construcción de estrategias de enseñanza y aprendizaje en múltiples escenarios

Objetivo

Al completar el Módulo, los participantes diseñaron un dispositivo pedagógico para la enseñanza de la Salud Pública integrando distintas estrategias en un contexto socio-institucional-sanitario particular, incluyendo criterios o procedimientos de evaluación formativa de los desempeños estudiantiles.

Contenidos

1. Prácticas docentes e prácticas sanitarias en múltiples escenarios: puentes metodológicos. Problematización, solución de problemas y aprendizaje basado en problemas (ABP). Casuística, simulaciones y trabajos de campo. Estudio independiente y los soportes de información. Trabajo individual y en equipos. La enseñanza por competencias profesionales. Estrategias y diseño de la enseñanza. Construcción de dispositivos.
2. El problema de la evaluación. Evaluación formativa y sumativa. Medición, evaluación y acreditación.
3. La perspectiva de educación permanente en salud. Educación inicial o de posgrado, de posgrado y capacitación en servicio. Educación conti-

- nua y Educación Permanente. Bases del debate. Experiencias latinoamericanas. Educación y Comunicación social en salud pública.
4. El papel de las tecnologías educativas. Educación a distancia y pedagogía. Redes de aprendizaje. El papel de las universidades.

Bibliografía indicada

- Barrell, J., *El aprendizaje basado en problemas. Un enfoque investigativo*, Manantial, Buenos Aires, 1999, Selección de textos.
- Venturelli, J., *Educación Médica. Nuevos enfoques, metas y métodos*, OPS/OMS, 1997,. Caps. 6 y 7
- Tesoro, J., *Pautas para la utilización y elaboración de casos de estudio para actividades de formación en gerencia pública*, Red Iberoamericana de Instituciones de Formación e Investigación en Gerencia Pública, Caracas, 1992.
- Davini, M.C., *La formación docente en cuestión: política y pedagogía*. Paidós, Buenos Aires, 1995. Cap. 5.
- Diaz Barriga, A., *Docente y Programa*, Aique/Rei, Buenos Aires, 1994. Cap. 4.
- Camilloni, A.W., (1997) “Sistemas de calificación y regímenes de promoción”, en: Autores Varios, *La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo*, Paidós, Buenos Aires.
- Borrell Bentz, R.M., (2001) “Apreciaciones sobre las residencias médicas en Argentina”, en: AAVV, *Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001*, OPS/OMS, Buenos Aires.
- Haddad, J., Davini, M.C., Roschke, M.A. (edit), (1994), *Educación Permanente de Personal de Salud*, Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 100, Washington, OPS/OMS.
- Fly jones, B. y otros (1997) *Estrategias para enseñar a aprender*, Aique, Buenos Aires, Caps. 1, 2 y 3.
- Mena, M. (coord.) (1998) *Presente y Futuro de la Educación a Distancia en América Latina y el Caribe*, FCE/UBA, ICDE.
- Souza, A., “Las nuevas tecnologías de la Información y de la Comunicación: alianzas urgentes para la Educación en Salud Pública”, en: OPS/OMS (2001), *La Educación en Salud Pública, Op. Cit.*

Anexo II

*Agenda y Cronograma**Módulo 1 y parcial de Módulo 2: modalidad seminario*

Fecha	Temática principal	Coordinación
2/5	Nuevas demandas de la formación profesional. Especialización e integración del conocimiento.	M.C. Davini
8/5	Currículum. Nuevos paradigmas educativos	M.C. Davini
15/5	Nuevos enfoques en salud pública y el papel de las Escuelas	Jorge Lemus
29/5	Presentación de ejes del debate. Grupal	Jorge Lemus y M.C. Davini
6/6	Desafíos de formación en salud pública	Charles Godue/ OPS

Semana del 20/5: Libre para elaboración individual/ grupal de temáticas, a debatirse el 29/5

Módulo 2: modalidad seminario/ taller

Fecha	Temática principal	Coordinación
13/6	Enseñanza centrada en el profesor y centrada en el alumno	M.C. Davini y R. Ma. Borrell
20/6	Aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje. Niveles de aprendizaje	M.C. Davini
27/6	Contextos y escenarios de aprendizaje. Tipos de problemas en escenarios.	M.C. Davini y Jorge Lemus
11/7	Ejes y síntesis del debate. Educación continua y permanente.	M.C. Davini y Jorge Lemus

Semana del 1º de julio, libre para producción de trabajos y ejercicios individuales/ grupales.

Módulo 3: modalidad taller

Fecha	Temática principal	Coordinación
1/8	Problematización, solución de problemas y ABP. Estudio de casos	M.C. Davini y R.M. Borrell
8/8	Estrategias y dispositivos de formación	M.C. Davini
15/8	Redes de aprendizaje. Tecnologías	M.C. Davini
22/8	Evaluación del aprendizaje.	M.C. Davini
5/9	Trabajo en taller. Síntesis	M.C. Davini, J. Lemus y R.M. Borrell

Semana del 26 de agosto, libre para producción de trabajos y ejercicios individuales/ grupales

Anexo III

Actividades a Distancia de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires

- Ateneo Digital de Salud Pública
- Formación de Formadores

Antecedentes

El Departamento y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires desarrolla actividades para la incorporación a sus prácticas académicas y educativas de las tecnologías de información y comunicaciones, TIC, con el propósito de fortalecer y modernizar dichas prácticas.

La utilización de las TIC en el proceso de enseñanza de la Salud Pública es ya una actividad incipiente, la utilización de correo electrónico y la consulta de páginas WEB de estructura funcional simple, son elementos que ya son parte de las actividades académicas, fenómenos diacrónicos de informatización de prácticas educativas que incorporan y articulan componentes.

La visión general contempla procesos paulatinos para la incorporación de elementos y prácticas en los sentidos que se enuncian a continuación.

- Revisión de dominios de conocimientos
 - Pedagógicos en Salud Pública y Medicina
 - Contenidos curriculares
 - Desarrollo de Objetos Educativos
- Rol institucional respecto de habilidades y conocimientos
 - Acreditación
 - Registro
 - Identificación
- Incorporación Tecnológica
 - Combinación
 - Presencial
 - A distancia
 - Sincrónica
 - Asincrónica
 - Desarrollo de contenidos: objetos educativos
 - Expositivos
 - Interactivos
 - Cuestionarios
 - Simulaciones
 - Herramientas de soporte
 - Plataformas operativas (estaciones de trabajo, redes, servidores)
 - Publicación de contenidos
 - Administración pedagógica
 - Registros académicos
 - Articulación e integración operativo-funcional.

La continuidad con estas actividades durante el año 2003, permitiría la construcción de objetos educativos de mayor valor pedagógico, a través de la orientación de esfuerzos en los mencionados dominios, mediante:

- La incorporación de métodos y guías pedagógicas para la tutoría y orientación

- Documentación de propósitos y contenidos específicos de enseñanza
- Mayores facilidades de las plataformas operativas para la integración docente

En este marco general, la Escuela desarrolla actividades específicas tendientes a la construcción de espacios virtuales y la actualización de sus prácticas educativas, con los demás estamentos de la Facultad, el conjunto de los docentes, y el apoyo de instituciones como la Organización Panamericana de la Salud. Entre estas actividades, cabe mencionar el Seminario-Taller de Formación de Formadores y el Ateneo Digital de Salud Pública.

Se describen a continuación las actividades virtuales desarrolladas durante el 2002 del Seminario-Taller de Formación de Formadores y las actividades presenciales y remotas del Ateneo Digital en Salud Pública.

Formación de Formadores

Entre las actividades desarrolladas se encuentra el Seminario-Taller de Formación de Formadores, conducido por la Dra. Cristina Davini y destinado a los docentes de la Escuela. En éste se desarrollaron actividades tendientes a reconocer el marco conceptual y las prácticas pedagógicas para la utilización de herramientas y métodos de educación a distancia y educación continua en la enseñanza en salud.

Se empleó la plataforma de WEB de Yahoo para proporcionar soporte de las actividades remotas del seminario-taller localizado. En éste sitio WEB se constituyó el 18 de julio de 2002 el grupo Formación de Formadores, con página inicial en <http://groups.yahoo.com/group/formaformadores/>, llegando a tener catorce miembros.

Allí se publicaron los documentos de trabajo empleados en el seminario-taller, disponibles en formato digital, y algunos de los documentos de trabajo elaborados por los grupos participantes.

También, se publicaron direcciones en Internet de instituciones educativas con ejemplos de prácticas educativas a distancia, empresas con herramientas e-learning y casos testigo; fotografías de las actividades presenciales de los participantes en el Seminario-Taller; y una encuesta de opinión.

Se constituyeron así actividades virtuales del Seminario-Taller, reflejadas por el grupo de los miembros inscriptos, entre los cuales se enviaron cincuenta mensajes electrónicos.

Ateneo Digital de Salud Pública

En continuidad con las actividades destinadas a la actualización y práctica del cuerpo docente, se desarrollaron durante el segundo semestre del año actividades del Ateneo Digital en Salud Pública para la utilización de las TIC en salud pública.

La apertura del Ateneo Digital en Salud Pública se hizo en una clase práctica, en línea con Internet, en la que se presentó una introducción al concepto de info-estructura, su situación y tendencia en el país en el contexto de una de las crisis social, política y económica más pronunciadas de su historia.

Se planteó entonces el desarrollo de actividades presenciales y remotas. En las instalaciones de la Escuela, los días miércoles se realizaron reuniones que permitieron realizar prácticas de conexión, búsqueda, enlace y publicación de archivos en la WEB. Así mismo, el espacio virtual constituido a partir del grupo en la página http://ar.groups.yahoo.com/group/Ateneo_Digital_de_Salud_Publica/, sirvió para mantener el vínculo entre los miembros de los docentes que participaron del Ateneo Digital en Salud Pública. Actualmente se cuenta con el primer Gabinete de Informática Aplicada en Salud Pública en la Argentina, lo que permite la docencia e investigación con una estructura optimizada.

El eje de análisis y discusión desarrollado en las reuniones se orientó a los contenidos curriculares de la enseñanza de la salud pública; se hicieron búsquedas de direcciones y documentos en Internet de instituciones educativas en salud pública y epidemiología, con ejemplos de prácticas educativas a distancia.

Estas actividades permitieron el establecimiento de enlaces y la publicación de documentos, los mismos que facilitan el reconocimiento de métodos y contenidos de enseñanza en diversas instituciones educativas de habla hispana e inglesa, principalmente de post grado.

También, se tuvo acceso y se establecieron enlaces con opiniones y estudios críticos sobre la enseñanza de salud pública y la epidemiología; el uso de las TIC en la enseñanza a distancia, el acceso a bancos de información y, los lenguajes estándares como Unified Medical Language System (UMLS).

Anexo IV

Curso de Salud Pública para los Equipos Locales Integrados Socio-sanitarios del Municipio de La Matanza

Objetivos Generales

- Analizar y comprender las políticas sanitarias de La Matanza con el fin de implementar de manera consiente, creativa y participativa la reforma del sector público de salud municipal.
- Conformar los equipos de salud locales con respeto y comprensión por los roles que a cada miembro le competen y entendiendo el valor de la visión holística de la salud
- Introducir como funciones propias de los servicios integrados socio-sanitarios las acciones de promoción de la salud, entendiendo el valor de la acción sobre los condicionantes positivos y negativos de la salud
- Entender la estrategia de municipio saludables y el concepto de determinantes del bienestar, así como el rol que en esto juegan los equipos locales integrados socio-sanitarios
- Conocer tanto la estructura y funcionamiento actual de la red de servicios así como los objetivos para su desarrollo y lograr la participación en su implementación.
- Conocer las herramientas básicas para la aplicación del método epidemiológico, la programación, monitoreo y supervisión de actividades y la dinámica de grupos.

Curso con modalidad presencial y a distancia, anual, para médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos, voluntarios de la comunidad y trabajadoras sociales.

TCC Paraguay/Argentina

Propuesta de trabajo articulado de las regiones sanitarias involucradas en la frontera paraguay/argentina, así como la posibilidad de convocatoria de otros sectores no gubernamentales. Como eje de intervención del proyecto se identificaron trabajadores de la salud que prestan servicios directos a estas poblaciones interfronterizas.

Se partió de la base que es necesario fortalecer los procesos locales y al mismo tiempo ir construyendo redes de trabajo que recuperen y registren el

aprendizaje de esta experiencia. Se realizaron talleres de diagnóstico de situación local y prioridades de capacitación a lo largo de la frontera en: Posadas-Encarnación, Alberdi-Formosa; Clorinda-Puerto Falcón/Asunción, Ciudad del Este-Puerto Iguazú; Corrientes-Chaco-Pilar.

El proceso de fortalecimiento docente se inició con un debate acerca de las funciones esenciales de salud pública, así como la identificación de necesidades de capacitación realizadas por los grupos de las regiones. Se construyó a partir de allí la propuesta de abordaje metodológico de la capacitación de tal manera que esta se defina de acuerdo a las posibilidades reales de los propios actores. Como principios básicos de este proceso de capacitación se tomaron los de Educación Permanente (problematización y actuación en el mismo proceso de trabajo). La Escuela de Salud Pública/Departamento de Salud Pública ha brindado su apoyo para diseñar, evaluar y documentar este proceso que comprende una experiencia inicial de abordaje de los procesos de capacitación, investigación e intervención de este programa sustantiva para la región.

3

CAPÍTULO

Enseñanza de la salud pública en la Universidad Nacional de Tucumán

DRA. ELSA M. MORENO

I. Introducción

En la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán viene implementándose desde 1989, conjuntamente con una reforma curricular en la carrera de Medicina, un fuerte apoyo a la enseñanza de la Salud Pública en el grado y en el posgrado.

Al mismo tiempo, desde fines de la década del 80 se ha estimulado en la Facultad una renovación de las metodologías docentes, siguiendo las numerosas recomendaciones que venían proponiéndose en reuniones de autoridades de salud, del ámbito académico y de servicios en América Latina, lideradas por la Organización Panamericana de la Salud.

Esta decisión de las autoridades de nuestra Facultad se ha traducido en un elevado número de actividades de capacitación docente a lo largo de los años y que se siguen ofreciendo para docentes de todas las carreras de la salud que se dictan en la institución, tanto de grado como de posgrado. Entre estas oportunidades de capacitación docente deben señalarse como las iniciativas más destacadas la creación de la Carrera de Especialización en Docencia Universitaria y la Maestría en Educación Médica.

Estos aires de cambio y de revisión metodológica han impactado en las diversas unidades docentes y la Cátedra de Salud Pública de la Carrera de Medicina no ha sido una excepción ya que, tanto en el grado como en el posgrado se comparten los aspectos conceptuales de la “Nueva Salud Pública” y como producto de revisiones periódicas, se han introducido innovaciones curriculares importantes. La mayor parte de estas modificaciones están basadas en las recomendaciones actuales con respecto a la educación médica moderna: centrada en el estudiante, integrada e integradora con módulos de aprendizaje, basada en problemas, con énfasis en los temas prioritarios, con una evaluación preferentemente formativa, desarrollo de la capacidad de análisis y evaluación crítica, trabajo en pequeños grupos y docentes facilitadores (Venturelli, 1997).

El presente trabajo tiene por objeto revisar los aspectos conceptuales y metodológicos de la enseñanza de la Salud Pública adoptados en la Cátedra de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Tucumán Argentina, que desde fines de la década de los años 80, tiene como responsabilidad la enseñanza de esta multidisciplina, tanto en el grado como en el posgrado. En el documento se aborda especialmente la descripción de la experiencia de desarrollo y dirección de la Maestría en Salud Pública que a la fecha ha trabajado con dos versiones con la modalidad “a término”, en los períodos 1998-2000 y 2001-2003, estando ésta última en curso aún.

II. Desafíos para la educación en salud pública

En las últimas décadas se han producido muchos cambios en la conceptualización y en el área de competencia de la salud pública, que han contribuido a ampliar sus responsabilidades y dejar atrás muchos prejuicios y malentendidos del pasado.

Una de las mejores descripciones del antiguo concepto de la Salud Pública se encuentra en una presentación del Honorable Sam R. Aymer, Ministro de Salud y Asuntos de Servicio Civil de Antigua y Barbuda en la II Conferencia sobre Educación en Salud Pública: *“No hace mucho tiempo la salud pública era tan mal comprendida que se la consideraba la Cenicienta de las diferentes formas de atención de la salud. Se le creía restringida a la prestación de servicios asistenciales mas básicos del sector público, predominantemente a las personas que no podían pagar la atención médica privada. A decir verdad, dentro de las profesiones sanitarias, a menudo se tenía la idea de que quienes entraban en el campo de la salud pública lo hacían principalmente porque no habían podido ingresar en otras disciplinas sanitarias”*.

Actualmente hay consenso de que:

- La salud pública tiene la responsabilidad de identificar las condiciones de salud de la población y de explicar sus determinantes, a fin de implementar propuestas de intervención más eficaces y eficientes con la necesaria movilización de sectores sociales y gubernamentales.
- No es sólo una disciplina sino una práctica, que incluye la organización de servicios para individuos y poblaciones, de manera que los

procesos de reforma del sector salud se convierten en el eje fundamental de su tarea.

- La práctica de la Salud Pública demanda perfiles de personal que con un adecuado marco conceptual dispongan de capacidades en el desarrollo de técnicas y destrezas provenientes de varias disciplinas, entre las cuales se destaca la importancia de la epidemiología, la estadística, la administración, la economía, la informática y las ciencias sociales.

Los cambios conceptuales y del campo de acción de la salud pública de las últimas décadas han sido generados por una serie de procesos políticos, económicos, culturales que han condicionado que, a pesar de observarse grandes progresos en muchos de los indicadores de salud, la situación sigue siendo considerada insatisfactoria en todos los países de América Latina y Argentina no es una excepción. Esta situación ha creado una serie de desafíos para la salud pública, algunos de los cuales se generan en el contexto, otros en los propios sistemas de salud y otros en los cambios del estado de salud de las poblaciones (OPS, 2002).

- Desafíos en el contexto:
Como parte del contexto deben mencionarse los procesos de mundialización o globalización, generadores de un nuevo orden internacional, de la liberalización de los mercados y de la adhesión a los principios y directrices del llamado Consenso de Washington, cuyas promesas de que esas medidas beneficiarían a todos, no fueron cumplidas. Después de dos décadas de reformas y ajustes en los países de América Latina, parecen estar en peor situación relativa ya que ha aumentado la pobreza y la exclusión social.
- Desafíos relativos a los sistemas de salud:
Las reformas de los sistemas de salud en últimas décadas, no han logrado satisfacer los ideales sobre los que hay consenso y que son los aspectos éticos de la salud pública: universalidad de acceso, eficacia, calidad, eficiencia con financiación solidaria, descentralización y participación social. Esta circunstancia plantea el desafío de la salud pública de generar nuevas formas de desempeño de los sistemas de salud y una adecuada definición de las funciones de los actores de todos los subsectores de salud: público estatal, público no estatal y privado, así como el fortale-

cimiento de la capacidad rectora del sector a través del adecuado cumplimiento de las *Funciones Esenciales de la Salud Pública, FESP*.

- Desafíos relacionados con el estado de salud:

Como consecuencia de los cambios en los determinantes de la salud en nuestro país siguen siendo importantes los problemas infecciosos y las enfermedades de la pobreza pero al mismo tiempo vienen aumentando las enfermedades crónico degenerativas y las derivadas de los estilos de vida, la violencia, las adicciones y las de la contaminación ambiental. Frente a los cambios epidemiológicos y demográficos, la salud pública tiene el desafío de aprovechar al máximo los avances de la ciencia y la tecnología y actuar eficazmente en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento de las enfermedades y sobre todo la promoción y la prevención de riesgos. El eje principal de la salud pública se orienta actualmente hacia la promoción de salud, que debe convertirse en el eje de la organización y gestión de la salud.

En resumen, los servicios de salud son sin duda, el campo de acción de los sanitaristas, quienes deben estar destinados a intervenir en las propuestas de las reformas de los sistemas de salud que buscan atender en especial, los siguientes problemas: falta de equidad en el acceso a servicios básicos de salud, inadecuada respuesta de los servicios a los cambios del perfil epidemiológico y el desarrollo tecnológico, insuficiente coordinación entre instituciones, sectores y subsectores del sistema, escasa e ineficiente asignación de recursos disponibles.

III. Los programas de salud pública en la UNT

Antecedentes

La enseñanza de la Salud Pública en la Facultad de Medicina está a cargo de la Cátedra desde 1989, acompañando el cambio curricular cuya característica más destacada es considerar al conocimiento como una herramienta para la solución de problemas, es decir valorando el saber científico en la medida que puede ser utilizado para transformar la realidad y solucionar problemas.

En el área de la salud pública, teniendo en cuenta los cambios conceptuales y los nuevos campos de acción de esta multidisciplina, se trabaja con

una definición y un marco conceptual únicos para la enseñanza de grado y posgrado, cambiando los contenidos en número y extensión, así como las metodologías a usar según los niveles de la enseñanza. Ver Anexo 1.

La definición utilizada en la Cátedra corresponde al enfoque planteado por Julio Frenk (1992), quien la define como un campo del conocimiento y ámbito de acción:

- Campo del conocimiento que, mediante la aplicación de las ciencias sociales y de la conducta, aborda el estudio del proceso salud-enfermedad en las poblaciones humanas, incluyendo el estudio de las condiciones de salud de los grupos poblacionales y la respuesta social a la solución de las necesidades de salud.
- El ámbito de acción corresponde al esfuerzo de organización de servicios integrales de salud, con base poblacional.

Enseñanza de grado en la Carrera de Medicina:

Desde el cambio curricular de 1989 la Salud Pública se estudia a lo largo de toda la formación del médico, es decir durante los siete años de la carrera, buscando integrar sus conocimientos con las diferentes materias básicas y clínicas de los cinco primeros años y los dos de práctica obligatoria supervisada. Con esta estrategia se procura completar la competencia profesional del médico, estimulando sus valores sociales y compromiso frente a las reales necesidades de la salud de la población.

Esta forma de enseñanza reemplazó a la llamada Medicina Preventiva que venía dictándose como una asignatura anual, en el último año de la carrera, cuando en la mayor de parte de los casos el alumno ya había decidido abordar alguna especialidad en su desempeño profesional, reconociéndose la necesidad de incorporar los aspectos de la medicina con enfoque poblacional, desde el comienzo de la carrera.

Ante las anteriores observaciones se precisó que era necesario avanzar hacia una concepción del aprendizaje de corte constructivista, con elaboración de estructuras cognitivas relevantes, útiles, que enfatizen el esfuerzo y la motivación del alumno durante el cursado, convirtiéndose este en un objetivo a alcanzar en el mediano plazo.

En 1998 la Cátedra se propuso, con ayuda del Gabinete de Educación Médica, una revisión profunda de cómo se venía dictando hasta entonces,

tanto de los contenidos como de las metodologías de enseñanza aprendizaje. La tarea se realizó en forma participativa, mediante talleres en noviembre y diciembre de 1998 y en marzo de 1999.

En los aspectos de **contenidos** se atendieron sobre todo dos objetivos. El primero era el reordenamiento de las áreas temáticas para estimular la coordinación con otras asignaturas del currículo. El segundo objetivo perseguía la introducción de nuevos contenidos cuya necesidad fue destacada por algunos docentes, tales como los aspectos éticos en el campo poblacional y programas por grupos poblacionales, éstos últimos porque favorecen la integración de contenidos de toda la materia. En el trabajo se incluyeron los programas de atención maternoinfantil, adolescentes, adultos, ancianos y trabajadores y se identificaron algunos ejes integradores, re-ordenadores de las áreas temáticas: Bioética, Salud Ambiental, Promoción de Salud, Atención Primaria de la Salud y Sistemas Locales de Salud.

En el análisis de las **metodologías** docentes se manifestaron los siguientes aspectos:

- Se usaban muy diversas formas de enseñanza aprendizaje ya que no se había discutido en grupos el cómo enseñar los diferentes temas, quedando librados a la decisión de cada uno de los docentes.
- Se admitió que en algunos casos seguían usándose metodologías poco participativas con exposiciones teóricas muchas veces preocupados más por dar muchos contenidos en el poco tiempo asignado, que asegurar la motivación y real aprendizaje de contenidos que podían calificarse como fundamentales.
- Los alumnos rendían examen a través de la resolución de problemas de Salud Pública y sin embargo dentro de las metodologías docentes pocas veces se incluía esta forma de abordar el aprendizaje.

Ante las anteriores observaciones se precisó que era necesario avanzar hacia una concepción del aprendizaje de corte constructivista en que enfatice el esfuerzo y la motivación del alumno durante el cursado, convirtiéndose éste en un objetivo a alcanzar en el mediano plazo. A partir de entonces se vienen recreando formas participativas de docencia y realizando talleres donde se discuten las metodologías usadas por los equipos docentes de cada año del cursado. También se ha incrementado el número de docentes que están cursando la Maestría de Educación Médica y la Carrera de Especialización en Docencia Universitaria.

Esta experiencia que tiene el valor de haber sido elaborada en forma participativa por todos los docentes, está documentada en una publicación “La enseñanza de la Salud Pública en el grado en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán” (Viñas y Mónaco 2001) En esta publicación se han graficado los ejes curriculares y los contenidos de la materia en cada uno de los años de la carrera. Ver Anexo 2.

Enseñanza de posgrado:

En 1986, desde la Cátedra de Salud Pública se ha iniciado la capacitación de posgrado con una Carrera de Especialización en Dirección de Sistemas de Salud, en la cual se han formado hasta el presente 50 profesionales de salud, algunos de los cuales actualmente cursan Maestrías y Doctorados.

A esta iniciativa se ha agregado desde 1999, la Maestría en Salud Pública de la que actualmente cursa la segunda cohorte con 56 alumnos en la primera y 26 en la segunda. Los alumnos inscriptos proceden de las siguientes áreas: medicina, enfermería, bioquímica, farmacia, ingeniería, sicología, odontología.

IV. Maestría en salud pública UNT

Los Objetivos

La carrera de la Maestría en Salud Pública de la UNT fue diseñada especialmente teniendo en cuenta las necesidades de personal capacitado en esta área para los requerimientos de la provincia de Tucumán y de las restantes del noroeste del país ya que nuestra universidad tiene ese ámbito de trabajo. Sin embargo sólo un número muy reducido de profesionales de esas otras provincias se han inscripto en la carrera, ya que, actualmente no es ésta la única oferta de capacitación regional en el área de salud pública pues en los últimos años se han multiplicado carreras y cursos de algunos de los aspectos incluidos en el concepto de salud pública, como está ocurriendo a nivel nacional y latinoamericano.

El principal objetivo de la Maestría es participar en la formación de los futuros líderes de la Nueva Salud Pública que sean modelos de compromiso y no buscadores de lucro y que tengan una visión amplia de las necesidades de salud de la población y sus determinantes, así como del funcionamiento actual del sistema de salud. A estos conocimientos deben sumarse las destrezas, procedentes de diversas disciplinas, necesarias para trabajar intersectorialmente y participar activamente en las reformas del sector salud destinadas a aumentar la equidad, eficacia, eficiencia y participación social.

La enseñanza de posgrado en Salud Pública en la UNT se desarrolla con algunas restricciones y algunos aspectos favorecedores. Entre las restricciones deben señalarse las siguientes:

- Todos los alumnos siguen con sus obligaciones profesionales habituales, desempeñándose en servicios de salud a niveles operativos o de conducción de los diferentes subsectores de salud o en áreas académicas universitarias, sumando a su actividad profesional, los requerimientos académicos. En la mayor parte de los casos consiguen licencia extraordinaria para asistir a las actividades presenciales obligatorias, dos veces al mes a donde no es infrecuente que se incorporen a la tarea en la mañana, después de una guardia hospitalaria.
- Actualmente los posgrados de nuestra Universidad, como en la mayoría de las restantes universidades estatales argentinas, son en todos los casos autofinanciados, de manera que los alumnos deben sufragar a través de cuotas mensuales los gastos de horas docentes, secretaría y materiales instruccionales, viajes, libros. Sólo excepcionalmente algunos de ellos disponen de becas de origen diverso las cuales se les conceden después de ser admitidos por la Universidad. Con fondos procedentes de los ingresos de la misma Maestría, cursan con medias becas los docentes de la institución y algunos que se desempeñan en cargos de conducción del Sistema Provincial de Salud. Este tipo de financiamiento, sumado a los escasos sueldos del personal profesional del Sistema Provincial de Salud, de los cuales proceden la mayor parte de los alumnos, viene condicionando muchas deserciones por no poder afrontar las cuotas mensuales, en especial en la segunda cohorte (2001-2003), donde la situación económica del país se agravó considerablemente.
- Los cargos de conducción del sector salud en el Sistema Provincial de Salud en su casi totalidad obedecen a designaciones de carácter políti-

co, lo que les da escasa sustentabilidad y gran rotatividad. Si bien esta circunstancia es sin duda un fuerte factor de desaliento para la inscripción, en las dos cohortes con que se ha trabajado hasta ahora, se ha contado con un número aceptable y adecuado a la capacidad operativa de la Cátedra y las posibilidades de financiamiento.

- Las restricciones presupuestarias se traducen en deficientes recursos educacionales entre los cuales se destacan el acceso a bibliotecas especializadas y recursos informáticos, que solo pueden sufragarse en parte con los fondos genuinos.

Entre los aspectos favorecedores se cuentan:

- El fuerte apoyo de las conducciones de la Facultad de Medicina al desarrollo de los posgrados y la formación docente. Este apoyo ha logrado que la Maestría de Salud Pública haya podido captar alumnos de diversas disciplinas del área de salud pues además de la medicina y la enfermería que se dictan en nuestra Facultad, se cuentan odontología, bioquímica, sicología, farmacia, ingeniería ambiental.
- Varios docentes de la Cátedra están cursando la Maestría en Educación Médica, lo que ha favorecido la preocupación por la calidad de la enseñanza.
- La cooperación de la Representación de OPS/OMS en el país se ha traducido especialmente en favorecer el intercambio entre instituciones formadoras a través de la creación de una red que realiza reuniones periódicas. Además la Maestría participa como miembro de la Asociación Latino Americana de Enseñanza de la Salud Pública, ALAESP.
- También a través de OPS/OMS el personal de informática de la Facultad de Medicina ha recibido capacitación en la organización de la biblioteca de la Cátedra y su incorporación a la Biblioteca Virtual que auspicia OPS/OMS.

Los contenidos

Los contenidos abordados en la enseñanza de la salud pública en nuestra universidad han venido revisándose y adecuándose a lo largo de los años en que se privilegió esta área temática tanto en grado como en posgrado. La adecuación viene respondiendo a requerimientos derivados de la nueva

conceptualización de la salud pública, los cambios del perfil demográfico y epidemiológico, los cambios en la demanda y expectativa de los usuarios así como de los cambios en el sistema de salud y sus procesos de reforma. Después de la XIX Conferencia de la Asociación Latinoamericana realizada en la Habana, en julio del 2000, y de la que se pudo participar, se ha introducido la conceptualización de las Funciones Esenciales de la Salud Pública y la inquietud por la calidad educativa en esta área.

El currículo se estructura en módulos que no se enseñan en forma secuencial sino integrados en cuatro grandes bloques de conocimientos que responden a la conceptualización de la salud pública de la Cátedra y que abordan el diagnóstico de salud, la respuesta social a las necesidades de salud, las funciones esenciales de la salud pública y las disciplinas instrumentales. Estos cuatro bloques temáticos pueden verse claramente en el Mapa Conceptual en Anexo 1.

En el área de diagnóstico estamos insistiendo en el uso del modelo epidemiológico del proceso de salud-enfermedad en las poblaciones y en sus determinantes, muchos de los cuales están fuera del sector salud y abren las puertas a la acción intersectorial y la promoción de salud en la que se viene insistiendo fuertemente.

En el área de la respuesta social a las necesidades de salud de la población se analiza la conformación del sistema de salud, los procesos políticos, económicos, sociales y culturales que lo condicionan y las reformas de las últimas décadas y sus objetivos: mejorar el estado de salud de las poblaciones, garantizar la equidad en el acceso y cobertura de los servicios de salud y en la distribución y uso de los recursos, garantizar la calidad, cantidad y oportunidad de las prestaciones de salud, mejorar la gestión de las instituciones públicas de salud y la eficiencia del sistema en su conjunto, mejorar la eficiencia en la distribución y asignación de los recursos y alcanzar el equilibrio financiero del sistema.

Por tratarse de un país federado, estos análisis de los procesos de reforma se hacen a nivel nacional y provincial, buscando las razones explícitas e implícitas que se plantean para llevarlas a cabo así como los intereses de los diferentes actores del proceso que no son solamente los Ministerios de Salud sino también los Ministerios de Economía, los prestadores del sector privado, los gremios y sindicatos del sector salud, grupos de poder, agencias internacionales, etc.

Se pone énfasis en el manejo de las que llamamos disciplinas instrumentales de la salud pública: epidemiología, estadística, informática, ciencias sociales, metodología de la investigación y administración que se profundizan a lo largo de todo el cursado, tanto en el área diagnóstica como la de respuesta social a las necesidades de salud. La enseñanza de estas disciplinas se hace con el apoyo de otras cátedras de la Facultad de Medicina.

Especial mención merece la enseñanza de la epidemiología a la que se da especial significación en el cursado por entender que *“sus objetos y métodos son consistentes en las formas y las consecuencias, con los objetos y métodos de la salud pública y evolucionan con ella, de modo que no es de extrañar que la historia de la epidemiología se confunda, a veces, con la historia de la salud pública. En definitiva, el método epidemiológico es el instrumento más potente y general –aunque no el único– para la articulación de la contribución de las múltiples disciplinas a la salud pública”* (OPS, 2002). El área de Metodología de la Investigación se enseña estrechamente ligada a la epidemiología y estadística con fuerte apoyo de la Cátedras respectivas de la Facultad, que también participan en el asesoramiento para el desarrollo de las tesis.

Si se observa el Mapa Conceptual (Anexo 1) puede verse que la Bioética está incorporada como un eje temático que circunda el gráfico, por entender que en todos los temas deben analizarse los principios éticos de la atención de la salud a nivel poblacional, vinculados a los principios de justicia, beneficencia y autonomía.

Entendemos que la bioética no puede darse en clases expositivas y acotadas sino a lo largo del cursado. Este abordaje integrado permite analizar la práctica de la salud pública en relación con los principios éticos, a través del análisis de la implicancias éticas de las decisiones poblacionales en salud en relación a los valores como la eficiencia y la equidad. Esta sistemática de enseñanza integrada busca aumentar la responsabilidad personal y social del maestrando en el desempeño de su trabajo profesional.

Las Metodologías Docentes

Muchos de nuestros alumnos se inscriben en la Maestría de Salud Pública porque creen que las cosas que allí pueden aprender tendrán un efecto profundo sobre sus vidas, su ejercicio profesional y sobre el sistema salud. Así lo revelan las entrevistas que realizamos para su admisión, donde la respues-

ta a las preguntas ¿porqué se inscribe? ¿Cuál es su motivación?, es crucial para que la Comisión de Admisión y Acreditación se pronuncie favorablemente.

Esta posición de los alumnos es la que genera en quienes tenemos la responsabilidad de coordinar la docencia, los mayores afanes para lograr que los deseos de los postulantes se cumplan y puedan entender que los verdaderos artífices del cambio serán ellos mismos y que los docentes sólo actuarán como facilitadores. El desafío es explicar que solo se alcancen los anhelos de transformación en una situación de continuo aprendizaje, que ha sido muy bien expresada como *experiencia transformadora*. (Perkins 1995).

Es evidente que no todas las actuales experiencias académicas son transformadoras de la competencia y de la calidad en la práctica profesional. La universidad a través de procesos formativos debe proponer actividades que desarrollen los procesos de *pensamiento crítico*. El pensamiento crítico se puede definir como una habilidad adquirible que demanda competencias para evaluar, intuir, debatir, sustentar, opinar, decidir, discutir y comunicar. Estas competencias se pueden desarrollar a través de varias estrategias docentes que en muchos casos resultan algo novedosas para algunos alumnos y docentes formados en metodologías tradicionales en las carreras de grado.

En la Maestría no hemos abandonado las clases expositivas y dialogadas pero son cada vez con más frecuencia reemplazadas por otras metodologías más participativas tales como: trabajos en pequeños grupos interdisciplinarios para generar la interacción y discusión entre pares, lectura de material bibliográfico, discusión y presentación de conclusiones en plenario, juego de roles, debate de videos o películas. También en pequeños grupos, supervisados por docentes, se hacen prácticas de:

- Diagnóstico de salud por áreas y por grupos poblacionales que los alumnos deben presentar en forma documental y exponer en plenario;
- Investigaciones epidemiológicas.
- Evaluación de la capacidad resolutoria y la calidad de los servicios de salud de primer nivel y de hospitales;
- Realización de entrevistas de satisfacción a usuarios;
- Entrevistas a políticos y prestadores de los diferentes subsectores;
- Lectura crítica en grupos de documentos de políticas de salud.

En las presentaciones escritas y las presentaciones en plenario de las conclusiones de trabajos grupales se busca desarrollar la capacidad de comunicación de los alumnos, área poco atendida en la educación tradicional y que señalamos como prioritaria para la elaboración de la tesis y el desempeño profesional del sanitarista.

En los dos últimos años hemos intensificado la enseñanza basada en problemas, ABP. La lectura bibliográfica y especialmente la orientación recibida del Dr. Luis Branda que se desempeñó como docente en la Maestría de Educación Médica de nuestra Facultad y donde cursábamos varios docentes de la Cátedra nos entusiasmó con la idea y nos animó a elaborar un problema para introducir la enseñanza del tema “Análisis del sistema de salud y su desempeño”. Este problema y la experiencia posterior nos llevó a jerarquizar, más que los problemas ficticios gestados en nuestra experiencia, los problemas reales que los alumnos extraen de su cotidiano trabajo en los servicios de salud.

El ABP es un enfoque pedagógico multi-metodológico y multi-didáctico destinado a facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje y de formación del estudiante. En este enfoque se privilegia el autoaprendizaje y la autoformación, procesos que son facilitados por la dinámica de su enfoque y su concepción constructivista. En la llamada “pedagogía de la problematización” el que aprende es el verdadero protagonista del proceso ya que el docente cumple un papel de estimulador y facilitador o sea orientador del aprendizaje. Se establece un proceso permanente en el que el sujeto va descubriendo, elaborando, reconstruyendo y reinventando y haciendo suyo el conocimiento.

En los últimos años se ha fortalecido la idea que la ABP es una de las mejores estrategias de enseñanza para lograr una participación de los alumnos, comprometiéndolos a fondo en la búsqueda del conocimiento, identificar situaciones problemáticas, plantearse preguntas y generar una investigación para buscar respuestas no sólo a las preguntas que genera la lectura de un texto o la clase de un docente sino también las propias. Esta nueva forma de enseñar es fundamental en nuestros ámbitos educacionales de la salud pública y su soporte científico se encuentra en la enorme bibliografía que marca la diferencia incuestionable de una enseñanza cuestionadora y participativa en las áreas de la salud.

Los estudiantes necesitan información para empezar a pensar, después necesitan procesar esa información para comprenderla y finalmente deben saber aplicarla en circunstancias concretas. Generar con los alumnos un buen

paquete de preguntas que atiendan estos tres procesos de *informarse, procesar y aplicar*, puede despertar una mayor inquietud intelectual que la información encontrada en una clase teórica, un libro o en Internet.

Es decir que, a las clásicas clases teóricas dialogadas o no, que aún llevan el mayor tiempo de la carga horaria de algunos programas, es preciso añadir una actitud permanente de investigación en sus múltiples enfoques tales como consultar bibliografía, escribir monografías, llevar un libro de ideas, dialogar con pares, realizar entrevistas a expertos, trabajadores y usuarios del sistema de salud, escuchar conferencias, etc..

La frecuencia con que se usa el ABP en la mayor parte de los casos deriva de consideraciones relacionadas con la cultura docente e investigativa institucional, el tiempo disponible, los recursos docentes, el número de alumnos y su madurez, la capacidad de trabajar en equipos interdisciplinarios y el grado de compromiso de quienes conducen las actividades.

Un requisito indispensable es que los estudiantes se escuchen entre sí y estén abiertos a diferentes puntos de vista así como puedan trabajar en forma colaborativa e interdisciplinaria para alcanzar conclusiones razonables. El desarrollo de la experiencia puede originar variados esquemas, desde el control total por el docente hasta una experiencia exclusivamente dirigida por el alumno. Esto es tan real como que en nuestra experiencia su implementación ha contribuido a “reculturizar” la cátedra, afectando los esquemas de poder y el control de las decisiones, manteniendo los docentes una relación cada vez más horizontal con los alumnos.

Son muy importantes las características del ambiente en que puede usarse la metodología. En la mayor parte de los casos el emprender una experiencia de este tipo requiere que el docente esté convencido que en su aula se dan las condiciones para que la misma sea exitosa. De allí surge la necesidad de evaluar las condiciones de confianza, respeto, comunicación abierta, cooperación y tolerancia que se hallan presentes entre sus alumnos y que han creado un “ambiente acogedor” (Borell, 1999).

La calidad de las intervenciones del docente juega un papel importante en el proceso. El objetivo es comunicar un genuino interés en saber lo que piensa y siente el alumno, que puede hacerse a través de la forma como recibe las intervenciones de los alumnos pero también a través del tono de voz, la expresión facial, la distancia en que responde, etc. pueden ser una buena contribución a generar un ambiente acogedor y favorable.

En los cursos de posgrado y multiprofesionales, como las maestrías de salud pública, estas condiciones en la mayor parte de los casos se dan después de un tiempo variable donde se ha trabajado con técnicas adecuadas que fomenten, auspicien y desarrollen el mencionado clima “acogedor” ya que en la mayor parte de los casos durante la formación de grado no han tenido oportunidad de desarrollarlas. Si bien en nuestra cátedra se están usando en la enseñanza de la salud pública en la formación de grado, aún no tenemos alumnos egresados del nuevo currículo que estén cursando la Maestría.

La Evaluación

En cuanto a la evaluación entendemos que los cambios metodológicos en la docencia deben ir acompañados por sustanciales cambios en las formas de evaluación. Hoy nos preocupa sobre todo que los alumnos sean capaces de comprender los principios de la salud pública y sus conceptos más relevantes y que sean capaces de desempeñarse mostrando habilidades en el diagnóstico de salud poblacional y en proponer adecuadas e innovadoras respuestas para programar y organizar los servicios de salud, que respondan adecuadamente a las complejas necesidades detectadas.

Estos aspectos de la evaluación están lejos de poder ser evaluados con exámenes orales o escritos que busquen demostrar que memorizaron información brindada en textos o clases y que probablemente, en muchos casos serán olvidados en un corto tiempo después del examen. A los docentes nos importa más poder evaluar su capacidad de comprensión y asociación entre conceptos, que Perkins ha llamado “desempeño de la comprensión” (1992).

Este enfoque obliga a buscar evaluaciones que estén estrechamente ligadas con las experiencias que los alumnos tienen en la vida real o que hay grandes probabilidades de que las tengan en su futuro desempeño como sanitaristas. Uno de los más importantes objetivos de la educación es justamente el conocimiento y su aplicación a las situaciones de la vida.

Siguiendo esta línea en nuestra Maestría se evalúa el desempeño de los alumnos a través de muchas de las formas usadas para el aprendizaje, que son situaciones reales tales como: resolución de problemas, diagnóstico de salud de áreas geográficas, evaluación de calidad de sistemas de salud y de servicios,

monografías, análisis críticos de políticas y programas nacionales o provinciales.

Siempre con este enfoque, las evaluaciones son algunas orales y otras escritas y en ambas formas deben demostrar la capacidad de comunicar sus ideas y propuestas, aplicando el conocimiento y las habilidades para resolver situaciones frecuentes en la vida del trabajador de la salud pública.

Las Tesis

Este es uno de los puntos más críticos con que se afronta la conducción de las maestrías en el país y por testimonios volcados en reuniones internacionales, no es ajeno a posgrados de otros países. Los alumnos en su mayoría al terminar el cursado de los programas estructurados de la maestría disminuyen el tiempo dedicado a la Tesis y estas se prolongan en el tiempo.

En nuestra experiencia la mayoría de los inscriptos, con algunos años de profesión, provienen de instituciones con poca experiencia de investigación y trabajo interdisciplinario. En la UNT esta circunstancia ha cambiado paulatinamente y los alumnos de grado de la carrera de medicina tienen en su currículo la presentación de una investigación al terminar su práctica final obligatoria pero, como ya fuera manifestado, los egresados de este Plan de Estudios aún no se han inscripto en la Maestría, para la que se pide por lo menos tres años de egresado.

Los alumnos de la primera versión de nuestro programa, tardaron en presentar y tener aprobado el Plan de Tesis por haber sido absorbidos por el trabajo, en algunos casos desempeñándose en cargos de mayor responsabilidad y carga horaria. Estas circunstancias, sumadas al alejamiento del ámbito de la Cátedra y la lentitud de los trámites de las instancias superiores hace que hasta la fecha no hayamos tenido egresados.

Teniendo en cuenta estas causales, para la segunda versión de la Maestría que se está dictando actualmente se han fijado una serie de medidas correctoras:

- La presentación de los Planes de Tesis para su aprobación al terminar el segundo cuatrimestre del cursado.
- La metodología de investigación se ha dictado en el primer cuatrimestre y se viene reforzando a lo largo de todo el cursado.

- Se han ofrecido horarios de consultas de orientación con docentes, para monitoreo y apoyo al desarrollo de los planes.

Estas medidas ya están dando sus frutos pues a la fecha, en que se desarrolla la segunda versión de la Maestría, la totalidad de los alumnos que están cursando el cuarto cuatrimestre, han presentado sus planes y algunos de ellos ya tienen la aprobación técnica y han comenzado su trabajo de tesis mientras esperan la Resolución de instancias superiores.

V. Conclusiones

Desde la década del 80, la enseñanza de la Salud Pública tiene un fuerte apoyo de las sucesivas conducciones de la Facultad de Medicina de la UNT.

En la Carrera de Medicina, la enseñanza de la Salud Pública es un eje curricular, de manera que, al igual que se persigue la integración de temas y conceptos de las materias básicas y clínicas, se propicia la integración y revisión permanente de las áreas de estudio de la Salud Pública, enseñándose a lo largo de todos los años del cursado de la Carrera. En el posgrado se han dictado cursos de Especialización en Dirección de Sistemas de Salud y de Maestría en Salud Pública, buscando responder a las necesidades de la Región del Noroeste y de la propia tarea docente.

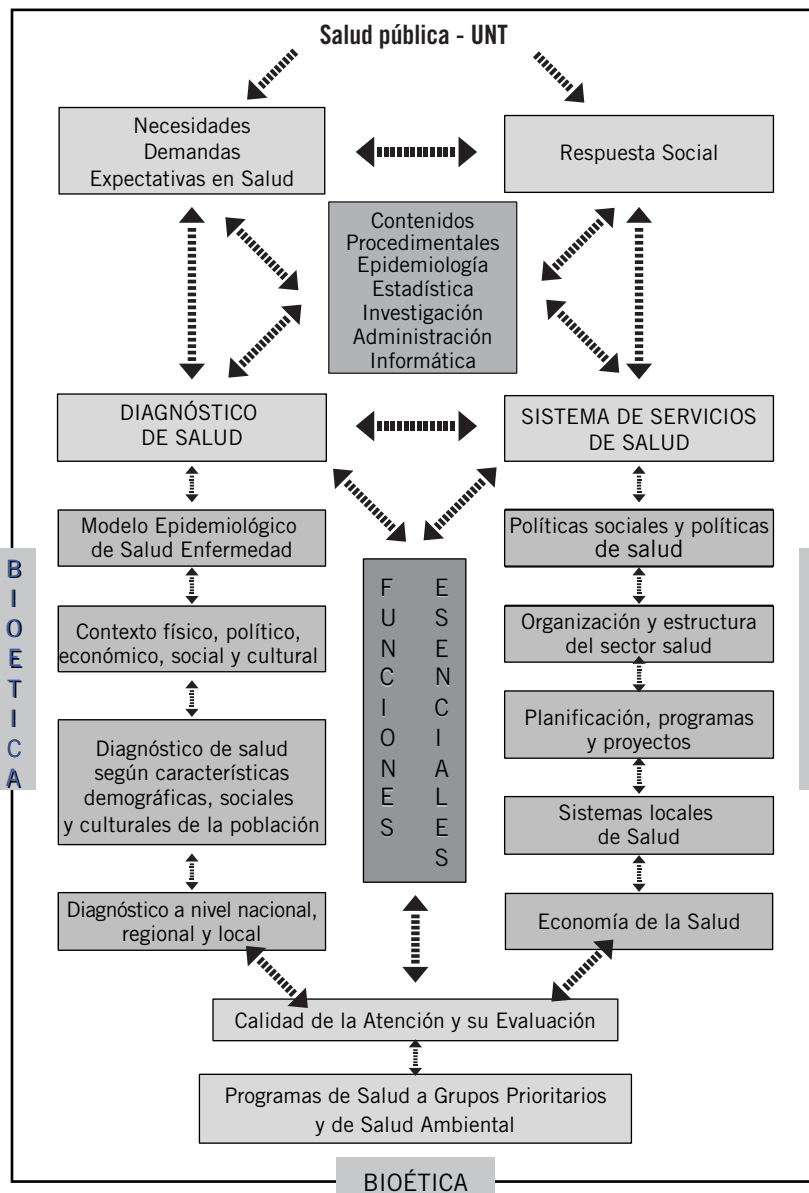
El presente trabajo relata el desarrollo conceptual y metodológico que ha venido teniendo lugar en la enseñanza de la salud pública, tanto en el grado como en el posgrado, acompañando los cambios en la conceptualización de esta multidisciplina y en la educación médica. De acuerdo a estos avances señalados se han incluido en los currículos de grado y posgrado la enseñanza de la Bioética, las Funciones Esenciales de la Salud Pública y se han implementado metodologías participativas, buscando contribuir a que egresen profesionales que razonen, generen e integren nuevas ideas, aprendan a aprender de por vida y tengan integridad moral y ética.

De esta experiencia nos permitimos señalar que cada ámbito educacional debe desarrollar su propio programa de transformación, adaptando los contenidos y metodologías a su propia cultura y realidades, sin perder de vista el objetivo de mejorar la calidad educativa, que requiere una tarea permanente de reflexión y búsqueda.

VI. Bibliografía

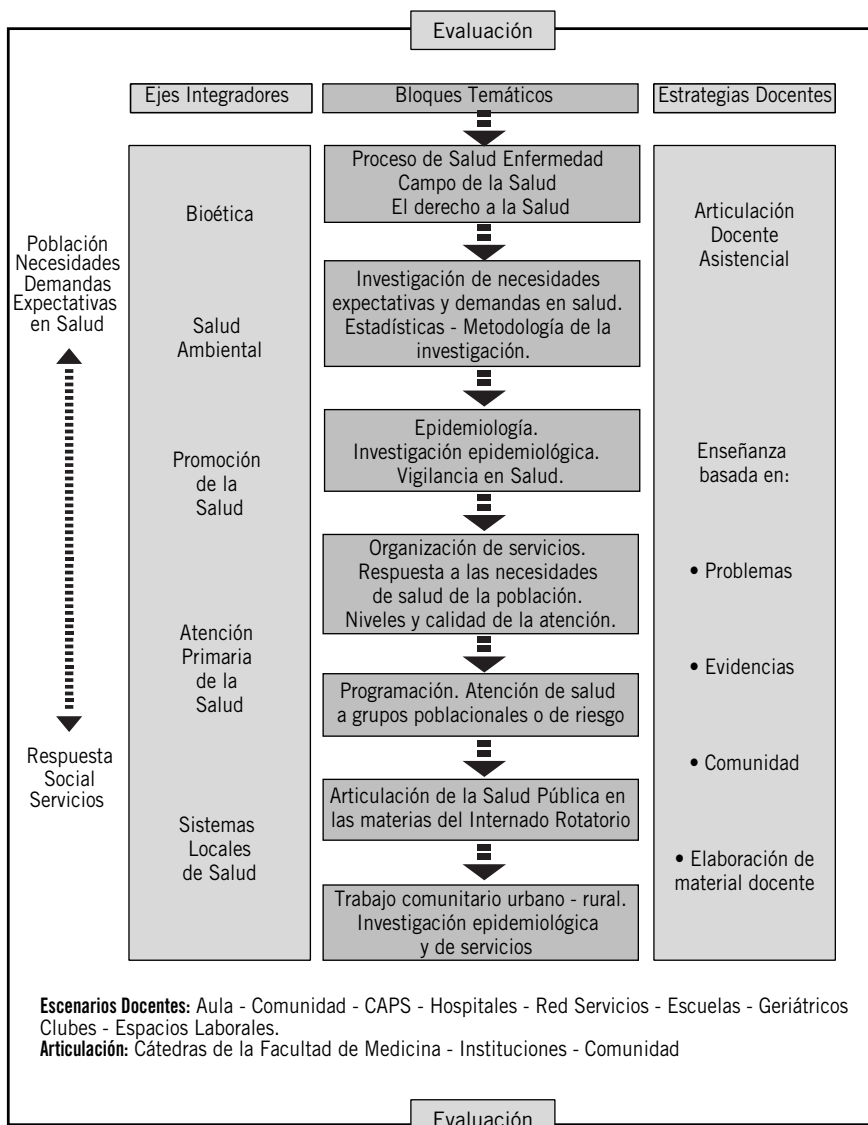
- Barell J., *El aprendizaje basado en problemas. Un enfoque investigativo*, Editorial Manantial, Buenos Aires, 1999.
- Becker C., *La enseñanza basada en problemas. Una herramienta interesante en la educación médica continua en tocoginecología*, Hospital Durán, Buenos Aires, 1998.
- Canetti A., Da Luz S., *Enseñanza Universitaria en el ámbito comunitario. Desafíos y propuestas para la formación de recursos en el área de salud*, en prensa, Montevideo, 2002.
- Dueñas V. H., *El aprendizaje basado en problemas como enfoque pedagógico en la educación en salud*, Universidad del Valle, Cali, 1998.
- Frenk, J., “La Nueva Salud Pública”, en OPS, *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*, Washington D.C., 1992.
- Hmelo, C., et al., *The cognitive effects of problem based learning: A preliminary study*, ED 371026, 1994.
- Moreno, E., Cúnio, R. Wasman, J., *Una historia de cambios en educación médica*, Medicina y Sociedad, vol. 20, N° 1, primer trimestre, 1997.
- Norman, G., *Informe de descubrimientos sobre la efectividad del aprendizaje basado en problemas de la educación en Facultades de Medicina*. EJ 451745, 1992.
- OPS, *Desafíos para la Educación en Salud Pública. La Reforma Sectorial y las Funciones Esenciales de Salud Pública*, Washington, D.C., 2000.
- OPS, *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*, Publicación 540, Washington D.C., 1992.
- OPS, *Gestión de recursos humanos en las reformas sectoriales de salud: cambios y oportunidades*, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Washington D.C., 1995.
- OPS, *La Salud Pública en las Américas, nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*, Publicación Científica y Técnica N° 589, Washington D.C., 2002.
- Perkins D., *Smart schools*, New York, Basic books, 1992.
- Raneich, A.M., Candreva, A., “Razonamiento médico y condiciones de la resolución de problemas como estrategia de enseñanza-aprendizaje”, *Educación Médica y Salud*, vol.29, N° 3-4, 1995.
- Stepien, W., Gallagher, S. y Workman, D., *Problem based learning for traditional and interdisciplinary classrooms*, Aurora, Illinois, Center for Problem Based Learning, Illinois Mathematics and Science Academy, 1992.
- Venturelli, J., *Educación Médica: nuevos enfoques y métodos*, OPS, Washington D.C., 1997.
- Viñas M. y Mónaco L., *La enseñanza de la Salud Pública en el grado en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán*, Medicina y Sociedad, Buenos Aires, 2001.

Anexo I



Anexo 2

Enseñanza de la salud pública de grado en la Fac. de Med. de la UNT



4

CAPÍTULO

La vinculación entre los Posgrados de Salud Pública y la Sociedad

DRA. NOEMÍ BORDONI *
LIC. HUGO MERCER **

*Profesora Titular de Odontología Preventiva y Comunitaria, FOUBA.
Coordinadora Ejecutiva de la Maestría en Salud Pública, UBA

**Profesor Titular de Sociología de la Salud, FCS-UBA
Coordinador Asociado de la Maestría en Salud Pública, UBA

Mirar dentro del futuro es una actividad riesgosa pero las universidades son instituciones cuyas funciones se ubican en el largo plazo (Neave, 1995)¹. Los grandes desafíos del final de siglo son la paz, la pobreza y la protección del medio ambiente. La búsqueda de soluciones razonables para estos problemas se convierte en el argumento del cual se apropian las universidades, en especial aquellas que pretenden una trascendencia internacional, para justificar su papel primordial. Asimismo, la globalización es una importante presión que reciben las universidades. Como evidencia de ello, hace ya varias décadas que existen universidades sin *campus*, carreras sin Facultades, internacionalización de estudiantes, programas singularizados de acuerdo con las necesidades.

En los diferentes campos y en diversas dimensiones, las Universidades están reclamando papeles de liderazgo para participar en la promoción de sociedades sustentables ya sea por la naturaleza del problema que involucra sus áreas de interés, el potencial de las soluciones interdisciplinarias, la escala internacional del impacto y los imperativos éticos de justicia social o, como lo define Johnston de autodesarrollo, autodisciplina, moderación, bienestar y justicia para todos (Johnston, 1995)². Para cumplir esta misión muchas Universidades están empeñadas en gerenciar investigaciones transdisciplinarias, por medio de la superación de los límites tradicionales de los departamentos basados en disciplinas y de sus modos de instrumentar el conocimiento.

A través del último siglo la educación superior ha servido como uno de los más poderosos catalizadores de transformación social y movilidad social ascendente. Más recientemente, las universidades reflejaron significativamente

¹ Neave G., (1995), "On visions, short and long", *Higher Education Policy*, Vol 8, N° 4, pp. 9-10.

² Johnston, D. L., (1995), "Education and Research on the Global Environment", *Higher Education Policy*, Vol 8, N° 4, pp. 23-9.

te un lugar en el mercado de la economía del mundo globalizado, llegando a interpretarse como “la mejor política económica que existe para una economía moderna”.

Existe pues una tendencia a focalizar el papel de las universidades como una institución social capaz de promover el bien común.

El propósito de este trabajo es analizar algunos de los fundamentos y mecanismos de vinculación entre la universidad en especial los posgrados de salud pública y la sociedad.

La Universidad

En el marco de este escenario de incertidumbre, los sistemas de Educación Superior requieren nuevos perfiles. En América Latina, esa redefinición debe realizarse en medio de las tensiones que generan la supervivencia frente a la apertura de las economías pero integrando un sector con escasos recursos; la necesidad de transferir rápidamente los conocimientos a la producción, pero con una brecha cada vez mayor entre las tecnologías del mundo desarrollado y las posibilidades de la región y, fundamentalmente, la obligación de diseñar un nuevo modelo de vinculación con la Sociedad y con el Estado cuando la propia relación entre la Sociedad y el Estado está en revisión y cuando ambos espacios están necesitando de la capacidad universitaria para incentivar los valores trascendentes y “no negociables” que garanticen esos nuevos espacios.

De allí que cada Universidad debe hacer su contribución particular, y ese “rendir cuentas” sólo puede hacerse aplicando responsablemente creatividad e innovación, inclusive enfrentando grandes cambios orientados a guiar y combinar el flujo de conocimientos producidos, a desarrollar sus propias investigaciones en campos más acotados, a tratar contenidos más generales y a generar modos de aprendizaje para ser desarrollados durante toda la vida (van Ginkel, 1995)³

Las Universidades son reconocidas como organizaciones complejas, con objetivos múltiples y ambivalentes en la enseñanza, la investigación y la pres-

³ Van Ginkel, H., (1995), “University 2050, The organization of Creativity and Innovation”, *Higher Education Policy*, Vol 8, N° 4, pp. 14-20.

tación de servicios. Además, en paralelo con las decisiones que ellas adoptan, sea en forma corporativa, colegiada o burocrática, existe un “mercado” con expectativas y demandas al que frecuentemente se desconoce. Actualmente, este desentendimiento de los requerimientos sociales se ve reducido en función de las crisis de financiamiento, que obligan a reorientar las políticas y estrategias universitarias con un papel proactivo.

Indudablemente la heterogeneidad de los sistemas, la diversidad de las costumbres y las diferencias entre las realidades locales dificultan la búsqueda y el hallazgo de denominadores comunes. No obstante, pueden identificarse instituciones o personas con un accionar concurrente en estos procesos y direccionadas hacia esa perspectiva, aún cuando no hayan avanzado en la explicitación del soporte teórico. Pero, cada quehacer, cada práctica que se ejecuta tiene siempre una teoría implícita.

Por eso, resulta importante explorar la cultura organizacional vigente en las instituciones universitarias a fin de estimar sus potencialidades para participar satisfactoriamente en el papel que ellas mismas y la sociedad les asigna en el mundo actual. Los esfuerzos para analizar y describir las culturas universitarias han sido continuos desde la década de 1970 (Baldrige et al, 1977⁵; Masland, 1985⁶; Lockwood y Davis, 1985⁷). Es indudable que, diferentes modelos institucionales ofrecen condiciones más o menos facilitadoras u obstaculizadoras para aplicar estrategias que han demostrado efectividad en ese cometido, como ocurre con la práctica social. Este reconocimiento permitirá analizar los escenarios, reconocer posibilidades y prever mecanismos convenientes para instalar el debate sobre temas técnicos o de gestión que faciliten la introducción de nuevas estrategias.

Es evidente que una cultura institucional “saludable” puede promover identidad (¿qué es la Universidad?), legitimación (¿porqué necesita hacer?), comunicación (¿quiénes son sus interlocutores válidos?), coordinación (¿con quiénes debe trabajar?) y desarrollo (¿cuáles son sus perspectivas?).

⁴ Davies, J. L., (1997), *Higher Education Management*, 9 (1), pp. 127-140.

⁵ Baldrige, J. V., Riley, G. I. (Eds), (1977), *Governing Academic Organization*, Berkeley, CA , Mc Cutcheon.

⁶ Masland, A. T., (1985), “Organizational Cultures in the Study of Higher Education”, *Review of Education*, 8 (2).

⁷ Lockwood, G., Davies J. L., (1985), *Universities: the Management Challenge*, NFER-Nelson.

Mc Nay (1995)⁸ analiza las instituciones educativas en función de dos dimensiones:

1. el desarrollo político, a lo largo de un espectro que va desde ausencia de control político centralizado hasta un estrecho control por parte del nivel central.
2. el control operacional, a lo largo de un espectro que va desde falta de control operativo hasta un estrecho control operativo por parte del nivel central.

Estas dimensiones permiten la interesante definición de cuatro “culturas” (metafóricamente hablando) que se corresponden con los ejes mencionados:

- El Colegio se presenta con poder descentralizado y bajo control operacional, dominado por la comunidad educativa, con mucha autonomía profesional y docente; con criterios de calidad explicitados y con modos operativos basados en comités en los que participan los diferentes niveles académicos.
- La Burocracia tiene un frágil control político y fuerte control de los detalles administrativos dominado por la administración en sus diferentes niveles, con fuerte énfasis en regulaciones, normalizaciones y precedentes.
- La Empresa tiene fuerte y amplia dirección política, especialmente en términos de actividades universitarias, manejo del “clientelismo” pero frágil control operacional, asumiendo que individuos y grupos necesitan libertad creativa, plantear negocios y responder localmente a las iniciativas, a los imperativos del medio y a las oportunidades.
- La Corporación presenta una fuerte dirección política en la mayoría de las áreas y un control intrusivo en los detalles operacionales. El alto grado de centralización se personifica por autoridades o equipos de gestión de los “senior” los cuales a menudo incluyen decanos o directores financieros. Existe una alta prioridad en hegemonizar una política académica detallada, el planeamiento financiero centralizado y fuerte control institucional.

Según Davies⁹ estos modelos resultan de la interacción entre el estilo de liderazgo y la personalidad de los equipos profesoraes (*“senior”*), las metas y

⁸ Mc Nay, I., (1995), “From Collegial Academy to Corporate Enterprise: the Changing Cultures in Universities”, en Schuller, T. (Ed) *The Changing University*, SRHE Open University Press.

⁹ Davies, J. L., *op. cit.*

capacidad para incorporar ingresos, el grado de necesidad financiera experimentado y el grado de control que ejerzan agencias u organizaciones externas. Clark (1983)¹⁰ diseñó una tipología de las instituciones académicas, identificando las tres fuerzas que actúan en las instituciones educativas: el Estado, el mercado y el *establishment*, entendido éste solamente como la descripción de un código autodeterminado por los académicos. En base a esta tipología Niklasson (1995)¹¹ avanzó estableciendo una caracterización en base a los atributos de cada tipo de organización.

Cualquiera sea la aproximación metodológica que se realice sobre el tema, resulta evidente que las diferentes culturas inducen sus propios valores y teorías, las que generalmente se constatan en conductas institucionales que se adoptan, ya sea flexibles o bien, tendentes a la invariancia, frente a los desafíos planteados. Reflexionar sobre éstas es, quizás, la primera tarea que debe enfrentar la educación superior, desarrollando el ejercicio de formularse las preguntas claves, sabiendo que quien realmente las contesta, no es quien las responde sino aquel que tiene la capacidad de formularlas.

El Escenario Social

Dentro de las sociedades modernas, ha sido definido el concepto de capital social. El capital social es importante para el logro de un funcionamiento eficiente de las sociedades modernas¹² y es condición indispensable para las democracias actuales. Constituye un componente cultural de las sociedades modernas, las que en otros aspectos han sido organizadas desde el iluminismo sobre las bases de instituciones formales, racionalmente y con normas y leyes. La construcción del capital social está siendo típicamente vista como una suerte de reforma económica de “segunda generación”; pero diferente de las políticas económicas o aún de las instituciones económicas.

El Centro de investigación aplicada sobre Desarrollo de Recursos Humanos de Canadá en conjunto con la OECD ha desarrollado un simposio sobre

¹⁰ Clark, B. R., (1983), *The Higher Education System. Academic Organization in Cross National Perspective*, Berkeley, University of California Press.

¹¹ Niklasson, L., (1995), “State, market and oligarchy in higher education. A typology and an outline if the debate”, *Higher Education Management*, Vol 7, N° 3:345-53

¹² Fukuyama, F., *Social Capital and Civil Society*, IMF Institute International Monetary Fund - Working Paper WP/00/74, 2000 (<http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2000/wp0074.pdf>)

“The Contribution of Human and Social Capital to Sustained Economic Growth and Well-being”, donde se desarrolla el concepto de capital social. Es generalmente definido como las relaciones, redes y normas que facilitan la acción colectiva. Algunos incluyen los *“trust”* en la definición pero otros autores argumentan que el capital social es diferente de ese concepto. Otro diferencia fundamental es la que se hace entre *“bonding”* y *“bridging”*. El primero de los conceptos se refiere a las relaciones y normas que fortalecen dentro de los grupos, mientras que el segundo se refiere a las vinculaciones que atraviesan los grupos. El capital social está estrechamente relacionado con la cohesión social y con el capital humano. Pero, mientras que la cohesión social enfatiza procesos y productos, el capital social enfatiza la noción de inversiones y valores que brindan beneficios. Mientras el capital humano focaliza sobre los individuos que invierten en educación y capacitación, el capital social enfatiza las relaciones y normas que unen a esos individuos.^{13; 14}.

Asimismo, es necesario reconocer la necesidad de alcanzar en estos espacios la vigencia de valores y principios que ayuden a asegurar que todos los ciudadanos sin discriminación en un plano de igualdad tengan acceso a los derechos sociales y económicos. Este concepto ha sido definido por el Directorio General de Cohesión Social del Consejo de Europa como cohesión social y activa permanentemente la necesidad de eliminar colectivamente toda forma de discriminación, inequidad, marginación o exclusión. El Consejo Europeo no ve la cohesión social como homogenización, basado en las formas tradicionales de integración, tales como identidad, fundirse en la misma cultura o adherir a los mismos valores. Este nuevo concepto apunta a una sociedad abierta y multicultural.

Aún parece necesario definirse cuales serán las formas de expresión que la cohesión social adoptará en los diversos contextos y realidades socioeconómicas.

Es justamente en la búsqueda de estas formas de expresión donde la Universidad debe focalizar sus intervenciones en los intentos para responder a las demandas sociales.

¹³ Woolcock, M., “The Place of Social Capital in Understanding Social and Economic Outcomes”, En *EQUIDAD List - Archives*: <http://listserv.paho.org/Archives/equidad.html>

¹⁴ Schuller, T., “The Complementary Roles of Human and Social Capital”, en *EQUIDAD List - Archives*: <http://listserv.paho.org/Archives/equidad.html>

El Campo de la Salud Pública

En el mundo actual muchas tendencias que hasta hace poco se creían irreversibles se mueven en direcciones insospechadas. Muchas prioridades que se creían irrefutables se ven enriquecidas por una multiplicidad de opciones. Las últimas décadas han sido y son testigos de grandes transformaciones sociales y tecnológicas que repercuten dramáticamente sobre la salud individual y colectiva. En este contexto, reiteradamente expresado, se han visto afectadas las concepciones sobre las causas de los procesos de salud-enfermedad, los métodos de diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades, la organización, administración y financiamiento de los servicios y la formación de recursos humanos en salud. Una de las características que sobresale en la historia de la comprensión de la salud es su complejidad. Actualmente se interpreta que la salud está definida por numerosos, quizás incontables fuerzas provenientes de diferentes esferas de influencia desde lo molecular a lo socioeconómico.¹⁵

La salud más que un campo especializado resulta ser un observatorio desde el cual se pueden monitorear muchos de los procesos sociales, económicos y políticos. Es un punto de confluencia. Ahí se articulan la política económica y la social, lo individual y lo colectivo, lo público y lo privado, la equidad y la eficiencia, la reflexión y la acción. Además de su valor intrínseco, constituye un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda de la restauración de la ética y la responsabilidad cívica por el bienestar de la gente que es, a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo.

Simultáneamente, la salud puede entenderse como un bien económico. Los procesos que se desarrollan a su alrededor en casi todas las sociedades contemporáneas constituyen una actividad económica de importancia, con impacto sobre las variables críticas de la economía, como la productividad, el empleo y la competitividad. El estudio del mercado de trabajo en salud, en tanto espacio social donde convergen los actores internos y externos del sistema es uno de los campos de estudio estratégicos de la salud pública.

Junto con sus dimensiones social y económica, la salud ha adquirido un carácter político. El análisis del cuidado de la salud se ha incorporado al de-

¹⁵ Glouberman S., *Towards a Dynamic Concept of Health* - CPRN Report (http://www.cprn.org/docs/health/tnp_e.pdf)

bate político porque constituye un terreno en el que se juegan cuestiones más amplias como el papel de las instituciones formadoras y su relación con el Estado y la sociedad civil.

Cada cierto número de años el mundo es testigo de movimientos generalizados que abarcan países de todos los niveles de desarrollo económico y con las más diversas estructuras políticas. La reforma de los sistemas de salud, después de considerar su vulnerabilidad, su obsolescencia o su inadecuación parece ser uno de esos movimientos.

Nathan y colaboradores han afirmado que uno de los mayores desafíos de la Salud Pública y de la Medicina Social en el futuro será asignar los recursos disponibles eficazmente para reducir las mayores causas de enfermedad distribuidas globalmente y disminuir las disparidades de salud entre poblaciones pobres y acomodadas¹⁶.

En el mundo actual, los factores de riesgo de muerte y disminución más importantes son la malnutrición, el insuficiente aporte de agua, la falta de condiciones saludables tales como la higiene doméstica personal, las conductas sociales inseguras, el uso del tabaco, el uso de alcohol, los riesgos ocupacionales, la inactividad física, las drogas ilícitas y la polución del aire. Evidentemente no podrá hablarse del éxito de la ciencia si ese éxito no implica una creciente inclusión de los seres humanos en una calidad de vida saludable.

Glouberman¹⁷ reúne en el informe “**Towards a Dynamic Concept of Health**”, los resultados de discusiones que incluyen el trabajo de 3.500 personas en más de 90 encuentros, sobre los que basa las conclusiones de su investigación. El estudio tiene focalizadas tres cuestiones fundamentales:

- Qué es la salud?
- Qué es un sistema de salud?
- Qué es una política de salud?

El autor demuestra la complejidad de cada una de ellas e ilustra la naturaleza de las intervenciones en sistemas complejos mediante estudio de casos:

- Cómo se llegó a la crisis del suministro de agua de Walkerton (Canadá)?
- Porqué los canadienses son todavía obesos aunque hacen más ejercicio y comen mejor que antes?

¹⁶ Nathan, D. G., Fontanarosa, P. B., Wilson, J. D., “Opportunities for Medical Research in the 21st Century”, *JAMA*, 2001, pp. 285; 533-534.

¹⁷ Glouberman S., *op. cit.*

- Por qué el gobierno canadiense enfrenta una crisis sobre la seguridad de los bancos de sangre mientras que los americanos no lo tienen?
- Por qué los canadienses están cada vez más insatisfechos de su sistema de salud mientras se está concentrando más dinero y más esfuerzo intelectual que antes acerca de este tema?

Este estudio concluye que la intervención sobre escenarios complejos como son los sistemas de salud requiere especial cuidado y comprensión sobre su naturaleza.

Durante mucho tiempo la tradición médica interpretó la salud en términos de organismos individuales. Los avances del conocimiento médico generaron adecuadas intervenciones para prevenir o curar enfermedades del cuerpo.

Una segunda tradición concluyó que, para la salud de la gente, el medio ambiente resultaba más importante que la intervención médica. Esta idea condujo a las iniciativas de salud pública tales como la salubridad, la vacunación en masa, las campañas de prevención en salud diseñadas para modificar conductas no saludables. En el mismo sentido, la más reciente expresión el campo de salud de las poblaciones identificó a los factores socioeconómicos como fuente de persistentes inequidades en salud.

El estudio de Glouberman plantea una tercera hipótesis que admite que la calidad de la interacción entre los individuos y su contexto social es la llave para la salud. Las interacciones negativas están asociadas con un estado de salud más bajo y las positivas con uno más alto. Esta compleja noción de salud exige una respuesta de políticas de salud igualmente compleja. Este estudio ubicaría la reforma de los sistemas de salud en otro contexto en el que, en lugar de profundizar en los sistemas de salud, se trataría de incrementar la confianza pública en él. Esta sensación interactiva de seguridad tiene un significativo impacto sobre la salud, junto con otros factores tales como las condiciones biológicas, las relaciones sociales, el estado económico, la experiencia laboral y la cultura.

Actualmente, en el campo de la salud pública se han desarrollado metodologías innovadoras basadas en cuatro nociones básicas:

1. El principio básico de salud es un componente intrínseco de bienestar y las desigualdades en salud pueden o no estar correlacionadas con las desigualdades en otras dimensiones del bienestar.
2. Desde cualquier medida de desigualdad en salud puede reflejarse el espectro completo de productos fatales o no, a fin de capturar la rica

complejidad de la salud. Esta noción se expresa como medida de vida saludable.

3. Se propone que la expectativa de vida es un indicador apropiado para comparar con la medida de vida saludable, ya que excluye aquellas causas debidas al azar.
4. La desigualdad en la distribución de expectativas de salud puede ser expresada por medidas de las diferencias entre las medias individuales o por las diferencias interindividuales.

Murray argumenta que los resultados de investigaciones realizadas en grupos de niños estadounidenses revelan que no existe relación entre el nivel de muerte infantil y la distribución de riesgos individuales¹⁸. Algunas exposiciones a riesgos laborales no constituyen una contribución mayor a los niveles promedio de expectativas de salud poblacional pero puede contribuir a elevar marcadamente el riesgo de pequeñas minorías. Este incremento de riesgo contribuye a desigualdades en expectativas de salud. Existe consenso acerca de que el mejoramiento de los niveles promedio de salud no constituyen un indicador suficiente para reflejar la *performance* del sistema de salud.

Para poder ubicar las desigualdades de salud en el centro del debate político, es necesario desarrollar mejores vías para la evaluación. Recién entonces podrá conocerse la verdadera magnitud del problema y del progreso hacia su solución.

Estas nuevas perspectivas plantean la necesidad de la aproximación de los profesionales de la salud pública a espacios de intervención concretos sobre grupos definidos.

Construyendo la Vinculación

Durante febrero de 2001, los *senior* de las instituciones de más alto nivel de 19 países europeos y de Estados Unidos, convocados por el Seminario de Salzburgo¹⁹, se reunieron para intercambiar experiencias e ideas referidas a la misión social y cívica de las universidades, imprimiendo una nueva direccionali-

¹⁸ Murray, C. J. L., *et al.* "Health inequality: a global perspective", en: Leon, D. & Walt, G., eds. *Poverty, inequality and health*, London, Oxford University Press, (in press).

¹⁹ Salzburg Seminar, Universities Project Seminar, "The Social and Civic Responsibilities of the University", Feb 14-18, 2001.

dad a las instituciones de educación superior tendiente al fortalecimiento de la interacción y la colaboración entre la vida pública y la académica.

Los participantes establecieron la prioridad de los siguientes principios:

- El servicio público es una responsabilidad central de las universidades modernas, totalmente compatible e inclusive fortalecedora de la enseñanza y la investigación.
- Deben ser fortalecidas las políticas universitarias que estimulen la participación de los cuerpos directivos, los profesores y los estudiantes en todas las esferas de las actividades sociales y cívicas.
- El soporte y la cooperación de las organizaciones sociales y cívicas debe ser evaluado por las universidades para asegurar que las políticas universitarias atiendan las necesidades comunitarias.
- Las políticas nacionales deben asegurar fondos para que las instituciones de educación superior puedan soportar las prácticas de las responsabilidades sociales y cívicas de las universidades y asegurar el compromiso de los equipos directivos, docentes y de alumnos para participar activamente en el desarrollo sostenible de las comunidades.

Asimismo, las universidades participantes asumen la responsabilidad de:

1. Reconocer la significación de la educación y el bienestar de todos y dar a esa meta la mayor prioridad ahora y en el futuro.
2. Declarar que las universidades involucradas deben responder más efectivamente a las necesidades de los individuos, de sus familias y de las comunidades donde viven.
3. Declarar que las universidades de los diferentes países y regiones tienen que desarrollar trabajos sociales y cívicos que afecten a todos los países.
4. Estar convencidos que la función social y cívica responsable en la universidad es un componente reforzador de la misión de enseñanza e investigación, así como una invaluable herramienta para acelerar reformas e innovaciones de la educación superior en general.
5. Reconocer, además, que el compromiso social y cívico es central a las necesidades de las comunidades y a la responsabilidad de las universidades.
6. Atraer a las autoridades de educación superior en países individuales, así como a las organizaciones internacionales, agencias, fundaciones para que reconozcan la significación de las funciones sociales y cívicas de la universidad y estimular la creación de programas e incentivos para su desarrollo.

7. Involucrar a las Universidades a asumir un papel social y cívico responsable, no solamente en situaciones de urgencia sino también en materia de compromiso sustentable y sostenido través de los años por venir.

Como resultados de las discusiones se acordó sobre la importancia de generar las siguientes políticas para crear in escenario para la acción tendente a:

1. Reconocer que aunque las funciones cívicas y sociales sean centrales a la misión universitaria, ellas no serán exitosamente alcanzadas sin el compromiso colectivo y los esfuerzos de la comunidad universitaria.
2. Integrar las políticas universitarias sobre investigación, docencia y servicios para que lleguen a ser mutuamente soportadas, dando cumplimiento a la misión universitaria.
3. Promover la democracia, la dignidad humana, la justicia social y la solidaridad; asegurar la tolerancia, la no violencia, el pluralismo y la no-discriminación, con respeto total por la diversidad con y entre comunidades universitarias.
4. Brindar soporte al crecimiento y desarrollo para los cuerpos directivos, docentes y estudiantes para que cada miembro de la comunidad universitaria tenga posibilidades de realizar sus metas académicas y profesionales.
5. Reconocer y soportar las personas de la comunidad en sus propósitos de desarrollo económico y social, con todo respeto por su identidad, tradiciones, formas de organización social y cívica y valores culturales.
6. Subrayar la importancia del “rendimiento de cuentas” académico y gubernamental en todas las actividades sociales y cívicas y programas de la Universidad.
7. Fortalecer los programas y políticas universitarias que incrementen, aseguren y fortalezcan la participación de los equipos directivos, docentes y de alumnos en todas las esferas de las actividades cívicas y sociales y aumentar su acceso a recursos necesarios para el total ejercicio de su participación.
8. Brindar soporte y cooperación a las organizaciones sociales y cívicas para asegurar que los programas y políticas universitarias avancen en el entendimiento y acuerdo de metas específicas de mutuo encuentro entre las necesidades de la universidad y de la comunidad.

9. Enfatizar el valor específico que tienen los programas con pertinencia social y cívica para acceder a la cooperación internacional y a la comprensión transcultural²⁰.
10. Asegurar que aquellos que provean financiamiento para Universidades a nivel nacional o internacional acuerden que las funciones del servicio público constituyen una adición vital y vigorizante de la enseñanza e investigación tradicional de la Universidad y proveer medios para el desarrollo y aumento de esa misión.
11. Reconocer la importancia del impacto social y cívico, evaluado mediante medidas cuantitativas y cualitativas y estimular innovaciones para aumentar esa efectividad.

A fin de alcanzar estos objetivos se considera que deben poner énfasis en las siguientes estrategias:

1. Análisis de las políticas macroeconómicas, microeconómicas y del sector así como su impacto sobre la pobreza, el empleo, la integración social y el desarrollo social.
2. Definición de distintas metas y objetivos, incluyendo cronogramas para la inclusión de las Universidades y su participación en las actividades y programas sociales y cívicos.
3. Fortalecimiento de la implementación y los mecanismos de monitoreo, incluyendo la participación de la sociedad en la toma de decisiones, la implementación y colaboración con la Universidad.
4. Provisión de recursos a través de medidas tales como pequeños subsidios, soporte técnico y administrativo para iniciativas ubicadas y monitoreadas en el nivel comunitario.
5. Desarrollo de programas y procedimientos para la toma de decisiones que faciliten el *partnership* y la cooperación entre la universidad y la sociedad civil.
6. Desarrollo de fuentes innovadoras para la obtención de fondos públicos y privados destinados a programas sociales y cívicos y a la creación de un medio sustentable para la movilización de recursos para programas cívicos y sociales incluyendo contribuciones voluntarias individuales.
7. Integración de metas sociales y cívicas dentro de los planes de desarrollo universitario, de políticas y presupuestos con transparencia y rendi-

²⁰ Esto es de particular interés para la educación superior en la Comunidad Europea.

miento de cuentas, formuladas e implementadas con la participación de directivos, docentes y estudiantes.

8. Demanda de soporte proveniente de gobiernos en todos los niveles y otras formadores de opinión (i.e.: medios masivos) cuando sea necesario y apropiado, para dar cumplimiento a la misión social y cívica de las universidades.

De acuerdo con esta tendencia, las Universidades tendrán que revisar las propuestas curriculares que construyen. Este análisis deberá surgir de una reflexión sincera acerca del grado de flexibilidad de la oferta curricular que realizan, del modelo de práctica al que adhieren, así como de su pertinencia social y de su capacidad de interpretar que la práctica y la formación —docencia-servicio— constituyen un ciclo retroalimentador, capaz de garantizar la calidad de los cuidados de salud de los que deberán dar cuenta sus graduados. De ese modo, la formación y los mecanismos que se generen para la adecuación permanente de sus graduados, serán un instrumento para fortalecer esas capacidades y nunca funcionarán como mecanismos restrictivos para la entrada de los profesionales al mercado laboral.

Es evidente que las instituciones comprometidas en estas propuestas podrán fortalecer su identidad para permitirse reflexionar acerca de qué debe ser cada Facultad o Escuela y aún cada profesión; legitimidad para poder hacer lo que se debe hacer y no estar obligado a hacer lo que no se debe hacer, comunicación permanente para repensar quienes son interlocutores válidos y ampliar el campo en la toma de decisiones; coordinación para trabajar con todos y no desperdiciar las capacidades de los actores institucionales y potencial de desarrollo para poder avanzar en la direccionalidad requerida por las sociedades. Porque la Universidad es eso, un universo de pensamientos que aprenden a convivir, no a sucumbir, unos con otros.

En décadas recientes, los sistemas de salud han sido criticados por fracasar en la búsqueda de soluciones para los reales problemas de salud de las comunidades. Un factor clave entre otros citados como responsables de esta insatisfacción han sido la falta de pertinencia entre la educación entre las profesiones de la salud incluyendo la pérdida de perspectiva para la aproximación holística y focalizada en los procedimientos de alta tecnología en detrimento de aproximaciones más humanísticas al cuidado de salud. Durante años, las más importantes organizaciones vinculadas con la salud han recomendado que la educación de las profesiones de la salud debe ser reestructurada a fin

de capacitar a sus profesionales en la provisión de cuidados de mejor calidad y más equitativos.

Es evidente la necesidad de explorar estrategias para introducir y sostener innovaciones en la educación de profesiones de la salud a través de *partnership* entre universidades, sistemas de salud y otros asociados y a través de reformas curriculares integrales.

En América Latina existieron experiencias particularmente exitosas en las que se implementaron iniciativas innovadoras en educación superior. El énfasis deberá ponerse en fortalecer los cambios institucionales conducentes a reformas integrales y sustentables, identificando a los decisores de políticas y las organizaciones internacionales de las reformas de estas características tendentes a incremento de la calidad de los sistemas de atención de salud.

La Práctica Social en Salud como Mecanismo Vinculatorio

La práctica social universitaria puede ser abordada desde diferentes concepciones y dar cuenta, por lo tanto, de las diferentes intencionalidades que la guían:

- necesidad de optimizar el desempeño de los estudiantes
- utilización de “mano de obra” desaprovechada
- búsqueda planteada para aumentar la eficiencia de la intervención estudiantil
- exploración de caminos para resolver la masificación estudiantil
- interés en conocer “la realidad” y ejercitar la práctica en ella
- conveniencia en trabajar con grupos desprotegidos, cubriendo el flanco benefactor de la institución universitaria
- desarrollo de una actividad cooperativa, socialmente establecida, mediante la cual los bienes intrínsecos a esa forma de actividad se concretan a medida que se tratan de alcanzar los niveles de excelencia adecuados y simultáneamente se amplían de modo sistemático el potencial humano y las concepciones acerca de los fines y bienes implicados.

Para aclarar esta perspectiva y definir la posición a adoptar frente a la práctica social universitaria resulta necesario reflexionar acerca de:

- ¿Qué se reconoce como práctica social?

- ¿Es la práctica social una estrategia válida para problematizar a la comunidad universitaria respecto de su nuevo papel?
- ¿La práctica social debe plantearse y concretarse dentro del marco donde se analizan las relaciones entre la sociedad y la Universidad? ¿Es su expresión operativa?
- ¿Desarrollar prácticas sociales significa que la Universidad debe transitar un proceso progresivo de cambio?
- ¿Cómo mantener la direccionalidad de la práctica social sin riesgos de desnaturalizarla frente a las incertidumbres y crisis que atraviesan los actores y las organizaciones y los mecanismos de invariancia que emergen en estas circunstancias?
- ¿Cómo recuperar los caminos transitados para refundar nuevas posibilidades en educación superior?

La práctica social en la Universidad no puede desarticularse de las teorías y las prácticas que subyacen y que la condicionan como por ejemplo el movimiento de investigación-acción así como algunos aspectos relativos a la teoría del currículo.

La investigación-acción es un movimiento basado en el aprendizaje a través de la reflexión, “allí donde tiene lugar la acción” (Elliot, 1990)²¹. En las experiencias iniciales, las reformas curriculares se plantearon produciendo una ruptura conceptual en la relación entre teoría y práctica del currículo. La expresión “investigación-acción” fue acuñada por Lewin (Kemmis, 1988)²² quien la diseñó como un modelo de espiral. Se centra en el descubrimiento, aclaración y resolución de los problemas que se enfrentan para concretar cotidianamente los valores de una práctica, ya sea educativos, de salud o de bienestar. Supone una reflexión simultánea sobre los fines y los medios. Elliott (1989)²³ plantea que los valores se ponen en práctica en las interacciones humanas y no como resultado extrínseco de ellas. Las actividades de enseñanza deben constituir interpretaciones prácticas de los valores. Por lo tanto, al reflexionar sobre la calidad de la práctica, se reflexiona sobre

²¹ Elliott, J., (1990), “Teachers as researchers: implications for supervision and teacher education”, *Teaching and teaching education*, Vol 6, N° 1.

²² Kemmis, S., (1988), *Cómo planificar la investigación-acción*, Barcelona, Laertes.

²³ Elliott, J., (1989), “Teacher evaluation and teaching as a moral science”, en Holly M L y Mc Loughlin (eds) *Perspectives on Teacher Professional Development*, London and New York, Palmer Press.

los conceptos de valor que la configuran y moldean. Es una práctica reflexiva y el objeto de reflexión es la evaluación del propio “yo” como profesional de salud o como docente, tal cual como se manifiesta en sus acciones. Integra la teoría dentro de la práctica. Las teorías se consideran como sistemas de valores, ideas y creencias representadas en la práctica. Es decir que el mejoramiento de la teoría se logra mediante el perfeccionamiento reflexivo de la práctica.

Las actividades que se incluyen en este proceso son:

- a) Identificación de la idea general
- b) Reconocimiento y revisión de la situación planteada
- c) Estructuración de un plan general
- d) Ejecución de los diferentes cursos de acción planteados
- e) Revisión y ajuste del plan de acción.

- a) Identificación de la idea general

Kemmis y colaboradores (1988)²⁴ plantean que la idea básica general implica enunciar una situación-problema que se desea y se pueda cambiar o mejorar, mientras que Elliott (1991)²⁵ ve conveniente que los profesores suspendan el juicio sobre la necesidad de estudiar si se puede hacer algo y se lo reemplaza en el mejoramiento de los peores efectos del problema planteado.

Desde la perspectiva de la investigación-acción en el campo de la salud, se ha recuperado para la intervención docente-asistencial universitaria la importancia de ocuparse del problema así como de explorar y verificar las alternativas con capacidad para la reformulación de la situación conflictiva (Bordoni, 1993)²⁶. El proceso de investigación-acción, visualizado como un ciclo en espiral, permite revisar constantemente y a la luz de los nuevos escenarios que se suceden en el espacio de la acción, tanto el problema como las cuestiones vinculadas a él.

²⁴ Kemmis, S., (1988), *Op. cit.*

²⁵ Elliott, J., (1991), *Action research for educational change*, London, Open University Press.

²⁶ Bordoni, N., (1993), *Modelo alternativo para la atención en salud bucal*, Buenos Aires, FOUBA / Fundación W. K. Kellogg.

b) Reconocimiento y revisión de la situación planteada

Esta actividad incluye la descripción del problema con los detalles que permitan su caracterización y la clasificación del problema planteado. Asimismo, debe incorporarse en este momento una eventual explicación de los hechos descriptos, en términos de un análisis crítico. Esto lleva a la necesidad de elaborar hipótesis explicativas y su posterior verificación. Las hipótesis planteadas pueden estar referidas a hechos intervinientes, causales o no, las que rara vez llegan a ser conclusivas. Es decir que las explicaciones no dicen qué es lo que hay que hacer sino que muestran las posibilidades de acción. No obstante, en el proceso de investigación-acción, la explicación debe interrumpirse en beneficio de la acción.

c) Estructuración de un plan general

El plan general de acción debe incluir:

- el enunciado de la idea general del problema
- el enunciado de los factores a modificar o sea el objeto de la intervención
- enunciado de negociaciones realizadas o a realizar antes de concretar el plan de acción es decir los antecedentes o el estado de avance cuando se trate del ajuste de la investigación
- el enunciado de los recursos requeridos
- el enunciado relativo al marco ético de la intervención propuesta, acordado con las personas participantes.

d) Ejecución de los diferentes cursos de acción planteados

En esta fase se decide acerca del curso de acción que se seguirá y como se supervisará el proceso de implementación y los efectos de ella, teniendo en cuenta la necesidad de cumplir los siguientes requisitos:

- supervisión para garantizar la calidad de las acciones realizadas, (en el caso especial de salud esto debiera ser una constante ética);
- empleo de técnicas de evaluación que evidencien los resultados en términos de productos (i.e.: condiciones de salud alcanzadas; altas obtenidas; comunidades saludables) y de impacto (relación entre personas sanas y enfermas en una comunidad dada) no sólo esperados sino también los imprevistos y que permitan analizar el proceso y los resultados desde diversos ángulos,

- empleo de técnicas que establezcan las mutuas relaciones entre diferentes tipos de pruebas, de tal manera que ellas puedan compararse y contrastarse (por ejemplo: estudios de costo-efectividad de diferentes estrategias técnicas).

e) Revisión y ajuste del plan de acción.

La implementación satisfactoria de un curso de acción puede llevar tiempo y exige cambios de conducta en todos los participantes. En caso de ser aplicado en una institución educativa o en un servicio de atención de salud, donde los cambios cuestionan los modelos de práctica docentes o de salud empleados, en general, vulneran los espacios de poder o la imagen que los actores involucrados tienen del poder. Esto puede generar efectos colaterales conflictivos que perjudican el plan general de acción. Por ello, el investigador en la acción debe prever una fase de revisión empleando multitécnicas (Elliott y Partington, 1975)²⁷, elaborar informes analíticos y revisar el calendario de la investigación. Cuando existen riesgos para el avance de la experiencia o se hace patente la necesidad de cambiar el curso de acción la redacción de un informe del estudio del caso puede ayudar a generar ideas para ajustar el nuevo curso a seguir.

No obstante, en todo proceso de investigación-acción subyace una evaluación de lo actuado desde la perspectiva cualitativa de la práctica que se focaliza. La dimensión cualitativa de la práctica profesional se manifiesta en el mismo ejercicio más que en sus resultados. Consiste en la forma en que los profesores, o los odontólogos, o los arquitectos llevan o no a la práctica en sus interacciones con los estudiantes o las personas que los requieren o necesitan, los valores que definen su identidad profesional como educadores u odontólogos o arquitectos. Es decir, la atención y el respeto a los otros en cuanto personas, la preocupación por la protección y el estímulo de su capacidad de comprensión y el respeto de sus posibilidades como individuos que se autodeterminan y se autodesarrollan.

Por lo tanto, la evaluación sobre la que se edifica la investigación-acción no sólo incluye la dimensión técnica, sino también se pone en el espa-

²⁷ Elliott, J.; Partington, D., (1975), *Three points of view in the classroom. Ford Teaching Project Documents*, Norwich, University of East Anglia.

cio de debate a los objetivos buscados y a los métodos utilizados para lograrlos. Esas críticas convierten en problemático el sentido de identidad del profesional y generan tensiones institucionales que pueden conducir a retrocesos en los procesos de innovación o cambio.

Respecto de la teoría del currículo, parece existir acuerdo en el carácter curricular de la enseñanza. Para algunos (Stenhouse, 1975)²⁸ ella es el elemento fundamental del currículo y para otros (Tanner y Tanner, 1975)²⁹ ella es el currículo.

Villaroel (1995)³⁰ plantea un nuevo modelo de enseñanza para las ciencias basado en la concepción y naturaleza del conocimiento científico. Desde esta perspectiva concluye que el conocimiento científico, no es transmisible, no es uniforme, no es susceptible de medición o fraccionamiento, pero es enseñable. Como tal requiere de un docente no enciclopedista sino con capacidad para revisar y procesar con sus alumnos la información pertinente. Asimismo el profesor debe conocer los contenidos que enseña, superando el planteo dilemático entre la enseñanza como transmisión de saberes y la investigación como un monopolio de genios.³¹

Elliott (1991)³² concluyó que todas las prácticas llevan implícitas teorías y que la elaboración teórica consiste en la organización de esas “teorías tácitas”, sometiénolas a crítica en un discurso profesional que lo admita. La teoría curricular que subyace en este tipo de propuesta plantea que la enseñanza deja de considerarse un proceso de adaptación o acomodación de la mente a las estructuras del conocimiento, sino que existe un proceso dialéctico en el que el significado y la pertinencia de las estructuras se reconstruyen en la conciencia históricamente condicionada de las personas cuando tratan de resolver situaciones vitales. La mente se “adapta con” en lugar de “adaptarse a” las estructuras del conocimiento.

²⁸ Stenhouse, L., (1975), *An introduction to Curriculum Research and Development*, London. Heineman.

²⁹ Tanner D.; Tanner, L., (1975), *Curriculum Development: theory into practice*, Estados Unidos. Mc Millan Pub.

³⁰ Villaroel, C., (1995), “La enseñanza universitaria, desde la transmisión del saber hasta la construcción del conocimiento”, *Educación Superior y Universidad*, Vol 6, N° 1, pp. 103-22.

³¹ Camilloni, A. W. de, en: Camilloni, A., Davini, M. C., Edelstein, G., Litwin, E., Souto, M., Barco, S., *Corrientes didácticas contemporáneas*, Buenos Aires, Paidós, 1996.

³² Elliott, J., (1991), *op. cit.*

En realidad se plantea al aprendizaje como una producción activa del significado y no como una reproducción pasiva del mismo es decir que se convierte en una manifestación de las capacidades del que aprende, tales como sintetizar información variada y compleja en patrones coherentes; considerar situaciones desde diferentes puntos de vista y poder reflexionar sobre los propios prejuicios.

Este cambio de concepción implica un cambio en la forma de evaluar, ya que los criterios de evaluación de la enseñanza tienen relación con la capacidad de facilitar y no restringir estas capacidades en los estudiantes en relación con las cuestiones pertinentes.

En la década del 60, Kerr³³ planteó la planificación racional del currículo en base a los resultados del aprendizaje que se pretendiera obtener. Esto se basaba en supuestos tales como:

1. Las cuestiones sobre los fines de las actividades humanas pueden separarse de las que se refieren del modo de realizarlas.
2. El valor de las actividades humanas reside en la eficacia instrumental o técnica para lograr resultados deseados, extrínsecos a las actividades mismas.
3. Las actividades humanas sólo pueden justificarse si sus resultados se refieren a cambios observables.
4. La acción racional se desprende de un proceso de razonamiento instrumental técnico vinculado con la forma de obtener resultados tangibles.

Contrariamente a esta postura, Peters afirmó (1959)³⁴ que los objetivos se refieren a principios de procedimientos que se llevan a la práctica en el proceso de la educación y no como resultados del mismo. Stenhouse³⁵, en sucesivos estudios desarrollados a partir de la década del 70, propuso un modelo de proceso para la planificación del currículo, que tiene como fundamentos:

- las cuestiones de los fines de la enseñanza no pueden separarse de las relativas a los métodos
- el valor de las actividades humanas se basa en sus cualidades intrínsecas y no consiste en resultados que mantienen relación extrínseca con los métodos

³³ Kerr, J., (1968), *Changing the Curriculum*, Londres, University of London Press.

³⁴ Peters, R., (1959), *Authority, Responsibility and Education*, Londres, Allen and Unwin .

³⁵ Stenhouse, L., (1984), *An Introduction to Curriculum Research and Development*, Londres, Heinemann Educational Books Ltd.

- las actividades se justifican por los fines intrínsecos y éstos no se refieren a efectos observables;
- la racionalidad de la acción proviene de la deliberación práctica sobre la forma de ejecutar los fines en función de “actividades concretas realizadas en situaciones complejas concretas”;
- los fines se delimitan operacionalmente por la selección de los medios que se utilicen para cumplirlos, es decir sólo puede mencionarse su realización en casos concretos y circunstancias determinadas;
- los fines sólo se aclaran a través de la reflexión sobre la experiencia de las tentativas concretas de realizarlos en la acción, es decir sobre la reflexión conjunta sobre medios y fines.

El currículo se configura al seleccionar y organizar los contenidos de conocimiento como respuesta a la búsqueda de significado de los alumnos, comprobando después de sus respuestas la calidad de “pertinentes” respecto de sus intereses. Consistirá en objetos de pensamiento, situaciones, problemas y cuestiones capaces de desafiar, activar y ampliar las capacidades naturales del ser. Esos objetos del pensamiento existen, aún antes de ser enseñados. Preexisten, antes que los movimientos que los reconocen como contenidos a enseñar. Las prácticas en salud como una categoría social construida para dar respuesta a la problemática de la salud y la enfermedad de las personas existen antes de ser planteadas como objeto de estudio. Esa transposición didáctica³⁶ transita de la práctica a la teoría, del objeto de saber al objeto de enseñanza, de lo implícito a lo explícito.

Desde esa perspectiva se planteará la práctica social como objeto y estrategia (fin y método) curricular para ciencias de la salud. Aparece, desde la perspectiva didáctica, como objeto de enseñanza en la búsqueda de mejores respuestas a la problemática de salud.

La Práctica Social Universitaria en los Posgrados de Salud Pública

Para interpretar la práctica social en los posgrados de Salud Pública es necesario comprender la relación entre la universidad y la sociedad, sus diversas

³⁶ Chevallard, Y., (1998), *La transposición didáctica. Del saber sabio al saber enseñado*, Madrid, Aiqué.

manifestaciones y cambios en tanto esto permite aprehender el sentido de su actividad social organizada.

Leal (1995)³⁷ identifica desafíos planteados a la educación superior desde diferentes escenarios:

- cambio auspiciado por las vinculaciones de la industria con las universidades para que éstas aporten en el aumento de la productividad y la competitividad de los países;
- modificaciones y transformaciones de las nuevas formas del conocimiento, las nuevas maneras de producirlos, organizarlos y distribuirlos;
- demandas acumuladas de la población en general.

En este contexto global, deben equilibrarse las particularidades y especificidades de las regiones, sus culturas y sus economías, las instituciones educativas y los campos de experticia que en ellas se desarrollan. El capital humano debe estar en el momento adecuado y para responder inteligentemente a una demanda planteada (Foster, 1992)³⁸. Esto implica tener capacidad de respuesta diversificada frente a necesidades singulares y exige que la formación se organice en función de la demanda de los que van a utilizar los conocimientos prácticos impartidos. Este planteo otorga a la vinculación una condición estratégica.

Mac Intyre (1981)³⁹ planteó que las prácticas sociales conducen a la preservación de las formas de vida social éticas. Señaló que la distancia entre bienes intrínsecos y bienes extrínsecos inherentes a una práctica es crucial. Los bienes externos están relacionados con la práctica de manera aleatoria, ya que si no se puede conseguir cosas como prestigio o dinero como consecuencia de nuestra participación en una práctica concreta, siempre habrá otros medios para lograrlas. Los bienes intrínsecos a una práctica sólo se consiguen al participar en esa práctica concreta. Consisten en complejas habilidades que sólo se desarrollan al procurar conseguir objetivos intrínsecos a la práctica y que le confieren su importancia. Estos intentos para el logro de los objetivos intrínsecos están regidos por normas y principios de procedimientos respecto a los cuales se juzga la realización de la ac-

³⁷ Leal, L., (1995), "Extensión Universitaria como acción social y su inclusión en el currículum de todas las carreras", *Informe de Investigaciones Educativas*, Vol IX, N° especial, pp. 83-111.

³⁸ Foster, P., (1992), "Un cambio fundamental del Banco Mundial en materia de formación profesional", *Perspectivas*, Vol XXII, N° 2, pp. 56-80.

³⁹ Mac Intyre, A., (1981), *After Virtue. A Study in Moral Theory*, Londres, Duckworth.

tividad. Cuando se consiguen, los beneficios extrínsecos de una actividad pertenecen a los individuos que los obtienen, de tal manera que quienes no los obtienen, no los poseen. Por lo tanto, su logro supone necesariamente la competición entre individuos. Quienes consiguen bienes intrínsecos respecto de una práctica, benefician al conjunto de la comunidad. Los bienes externos benefician a individuos, los bienes internos a comunidades. Esta diferenciación debe ser claramente reconocida por quienes diseñan y gestionan la formación de recursos humanos a partir de los posgrados en Salud Pública, porque es probable que ningún otro posgrado requiera tanto de la capacidad para alcanzar bienes intrínsecos, como parte del desempeño correcto de sus funciones.

En ese sentido reside la relevancia de la práctica social universitaria como mecanismo vinculatorio. Deben excluirse del concepto de práctica social universitaria las actividades que sólo requieren un conjunto limitado de destrezas técnicas, como por ejemplo: poner ladrillos, plantar papas, extraer un diente, cargar datos en una hoja de cálculo. Sin embargo, estas tareas pueden formar parte de otras más complejas tales como construir ciudades, reforestar territorios, brindar salud o formular políticas de salud.

No obstante, la práctica social no es una yuxtaposición de simples destrezas técnicas. El logro de excelencia en una práctica social no consiste sólo en perfeccionar destrezas técnicas específicas. Supone también tener en cuenta los valores y las metas que definen la práctica y que desarrollan las potencias necesarias para realizarlos en concreto. Para el área de la salud, supone analizar e intervenir sobre el modelo en sus diferentes expresiones: el modelo de servicios brindado, el modelo formador y la investigación en salud.

Además, debe distinguirse la práctica social universitaria de su contexto institucional constituido por las carreras, escuelas o facultades de Salud Pública. Las instituciones son necesarias para el mantenimiento de las prácticas sociales, pero no garantizan que éstas existan. Las disciplinas intelectuales necesitan de las universidades pero la existencia de ésta no garantiza la existencia de la práctica social pertinente. En realidad la institución está inevitablemente ligada con la adquisición y distribución de bienes extrínsecos. Sin embargo, deben mantener las prácticas sociales como recurso para alcanzar la excelencia en su actuación y resistir la hegemonía de la competición por las diferentes formas de poder.

La educación es un proceso en el que los alumnos desarrollan sus capacidades intelectuales mediante la utilización de estructuras públicas de conoci-

miento para la construcción de la comprensión personal de situaciones vitales. Sólo en los casos en que el conocimiento se considera exclusivamente como información que debe reproducirse mediante el aprendizaje memorístico, puede presumirse que el currículo consiste en un resultado uniforme de aprendizaje. Esto obliga a repensar los contenidos de los posgrados en salud pública, así como la metodología didáctica aplicada.

El aprendizaje supone la construcción activa del significado, más que la reproducción pasiva. De allí la necesidad de enfrentar al estudiante con los problemas relevantes de la salud pública apelando al desarrollo de sus potencialidades. La práctica social sobre bases territoriales o institucionales constituirán el escenario donde se plantean los problemas, se debaten alternativas de solución y se aplican. Ello conlleva a un replanteo de las formas de evaluación. La evaluación del aprendizaje en los posgrados de salud pública se desarrollarán en relación con el desarrollo de capacidades intelectuales que se manifiestan en sus resultados, ya sea como capacidades o como desempeño inteligente, en lugar de hacerlo respecto de la mayor o menor coincidencia de logros obtenidos según normas predeterminadas de actuación. Este desempeño puede expresarse en términos de resolución frente a problemas concretos en espacios territoriales o institucionales definidos.

Debe tenerse en cuenta que los criterios para la evaluación de la enseñanza difieren de los propios de la evaluación del aprendizaje. Los primeros se refieren a las condiciones que facilitan el desarrollo de las capacidades de los alumnos, pero esto es diferente de cómo los alumnos aprovechan esas capacidades. Por lo tanto los criterios para la evaluación del aprendizaje se refieren a las cualidades mentales que se manifiestan en la actuación de los alumnos en los espacios de intervención que se definan como prioritarios.

Si bien el conocimiento disciplinar constituye un insumo necesario para la formación en salud pública, no resulta suficiente teniendo en cuenta la complejidad del objeto de estudio. Por lo tanto el currículo no puede determinarse con antelación al proceso pedagógico, sino en base de las deliberaciones reflexivas de los profesores cuando seleccionan y organizan teorías, conceptos e ideas. El desarrollo del currículo y la enseñanza no son procesos diferentes.

La identificación de espacios de intervención para la resolución de problemas relevantes aplicando modelos desde una perspectiva social de la salud, reconociendo la hegemonía de la práctica sobre el proceso formador y aplicando un criterio comprensivo respecto de recursos, parece definirse como un

mecanismo vinculatorio razonable. En esos escenarios deben analizarse las formas de interpretación de los problemas de salud y de la práctica como se encaran. Este análisis no puede quedar como un mero diagnóstico sino que debe ser empleado para la toma de decisiones que correspondan en los procesos de gestión de las intervenciones de salud, de tal manera que se garantice la coherencia teórica, metodológica y técnica y se generen modos más eficaces de intervención específica con impacto sobre la calidad de vida.

La intervención del estudiante se concreta en la vinculación entre la docencia, los servicios y la investigación. La articulación docencia-servicio-investigación (ADSI)⁴⁰ es planteada como una estrategia de trabajo mediante la cual, los organismos administradores de servicios de salud y las instituciones formadoras el capital humano se vinculan con la comunidad y utilizan los recursos existentes para la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud, a fin de elevar la calidad de la práctica en sus diversas expresiones y contribuir así al mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

Este proceso de articulación progresiva tiene como características fundamentales la identificación de las condiciones de salud de las personas y de la comunidad como eje de acción, de tal manera que el cuidado de la salud sea un ámbito de análisis y de trabajo interdisciplinario que permita la reformulación de los modos como se resuelve la problemática de la salud, a nivel individual y colectivo. Cualquier programa que pretenda aplicarse no garantiza intervención eficaz, eficiente y equitativa, si los niveles técnico-administrativos y los clínicos no guardan coherencia con el marco conceptual, si no existe apropiación de la propuesta científico-tecnológica por parte de la comunidad y de las instituciones involucradas y si no se cumple con la calidad del desempeño clínico. Esta congruencia “macro-micro” fue descuidada tradicionalmente en muchas de las intervenciones en salud pública provocando una fractura entre el discurso y la práctica.

La intervención de los posgrados en Salud Pública como práctica social puede concretarse en espacios sectoriales o extrasectoriales y en diferentes dimensiones.

La vinculación puede activarse para el análisis de la gestión de un servicio de atención de salud, para la determinación de la carga nacional de enfer-

⁴⁰ Bordonni, N y col, (1993), *op. cit.*

medad, o en la organización de la gestión comunitaria para garantizar la calidad ambiental en una comunidad vecina a una planta industrial.

La cooperación estratégica puede ejecutarse teniendo como “partner” a un municipio para desarrollar un programa focalizado a un país en la reformulación de recursos humanos o actuar en la mediación entre actores de una organización o en el desarrollo de estudio de costo efectividad de medidas preventivas.

Pero debe asumirse que la vinculación entre la institución educativa y la sociedad, dentro o fuera de las organizaciones del sector planteará necesariamente una ruptura conceptual en los atributos que caracterizan la práctica tradicional desde la perspectiva de los siguientes ejes⁴¹:

- Criterios aplicados para priorizar problemas, personas, grupos o comunidades, introduciendo un análisis situacional centrado en los determinantes de los problemas.
- Momento del proceso de salud-enfermedad que se privilegia para intervenir, jerarquizando los componentes de promoción de salud y de prevención.
- Estructura y dinámica del sistema de atención aplicado, allí donde se desarrolla la práctica, sincerando el sistema a partir de la organización de la demanda y de la atención programadas, con responsabilidad de cartera en cada uno de los niveles de resolución tecnológica, articulación en redes con criterios de complementariedad y estrategias concertadas de acción.
- Aplicación de un criterio holístico en la consideración de los recursos humanos en salud.
- Programación de recursos basada en las metas de servicio modularizadas.
- Tecnología aplicada racionalmente para la resolución de los problemas priorizados.
- Criterios de calidad explicitados, basados no solamente en las consideraciones estructurales de la práctica sino en la calidad de los procesos y en la relevancia de los resultados en términos de productos y del impacto alcanzado sobre el bienestar de la gente.

⁴¹ Bordoní, N. y col. (1998) *Gestión del componente salud bucal*. Buenos Aires. PRECONC/PAL-TEX. OPS/OMS.

El modelo de práctica aplicado en la gestión de los sistemas y servicios de salud, es probablemente una de las primeras respuestas que deben encontrarse en el debate que adeudan las instituciones cuya vinculación se plantea.

Se presenta como Anexo el caso de la Maestría de Salud Pública de la UBA.

Anexo

Estudio de un caso: Maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires

Análisis del proceso de desarrollo institucional

La Maestría en Salud Pública, posgrado de dependencia compartida de las 13 Facultades de la Universidad de Buenos Aires inicia su proceso de desarrollo institucional en 1990 en un escenario que hasta entonces mantenía experiencias referidas al campo de la Salud Pública autónomamente en diversas unidades académicas y con variados niveles de innovación e impacto. La evolución de la salud pública hacia perfiles fuertemente interdisciplinarios llevó a la UBA a considerar la creación de una Maestría en Salud Pública. Este proceso que comienza en 1990 (**Resoluciones C.S. N° 963/90; 1350/91; 2586/92; 579/92; 4870/93; 1767/94; 35/95**), culmina con la apertura de la primera cohorte de alumnos en 1995, incluye la ejecución de dos autoevaluaciones (1997 y 2001) y una evaluación externa en el marco de un Proyecto FOMEC (2001); manteniendo su continuidad hasta el momento en el que se desarrolla la séptima promoción y registrándose un evidente proceso de crecimiento institucional.

Se crea con el propósito de establecer espacios de reflexión, de debate y de contrastación de propuestas focalizadas en la construcción y articulación de intereses entre la Universidad de Buenos Aires, las organizaciones del Estado y la sociedad civil respecto de la salud. Se plantea, por lo tanto, como un actor privilegiado de acciones que operacionalicen las responsabilidades cívicas y sociales de la Universidad en este campo.

El proceso de desarrollo institucional incluyó, entre otras acciones:

- La aprobación de dos nuevas orientaciones (Salud Internacional y Gestión de Sistemas y servicios de Salud Bucal).
- El desarrollo de actividades extracurriculares.
- Desde 1997 la firma de convenios de Cooperación Técnica con el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, dichos ciclos de capacitación se vienen realizando regularmente y en ese marco se han preparado, consensuado y editado *Guías* destinadas a profesionales de 1er nivel de atención.

- La firma de convenios de Cooperación técnica con otros Municipios para el desarrollo de la práctica social curricular de los maestrandos,
- El desarrollo de proyectos de investigación (UBACYT 1998-2000; 2001-2003).
- La integración en otras redes (BVS/OPS/OMS; ALAESP; Exclusión –net; Redes de Salud Colectiva).
- La aparición de la Revista de la Maestría en Salud pública, publicación *on line* de especial interés como herramienta de la *intranet* de Salud Pública de la Universidad y para su proyección externa.

Para un resumen del estado de desarrollo institucional ver el Cuadro 1.

En la propuesta de vinculación con la sociedad planteada en la Maestría en Salud Pública subyace la adhesión a los conceptos que fundamentan la práctica social curricular, pero el fortalecimiento del área de cooperación técnica y de partenariado han puesto de relieve la necesidad de avanzar en la comprensión y aplicación de redes sociales. Este campo se ha desarrollado rápidamente en la academia (desde la ecología hasta la epidemiología), en la cultura popular (juegos, revistas, televisión) y en la cultura empresarial (nuevos conceptos para los consultores en gestión y nuevas formas organizativas basadas en la gestión del conocimiento). Inclusive desde 1978 existe una asociación profesional internacional que agrupa a sus expertos (INSNA), publicaciones especializadas (Social networks; CONNECTIONS; Journal of Social Structure; REDES), programas (UCINET & PAJEK; STRUCTURE) y talleres periódicos. La Maestría en Salud Pública actúa en diferentes tipos de redes: sociocéntricas o egocéntricas, con circuitos simples o múltiples, en las que las relaciones e interacciones múltiples crean una serie de datos reticulares que permiten el análisis desde diferentes perspectivas.

Un análisis más profundo permitiría conjeturar que en los momentos iniciales de la Maestría, el desarrollo de las redes en las que la organización o sus actores se incluyeron se produjo más por transmisión interpersonal que por similitud posicional.

Factores facilitadores y obstaculizadores del proceso

Los factores facilitadores del proceso de desarrollo institucional de la Maestría en Salud Pública fueron:

- La masa crítica de actividades que se desarrollaban en las diferentes Facultades referidas a Salud pública.
- Los actores sociales involucrados, el lugar de decisión que ocuparon, su formación académica y su compromiso con la salud de la gente.
- La demanda de las organizaciones gubernamentales para contar con la cooperación de la Maestría en la capacitación de sus cuadros técnico-profesionales.
- La estrategia de acumulación aplicada a través de convenios y de acuerdos interinstitucionales que resultaron imprescindibles para la concreción de este proceso de cambio.
- Los apoyos académicos y financieros de instituciones y agencias nacionales, públicas y privadas, extranjeras e internacionales.

Los factores obstaculizadores fueron:

- Las características de la educación superior en general y la referida al campo de la salud en particular en cuanto a los mecanismos de reproducción que emplea y a las dificultades casi reactivas que se generan al momento de instalar y anclar cambios significativos.
- El desconocimiento de las tendencias en Salud Pública y campos afines por parte de diferentes actores involucrados.
- La lentitud de los procesos institucionales para la validación de experiencias innovadoras.
- La distancia que media entre la práctica de la investigación y la gestión política es un continuo desde lo estrecho y profundo a lo amplio y superficial, desde lo impersonal a lo personal, desde lo exacto a lo inexacto, desde lo predecible a lo impredecible, desde el sistema cerrado al abierto, desde el mundo de los hechos al de los valores”.¹

Las experiencias de Práctica Social Curricular proponen es que cada actor pueda “resignificar” su concepto de práctica, pero basado en las experiencias de los otros actores de la red y realizadas en escenarios que le permitan: (a) un estudio de la realidad concreta, en términos de condiciones de vida y de situación de salud, allí donde se sitúan las instituciones educativas y de servicios en un determinado momento; (b) la reflexión sobre la propia práctica específica

¹ Wiltshire, K., (2001): *op. cit.*

y docente; (c) el descubrimiento de los valores que residen intrínsecamente en ella y que justifican su sostenimiento social; y (d) la elaboración de propuestas que califiquen para alcanzar los valores de calidad requeridos para los cuidados de salud como componente del desarrollo humano.

El diseño y ejecución de experiencias de Práctica Social exigirán de las instituciones y sus actores un esfuerzo de investigación y reflexión acerca de los modelos de práctica que ejercen, la capacidad para la formulación de nuevas hipótesis de investigación educativa, la garantía de coherencia con el marco conceptual, la seguridad necesaria para la integración de los conocimientos así como para la inclusión de los contenidos disciplinares pertinentes y la decisión política necesaria para buscar respuestas a los problemas latentes y los emergentes, por los cuales se fundamenta su permanencia institucional.

**CUADRO 1:
ESTADO ACTUAL DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL DE LA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES**

Areas	Actividad	Estado de avance
DOCENCIA	Maestría en Salud Pública	Se han desarrollado 6 promociones y se encuentra en desarrollo la 7ma.
	Orientaciones: • Salud Internacional • Gestión de sistemas y servicios de salud bucal	Aprobadas por el CS de la UBA A iniciarse en 2004
	Cursos extracurriculares	En desarrollo desde 1996, según requerimientos.
	Educación a distancia	Proyecto en preparación.
INVESTIGACIÓN Equipo coordinador integrado por investigadores de la Maestría en Salud Pública y de las Facultades de C. Exactas y Naturales, Odontología y C. Sociales	Proyecto UBACYT 1998-2000	Ejecutado
	Proyecto UBACYT 2001-2003	En desarrollo
	Proyecto UBACYT 2004-2007	En evaluación
	Seguimiento de tesis	En desarrollo
	Cooperación con el trabajo de los alumnos en escenarios	En desarrollo permanente.
	Centro de Documentación de la Maestría en Salud Pública	En actividad Sede de la BVS de OPS/OMS
	Articulación con Proyecto REDES (PICT00013)	En desarrollo
COOPERACIÓN TÉCNICA Equipo integrado por docentes de la Maestría en Salud Pública y de las Facult. de Medicina, C. Sociales, C. Exactas y Naturales, Odontología	Convenio de cooperación técnica • Con el GCBA Cursos 1997-98 Ciclo de cursos 1998-2002 Elaboración de guías para APS Ciclo de cursos 2003-2006 • Con los Municipios de: Moreno Almirante Brown C Rivadavia	Ejecutado Ejecutado En edición Convenios en trámite Convenios en trámite Convenios en trámite

Áreas	Actividad	Estado de avance
DISEMINACIÓN Y PARTENARIADO	Trabajo en escenarios desarrollado por los alumnos con los Municipios de: Moreno San Isidro Lomas de Zamora San Fernando Avellaneda	Ejecutado Ejecutado Ejecutado En desarrollo En desarrollo
	Revista de la Maestría en Salud Pública. UBA	En línea desde agosto 2003
	Página WEB	Ejecutado. Diseño en revisión
	Integración de la Exclusión-Net	Ejecutado
	Integración en la ALAESP	Ejecutado
	Integración en la Red de Salud Colectiva	Ejecutado
	Articulación con las siguientes Facultades de la UBA para trabajos colaborativos: • Ciencias Sociales • Filosofía y Letras • Medicina (Carrera de Nutrición y Hospital de Clínicas)	Ejecutados o en desarrollo permanente.
	Articulación con las siguientes instituciones públicas /privadas para trabajos colaborativos • Universidad Bicocca, Milán • Hospital Garrahan • Fundación Médica Argentina • Fundación ACH • UNESCO	Convenio en renovación. Convenio en trámite Convenio en trámite Convenio en trámite Convenio en trámite
APOYO	Secretaría Audiovisual	En funciones

5

CAPÍTULO

La investigación en el campo de la Salud Pública; extendiendo su uso, diversificando sus perspectivas

INSTITUTO DE LA SALUD JUAN LAZARTE

Este trabajo ha sido elaborado por un equipo coordinado por MARIO ROVERE e integrado por CARLOS BLOCH, IRENE LUPPI, ERNESTO TABOADA, SANDRA GERLERO y ABEL MORABITO.

“Ese proyecto de una *ciencia nueva* a definirse sobre el rótulo de la posmodernidad, incluye la reflexión sobre las falaces distancias entre yo y el mundo, entre el investigador y lo que está en observación, entre los proyectos de conocimiento y los proyectos de transformación, entre el saber y el hacer, entre las disciplinas aparentemente autónomas. Mientras tanto el movimiento transdisciplinar reflejando la apertura de la ciencia para lo social, lo ético y lo estético no debe ser comprendida como una realidad ya dada; ella tampoco puede ser interpretada, como susceptible de ser producida por una generación espontánea”.

F. Guattari¹

Introducción

La problemática de la Salud Pública en nuestro país incluye un limitado desarrollo de las investigaciones, lo que en parte es consecuencia de la marginalidad relativa de la Salud Pública dentro de las prioridades de investigación y en parte reflejo del escaso peso que la investigación en general ha alcanzado en las políticas públicas.

Los escasos centros de investigación especializados en este campo dependen fuertemente del financiamiento externo y con frecuencia su producción alcanza escasa difusión sobre todo entre quienes deberían ser sus usuarios privilegiados: ciudadanos, profesionales de servicios de salud, responsables por la gestión, dirigentes políticos, legisladores, jueces, etc.

Algo parecido ocurre con la producción semiartesanal que se genera desde los diferentes posgrados del campo generalmente en forma de tesis. Aun, con menores recaudos que en la investigación profesional, existe allí una producción relevante, consecuencia de un esfuerzo significativo de alumnos y

¹ En Viana Hissa, pp. 107.

docentes que rara vez alcanza una difusión que vaya más allá de los directores y los jurados de tesis.

La investigación de servicios de salud (que no debe confundirse con la investigación clínica que se realiza “en” los servicios de salud) tiene escasísimo desarrollo aun cuando muchos procesos de reforma de diferente magnitud en el sector —por mencionar algunos recientes se puede nombrar los de gestión de calidad, los diversos proyectos de seguros y otros cambios en las formas de financiamiento, la gestión de redes de servicios, los estudios epidemiológicos en espacios y grupos sociales delimitados, los módulos de medicamentos para atención primaria, etc.— no sólo podrían beneficiarse, sino que en ocasiones dependen para su éxito de investigaciones adecuadamente diseñadas e implementadas.

El panorama analizado por Pellegrini² para todo América Latina no resulta muy alentador: en 1996 sólo el 1,37% de los trabajos indizados en el MEDLINE (la base de datos en salud más importante del mundo) provenían de América Latina.

Del total de esa producción científica en salud la proporción de trabajos que podrían considerarse propiamente como de Salud Pública es muy baja ya que alcanza a un 2,7%.

Aun discutido el índice de citación de los artículos es por su sencillez uno de los más extendidos indicadores de calidad de la producción científica.

Allí tampoco la situación resulta favorable. El índice de citación promedio mundial está en 7,78 por artículo. La producción biomédica latinoamericana se encuentra en 4,03 pero la producción de Salud Pública apenas llega a 1,61 por artículo.

El libro de Bronfman, Langer y Trostle³ muestra otra dimensión del problema. En este trabajo los autores analizan a través de cuatro temas centrales de la Salud Pública utilizados como casos trazadores: SIDA, Cólera, Planificación Familiar y Vacunaciones, cómo se recorre un camino lento y no lineal entre la producción científica y su utilización y aplicación en la formación de políticas y de programas. Los autores en este libro emplean muy adecuadamente el término traducción (“difícil traducción”) que remite a una complejidad que no se limita a un problema de tiempos de latencia en la difusión sino en

² Ver en la Bibliografía: Pellegrini Filho, *Ciencia en Pro de la Salud*.

³ Ver en la Bibliografía: Bronfman y otros, *De la investigación a la política; la difícil traduc-*

cómo alinear los códigos, las perspectivas, los intereses, la subjetividad y los lenguajes de diversos grupos y subgrupos profesionales, en este caso investigadores y decisores. Aunque la experiencia se refiere al caso de México, hay indicios para pensar que en nuestro país el camino a recorrer entre investigación y toma de decisiones puede ser similar o aun más tortuoso.

En una caracterización de síntesis en el trabajo antes citado Pellegrini identifica a nivel de diagnóstico de la situación actual de la investigación en Salud Pública:

- Una producción científica muy escasa respecto a la producción internacional
- Predominancia de publicaciones sobre aspectos teóricos o filosóficos de la situación de salud y sus determinantes
- Ausencia de resultados que puedan servir de guía para la definición de políticas e intervenciones.
- Deficiencias metodológicas.
- Uso casi excluyente de estadísticas vitales como fuente de información, escasa utilización de datos secundarios, de encuestas y de datos primarios, especialmente aquellos recolectados a nivel local.

Como consecuencia de este análisis preliminar la intención de este trabajo se orienta a responder: ¿Cómo expandir la cantidad y calidad de los trabajos de investigación en Salud Pública, haciendo oportuna y accesible su producción a las audiencias indicadas?, ¿Cómo reducir la brecha entre investigadores, profesionales, gestores, decisores políticos y la misma población? o ¿Cómo incorporar nuevas perspectivas metodológicas, algunas de las cuales pueden ampliar los objetos de estudio o facilitar la incorporación de nuevos profesionales al campo de la investigación?.

Superando viejos dilemas: lo cuantitativo y lo cualitativo

“No siempre lo que cuenta, se puede contar, ni lo que se puede contar, cuenta”.

A. Einstein.

La Salud Pública debe una buena parte de su origen, su reconocimiento como campo científico y su avance conceptual y metodológico a la estadística, tanto en sus aspectos de disponibilidad de censos y registros, como a los desarrollos metodológicos y especulativos alcanzados por esta disciplina.

Desde el punto de vista de la percepción puede decirse que la Salud Pública ha sido constituida a partir del momento en que pudo brindarse explicaciones científicas y respuestas racionales a las periódicas y dramáticas desestructuraciones sociales que producían las epidemias; fenómeno que irrumpía con una capacidad destructiva similar a la que hoy vivimos con otras catástrofes naturales (terremotos, huracanes, etc.).

Tanto el seguimiento “científico” de las epidemias como una serie significativa de hechos, que constituyen verdaderas “epidemias silenciosas” comenzaron a hacerse visibles a través de la estadística; herramienta que ha quedado fuertemente asociada a la Salud Pública con la fuerza de asociación que puede existir entre el telescopio y la astronomía.

Sin embargo, como sucede en muchas disciplinas y campos científicos —incluyendo a la misma astronomía— la Salud Pública ha ido diversificando y ampliando su instrumental analítico y con ello colocando su foco de observación en objetos que hasta hace poco tiempo resultaban invisibles o eran descartados por la imposibilidad de ser rigurosamente abordados.

El contraste y los límites entre técnicas cuantitativas y cualitativas resultan artificiales y no deben generar antinomias falsas o por lo menos poco productivas, como macro versus micro, rigurosa versus impresionista, objetiva versus subjetiva, precisa versus aproximativa.

La cuantificación o la medición de un objeto supone un nivel de conocimiento del mismo que en un sentido histórico permitiría colocar a la investigación cuantitativa como un momento avanzado en la relación entre la ciencia, el investigador y su objeto, “nuestras teorías predeterminan lo que medimos” señala Einstein y en cierta forma remite a la necesidad de entrar y revisar adecuadamente nuestros supuestos.

Las dimensiones cualitativas y cuantitativas pueden representar diferentes “momentos” en el conocimiento del objeto. No significa que la investigación cuantitativa sea una fase superior, en consecuencia ulterior a la cualitativa. En ocasiones investigaciones cuantitativas detectan nuevos fenómenos, bruscos cambios de una tendencia, discontinuidades o artefactos que estaban escondidos dentro de otros considerados como conocidos y el fenómeno abre paso a una investigación cualitativa más compleja o abarcativa. De esta forma investigaciones cualitativas y cuantitativas constituyen trama y urdimbre de un tejido complejo desplegado en el tiempo y en el espacio.

El diálogo entre palabras, números, frases, discursos y medidas puede también colocarse en secuencias escalares del tipo texto, subtexto y contexto.

Una historia de vida sobre las estrategias populares de supervivencia puede estar contextualizada con estudios demográficos que dimensionen los problemas de pobreza, exclusión o indigencia. A su vez el estudio familiar puede tener como subtexto una subinvestigación cuantitativa sobre consumo alimentario para explorar la pertinencia de las formas de medir la relación entre ingreso y canasta alimentaria.

Los aportes de lo cualitativo

La Salud Pública viene experimentando desde hace algunos años una expansión de sus objetos de estudio y transformación y va experimentando la readecuación de sus instrumentos más tradicionales y la incorporación, con diversos grados de rigurosidad, de nuevas herramientas.

Un listado de nuevos objetos o de objetos resignificados en los últimos tiempos puede resultar de utilidad para ilustrar esta problemática:

- La subjetividad de los usuarios y la forma como éstos viven la experiencia de ser usuarios de los servicios de salud, que ha devenido en una fuente imprescindible para el mejoramiento de la calidad integral de las prestaciones.
- La elusiva materia prima que configura el nivel de asociatividad, —hoy re descubierto como “capital social”— que resulta tan vital para la salud como para otras esferas del desarrollo económico y social. Cómo se lo estudia, cómo se forma y cómo se destruye. Algunos autores comparan al capital social con la capa de ozono ya que sobre ambas materias se conoce más sobre cómo se las destruye que sobre cómo se las reconstituye.
- Los mecanismos de difusión de las epidemias de enfermedades mentales y los procesos sociales de reconfiguración de los síntomas, en cada momento histórico.
- La conformación cultural en diferentes grupos de población, regiones y momentos históricos de pautas y criterios de crianza, alimentarios, de higiene o de pueri-cultura.
- Los denominados estilos de vida saludables y su relación con la cultura, los marcos legislativos, los medios de comunicación, el marketing y el diseño urbano, en términos de ejercicio físico, tabaquismo, alcoholismo, sobrealimentación, prevención de los riesgos laborales, prevención de accidentes de tránsito, etc.

- La satisfacción o más ampliamente cómo los usuarios externos e internos viven, experimentan y evalúan las diferentes prestaciones y servicios de salud.
- Las representaciones sociales de cada enfermedad y su impacto sobre los síntomas y la generación de diferentes grados de continencia, comprensión o segregación.
- Los mecanismos más o menos sutiles de discriminación a los pacientes por cuestiones étnicas, de género, religiosas, de clase social, de nacionalidad o de edad expresados en diferenciales de trato, de lenguaje, de actitudes y aun de diferentes criterios de diagnóstico y tratamiento.
- La aceptación o no por parte de la sociedad y de actores sociales relevantes de determinadas medidas técnicas o políticas (adopción de medicamentos genéricos, una cierta primarización de la atención, cirugías ambulatorias, parto domiciliario).
- La configuración, la recepción y el impacto de la comunicación social en salud, con sus códigos manifiestos y subyacentes; especialmente en campos que intersectan con pautas morales, éticas, estéticas o religiosas.
- La detección y evaluación de los denominados resultados subjetivos de las prácticas y proyectos en salud.
- Las evaluaciones —por definición emitir juicios de valor: por ende subjetivos— de programas, proyectos, prácticas, desempeños, servicios y tecnologías.
- Las organizaciones de pacientes participando como sujetos activos en el diseño y control de servicios y de programas de salud.
- Las barreras a la accesibilidad especialmente aquéllas de carácter cultural.

Estos ejemplos configuran sólo un listado incompleto orientado a ilustrar la rápida ampliación de los objetos de estudio de la Salud Pública susceptibles de investigaciones de carácter cualitativo.

La incorporación de metodologías sensibles, oportunas y rigurosas no siempre ha acompañado en similar proporción a la rápida proliferación de nuevos y cada vez más complejos objetos de estudio y transformación, que la Salud Pública enfrenta.

Conceptos como *subjetividad, discursos, representaciones, necesidad, opacidad intencional, intereses, cultura, comunicación, conflicto, deseo, síntoma*, son categorías que organizan diversas disciplinas y campos completos del conoci-

miento; provienen de espacios hermenéuticamente cerrados que no siempre están disponibles y con frecuencia se encuentran compartimentados; tabicación que suele justificarse en la prevención de un uso banalizado y mecánico de los mismos sin la maestría que los iniciados de cada profesión y especialidad legítimamente reclaman.

Inter o trans disciplina

La transdisciplinariedad puede ser definida, no sólo como un momento de apropiación, por una disciplina de discursos referentes a áreas afines de conocimiento sino también como un movimiento de apropiación de discursos y de prácticas por la sociedad. Se trata en esos términos de una aproximación simultánea entre los diversos campos del saber y entre ellos y la sociedad o aun de un movimiento simultáneo de ruptura de fronteras disciplinares y de los límites entre ciencia y sociedad. Viana Hissa⁴

Parece instalarse aquí varios dilemas sobre si la interdisciplina consistiría en contar sistemáticamente con un profesional de cada profesión o especialidad convocado por la necesidad de utilizar una técnica que es de su legítimo monopolio o en construir transversalmente con herramientas de diferentes orígenes el instrumental necesario para abordar un objeto complejo.

A pesar que estas dificultades y situaciones dilemáticas no están resueltas, puede observarse el neto incremento en la última década de la preferencia del uso de técnicas cualitativas provenientes de las humanidades y las ciencias sociales en las investigaciones y en los trabajos académicos.

Esto resulta notorio si nos concentramos en el caso de los alumnos de los diferentes posgrados del área de Salud Pública, en sus trabajos y presentaciones y muy especialmente en la preparación de sus tesis. Siendo tesis individuales, realizadas por profesionales que provienen mayoritariamente del campo de la salud crecientemente se verifica que sus objetos de estudio les requieren utilizar un instrumental que se encuentra bastante alejado de su formación de grado.

El resultado es que las tesis se esmeran en la rigurosidad de los datos hallados y en la construcción de marcos teóricos que hacen referencia al objeto

ción.

de estudio pero no siempre son igualmente rigurosas en el encuadre metodológico y con frecuencia no contienen precisiones sobre el origen de las herramientas aplicadas, lo que reduce su comparación con otras tesis, con su posible aplicación en otras regiones o incluso la comparabilidad del mismo objeto consigo mismo en el tiempo.

La necesidad de orientar la diversidad de técnicas, los criterios de aplicación, los supuestos epistemológicos, los requisitos para su utilización rigurosa, los recaudos y las fuentes de consulta y asesoramiento tiene como objetivo abrir caminos para una mejora de la calidad de estos estudios, para la ampliación de las herramientas de intervención de la Salud Pública y para un uso adecuado y diversificado de las herramientas disponibles.

Pero además de su utilidad práctica, vale la pena tomar en cuenta que en este campo es básicamente donde se juega la posibilidad de una declamada pero en la práctica demorada construcción interdisciplinaria o transdisciplinaria para la Salud Pública.

La diferencia entre estos dos conceptos puede ser considerada relevante para la Salud Pública ya que mientras en la interdisciplina se verifica el encuentro de disciplinas para la investigación o la intervención la transdisciplina requiere la generación de herramientas y perspectivas ad hoc requeridas por la naturaleza misma del campo de estudio y transformación (en ese sentido podría considerarse la interdisciplinariedad como una meta para la salud y la transdisciplinariedad como una meta para la Salud Pública).

Al respecto Thompson Klein⁵ refiere que “la emergencia del campo de la Salud Pública, por ejemplo, desafía la tradicional división del conocimiento en medicina, como docentes e investigadores desarrollaron un marcado interés en ciencias sociales, de la conducta, de la comunicación, económicas y ecología”

La misma autora refiere una definición de la OCDE (Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo) sobre interdisciplinariedad que remite a la “comunicación de ideas y a la mutua integración de conceptos, metodologías, procedimientos, epistemologías, terminologías y datos organizados y la generación de un campo compartido de investigación y docencia”. Para la transdisciplinariedad en cambio las exigencias parecen mayores en amplitud y expectativas tales como “marcos conceptuales que trasciendan la

⁴ Viana Hissa, pp. 108.

mirada acotada de las disciplinas” “romper las barreras entre campos de conocimiento y desobedecer las reglas de la etiqueta de las disciplinas”.

Sin embargo las diferencias no son tan claras y el uso de estos términos se puede desestructurar de la lógica de “grados” de integración cuando se incluye la complejidad o grado de agregación de los objetos de estudio. Cuando los objetos de estudio se interpenetran en forma horizontal se puede apelar a la interdisciplinariedad (los conocimientos y métodos de diferentes profesiones y especialidades en el campo de salud), cuando los objetos se relacionan entre sí con un cambio de escala como en los casos de la ecología, el urbanismo, la administración o la Salud Pública puede ser más pertinente apelar a la transdisciplinariedad.

Si se analiza los desafíos en la frase de Guattari que abre este capítulo al ampliar el diálogo y la construcción de conocimiento a la población se puede ver las complejidades y desafíos y al mismo tiempo la importancia y pertinencia para la Salud Pública de desarrollar un abordaje transdisciplinario, que permita construir respuestas adecuadas a problemas relevantes con diferentes perspectivas y metodologías, involucrando más activamente a quienes están afectados por los problemas, usuarios, vecinos, personal de salud, etc.

Aportes en las metodologías de investigación cualitativa

La investigación cualitativa no es nueva en el campo de la Salud Pública pero ha estado dominada preponderantemente por los aportes de la antropología cultural, que ha sido probablemente la disciplina de las ciencias sociales con la más prolongada interacción con la medicina y las ciencias de la salud.

En este sentido encomendamos la lectura o relectura del trabajo de Llovet J. y Ramos S.⁶ que hace innecesario realizar un análisis panorámico de las herramientas disponibles en este campo y permite centrar el trabajo en lo que puede ser considerado: aportes más o menos recientes.

La incorporación constante de nuevas perspectivas resulta funcional también al desarrollo de mecanismos de *triangulación metodológica*. Esta metáfora que trae resonancias de los cálculos para la navegación es definida por Den-

⁵ Ver en bibliografía: Thompson Klein J., *Interdisciplinarity: History, Theory and Practice*.

⁶ Ver en la bibliografía: Llovet J. y Ramos S., *Hacia unas Ciencias Sociales con la Medicina*:

zin⁷ como “la combinación de metodologías en el estudio de un mismo fenómeno”, en otras palabras se refiere a la utilización de varias perspectivas teórico metodológicas, cuali y cuantitativas, para un mismo objeto en estudio como un mecanismo tendiente a objetivar mediante la validación cruzada los resultados de un proceso de investigación, neutralizando sesgos y complementando miradas y perspectivas. Campbell y Fiske⁸ lo mencionan en estos términos “... más de un método debe ser usado en el proceso de validación para asegurar que los fenómenos y variaciones detectadas reflejen los rasgos (del objeto) y no los del método.”

En este sentido resulta aún mayor el interés por mantener actualizado e incorporar sistemáticamente innovaciones en el instrumental de investigación.

Este desafío se muestra claramente en las investigaciones del CESS (Centro de Estudios Sanitarios y Sociales)⁹, que combinan abordajes de corte antropológico con enfoques propios de la metodologías cuantitativas, para lograr una más extensa y directa aproximación al universo de representaciones y valoraciones de la mujer en su vinculación con los servicios de atención.

Al respecto la tesis de Augsburg C. muestra la utilización combinada de dos abordajes metodológicos cuanti y cualitativos para esclarecer los límites y obstáculos en una epidemiología en Salud Mental. De igual modo lo hace Azcona S, para ampliar la descripción de las modalidades de práctica en salud bucal (ver bibliografía y Anexo).

Así pensado las distintas metodologías operan como hilos que componen la trama de la investigación que podrían ser comparados con los que forman un tapiz, con metodologías basadas en diferentes disciplinas, que producen entrecruzamientos a partir de intercambios y préstamos recíprocos.

En este sentido seleccionamos tres enfoques innovativos que podrían ser, y de hecho lo están siendo, incorporados al campo de la investigación en Salud Pública:

Obstáculos y Promesas.

⁷ En Jick T., *Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action*, pp. 135.

⁸ En Jick T., *Mixing Qualitative ... op. cit.*, pp. 136.

⁹ Ver en la bibliografía: Belmartino S., Bloch C., Luppi I., Schapira M., *Mujer y Servicios de Salud; una Perspectiva Crítica*; Luppi I., Belmartino S., Bloch C., Boggio G., Schapira M.,

Un aporte lo constituye el **paradigma indiciario**, planteado por Carlo Ginzburg¹⁰: paradigma que asume el desciframiento de la realidad a partir de síntomas, indicios o pistas. Prefiere colocar el foco de atención en aquellos elementos poco apreciados o inadvertidos por la observación común. Reconoce como antecedentes a fines del siglo XIX los estudios realizados por Morelli sobre la falsificación de cuadros, los estudios de Freud sobre el inconsciente, o la producción literaria de Conan Doyle a través del relato detectivesco, que nos llevan a considerar aspectos que exceden los tradicionales estudios racionales e incorpora saberes tradicionales, lenguaje del cuerpo, fallidos, expresiones sutiles que buscan develar la opacidad del mundo investigado.

Elizabeth Fee¹¹ describe cómo a fines del siglo XIX el rol del epidemiólogo se había popularizado como el de un rastreador o un cazador que busca al lobo responsable de la muerte de las ovejas.

Más recientemente Guerrero y cols.¹² en su texto de epidemiología mencionan una analogía similar, comparando la investigación en Salud Pública con la tarea del detective que busca a un asesino serial. (“El detective como epidemiólogo”).

Los cuentos policiales de Sherlock Holmes añaden siempre a lo racional un componente de intuición, corazonada o creatividad (serendipia) factores que también se entremezclan así en la investigación en salud. La conexión puede ser más que casual ya que aunque es un dato poco conocido, el autor Conan Doyle, menos famoso que su personaje, era médico de profesión. La referencia resulta interesante porque en trabajos fundantes autores como Umberto Eco y Carlo Ginzburg recuperan las tradiciones de la investigación detectivesca, los desarrollos del psicoanálisis y las técnicas de investigación en falsificación de cuadros¹³ lo que les sirve como base para propiciar una suerte de paradigma indicial en el campo de la investigación social.

Investigaciones Evaluativas en Servicios de Salud.

¹⁰ Ginzburg C., Morelli, *Freud y Sherlock Holmes Indicios y método científico.*

¹¹ Fee Elizabeth, *Disease and Discovery.*

¹² Guerrero R., González C. y Medina E., *Epidemiología.*

¹³ Denominado método morelliano, por Giovanni Morelli; este investigador revolucionó el mundo del arte estableciendo nuevos criterios científicos de adjudicación de autoría de muchos cuadros que eran falsamente adjudicados o no adjudicados a diferentes maestros de la pintura, todos los cuales dejaban su firma “en los detalles ínfimos” que operaban como una

En una fuerte conexión con el pensamiento estratégico y aun cuando por la naturaleza de este trabajo no podamos extendernos en consideraciones metodológicas, el método indicial resulta particularmente adecuado para investigar objetos en donde se presume “opacidad intencional”, es decir una realidad que permanece oculta por un esfuerzo consciente o inconsciente por no develar ciertas cosas que constituyen justamente el objeto de estudio.

En última instancia se podría decir que el intento de ocultar o hacer opaco un hecho “fallará” en su intento de ocultamiento en todo lugar y en todo momento. Sobre esta base autores como Foucault discuten con los autores modernos (entre ellos Marx) quienes sostenían que cada época debía ser analizada desde el país central, hegemónico o predominante. Este autor enfatiza la importancia de la estrategia de descentramiento del observador que encuentra muchas veces en la periferia el dato revelador que le es negado en el centro de la escena.

Otro aporte deviene de la **lingüística crítica**. Como línea de investigación sostiene que la descripción y explicación de las formas lingüísticas que aparecen en los enunciados tienden a “naturalizar” situaciones ideológicamente determinadas. No hay discursos neutros con respecto a la concepción del mundo: los discursos cristalizan una visión del mundo. Hacer un análisis crítico de los discursos producidos y circulantes en un contexto equivale a realizar una crítica social.

Entre las estrategias metodológicas apropiadas para esta tarea se encuentra: el determinar los grados de presuposición que un enunciado encierra; considerar ideológicamente las transformaciones que tienen que ver con el uso de adjetivos, diminutivos, voz pasiva, etc.

Algunas precisiones para valorar los aportes de esta perspectiva: el lenguaje (una especie de colonizador social del inconsciente) hace que estructuremos sistemáticamente una serie de relatos sobre lo que vivimos. Con frecuencia en investigación social “no investigamos las cosas” sino “lo que la gente dice sobre ellas” lo que lógicamente no es lo mismo. Foucault dedicó un texto a esta diferencia que consistentemente denomina “Las palabras y las cosas”.

Cuando se habla de discursos algunos autores precisan que no se refieren a todos los enunciados posibles sino sólo a aquellos que de alguna forma se realizan desde una situación de poder. Foucault lo enuncia así “el discurso surge para acallar el murmullo” en ese sentido el análisis del discurso sería una investigación sobre el poder, pero no meramente como una manifestación o epifenómeno sino también como un instrumento de poder en sí mismo.

La aplicación de esta perspectiva a objetos de la Salud Pública como el discurso sanitario, el discurso médico, etc. puede resultar revelador de las operaciones lingüísticas que se encuentran detrás de la microfísica de poder de las profesiones, más aun en la medida que pueden instalar su propio discurso en el espacio social. La estructuración, los valores, la intencionalidad, la eficacia y la legitimidad o ilegitimidad del uso de ese poder puede resultar un importante objeto de estudio.

El equipo de Raiter¹⁴ incluye en una publicación reciente sobre análisis del discurso y de la representación social dos artículos que analizan el tratamiento por parte de la prensa de dos conflictos hospitalarios ocurridos en nuestro país en los últimos años. Las técnicas aplicadas develan los imaginarios y supuestos ideológicos que manejan los medios acerca de temas tan centrales para la Salud Pública como la noción de hospital público, de sus usuarios legítimos o no legítimos, de la gratuidad, de la enfermedad, de los agentes en conflicto, etc.

Otro aporte lo constituye el de la **historia oral**: además de ser reivindicado como una técnica propia desde varias profesiones, como la antropología o el trabajo social es una línea de investigación desarrollado por la misma Historia y que supone una ruptura teórico metodológica respecto de la historiografía tradicional. En lugar de reconocer sólo validez científica a lo documental, la historia oral propone un encuentro con lo peculiar, con el relato anónimo, con la experiencia personal. Implica una experiencia de desciframiento del otro, para lo cual requiere de criterios precisos desde la recolección de datos hasta su análisis e interpretación. Esta técnica es especialmente importante para reconstruir la historia de un sector poco afecto a registrar sus avatares generando una rica historia que se mantiene en la memoria de sus protagonistas.

Por debajo de un “orden del discurso” reforzador de las condiciones reales de existencia, las historias de vida aportan un murmullo espontáneo, desordenado, cargado de gestualidad, emotividad, que es preciso tener en cuenta a la hora de analizar. Asumir la subjetividad de este tipo de investigación requiere conocer una serie de prerrequisitos y de estrategias que condicionarán la seriedad y la validez del trabajo.

La transcripción es una traducción, una serie de entrecruzamientos comunicacionales. Se trata de construir principios teóricos y procedimientos metodo-

verdadera firma.

¹⁴ Ver en la bibliografía: Raiter A., Zullo J., Sánchez K., Szretter Noste M., Basch M., Bello-

lógicos que ayuden a volver el mundo convivible en medio de sus diferencias. No se trata de simular la extinción de las asimetrías, sino de incorporar polifónicamente las distintas voces en el siempre inestable campo de la traducción.

La enorme producción material y simbólica de un campo como el de la Salud Pública en nuestros países llamativamente tiene escaso registro de su propio desempeño y con frecuencia una serie enorme de dispositivos sanitarios reformas micro o macroinstitucionales, hechos marcantes para generaciones de sanitarios carecen de documentación accesible que explique las condiciones de su surgimiento, las especulaciones, las alternativas descartadas, etc.

Los trabajos de Belmartino y Bloch¹⁵, que reconstruyen la historia del sector salud recurriendo a entrevistas en profundidad a informantes clave son un claro ejemplo de las bondades y de la necesidad de usar técnicas de este orden.

Son escasos y valiosos los intentos por reconstruir esta historia que incluye con frecuencia la historia oral y muchos temas carecen de una buena reconstrucción pero vale la pena señalar en un sentido auspicioso la importancia de una reciente publicación, consecuencia de una tesis de doctorado de Visacovsky, sobre el Hospital de Lanús y sobre la “Escuela de Goldemberg”, un fenómeno importante de la historia social política y sanitaria de nuestro país que requería estudios de estas características.

El campo de investigación

“Así fue como emprendimos esta investigación en busca de evidencias. Actuábamos en un área desconocida y arrancábamos de problemas que son en sí mismos un enigma. Pero no se trataba solamente de eso sino de un vacío en el conocimiento y, a diferencia de investigadores experimentados, si bien habíamos identificado ese enigma, ignorábamos que no encontraríamos evidencia científica previa para que pudiésemos revisar sus características”. Giberti, Chavanneau y Taborda¹⁶

Como es habitual, la selección de las estrategias más adecuadas, —también en el campo de la investigación—, depende en buena medida de los objetivos que se quieren alcanzar y surgen de un diálogo imaginario (o no tanto) entre el

ro V., Perez S., García P., *Representaciones sociales*.

¹⁵ Ver en la bibliografía: Belmartino S., Bloch C., *El Sector Salud en Argentina; Actores Conflictos de intereses y modelos organizativos*.

sujeto que investiga (sujeto individual o colectivo) y el objeto investigado (en ocasiones habitado, y con quien, en consecuencia, se puede dialogar).

En un sentido más comprensivo el objetivo de la investigación es la producción de conocimiento y las metodologías son sus herramientas. La frecuente inversión de esta ecuación podría ser explicable ya que como la producción científica pretende validarse a sí misma en ocasiones una investigación puede esconder falta de ideas tras el uso de métodos rigurosos.

Esto se ha agravado en un contexto de estímulos productivistas a la investigación científica, la referencia aquí es a los sistemas de estímulos económicos atados a número de investigaciones, número de publicaciones en revistas con referato, índice de citaciones, que ha generado en muchos países fenómenos tales como investigaciones que se fragmentan para producir más publicaciones o investigaciones que son publicadas más de una vez en formatos diferentes, o bases de datos que se explotan hasta el cansancio con diferentes hipótesis, etc.

Sir Richard Doll, uno de los epidemiólogos que consiguió probar la asociación entre cigarrillo y cáncer de pulmón, mencionaba en el Congreso de Epidemiología del Cáncer (Buenos Aires 1980): “Me gustaría que hubiera menos investigaciones y más ideas”.

Algunas estrategias para seleccionar una metodología de investigación

La separación que se realiza a continuación es una operación de desglose, casi taxonómica que tiene un uso exclusivamente didáctico ya que en la práctica las investigaciones no se orientan excluyentemente a sólo uno de estos objetivos.

1. El Investigador como explorador

Lo que se procura es abordar un objeto nuevo, ingresar a una tierra desconocida o poco explorada para la Salud Pública, sin saber a ciencia cierta lo que se va a encontrar, para lo cual se necesitan herramientas flexibles para registrar fielmente los datos hallados, para poder procesar en tiempo diferido y dejarse sorprender, haciendo que el investigador se utilice a sí mismo como instrumento (se instrumente) en las múltiples dimensiones de la percepción, to-

mando registro de impresiones, sensaciones e intuiciones que pueden dar origen a nuevas investigaciones.

Herramientas tales como entrevistas en profundidad, entrevistas grupales, historias de vida, observación participante, recursos propios de la etnografía, de la comunicación social, con el simultáneo registro (grabaciones de audio o video, cuadernos de notas, etc.).

Ejemplo de investigación de este tipo puede ser el indagar las formas como los usuarios viven su experiencia de ser atendidos en los servicios de salud para utilizarlas como información estratégica en los procesos de calidad.

En esta línea de investigación en la tesis realizada por Gerlero S. (ver Anexo) se desarrolla una investigación epidemiológica centrada en la comprensión del modo en que el Vih/SIDA se inscribe a nivel subjetivo y social en mujeres afectadas por el virus.

2. El investigador como baqueano o como detective

El objeto en estudio es refractario a la investigación tradicional, esconde un secreto. Como todo objeto sobre el que se investiga resulta opaco, pero aquí su opacidad puede ser intencional, se trabaja sobre temas sobre los que no se habla o sobre lo que se ha construido un discurso engañoso, genérico, vacío; porque es tabú, porque es delito, porque no conviene, por prejuicios.

Aquí las técnicas a utilizar procuran ingresar por donde las resistencias son menores, son abordajes indirectos, indiciarios, en busca de detalles, pistas, rastros, fallas. Con preguntas indirectas, contrastando evidencias con discursos, etc.

Herramientas tales como: lingüística crítica, método indiciario, elementos de psicoanálisis, psicolingüística, pueden servir en la tarea del investigador.

Ejemplos de investigaciones de este tipo: encuestas de contactos en enfermedades venéreas, iatrogenias en los servicios de salud, discurso médico, etc.

3. El investigador como des-naturalizador

El objeto en estudio parece obvio, es natural, “así ha sido siempre”, carece de atractivo, ¿quién investigaría algo así?. Se entiende que el objeto ha sido na-

turalizado y que esa puede ser justamente una estrategia de poder, la ideología que subyace a esa naturalización la que debe ser desarmada a través de dispositivos que reinterroguen, que generen un cierto extrañamiento, que rompan las trampas de percepción que lo caracterizan. Esto ocurre también en los casos en que el investigador define un objeto de estudio con el que está demasiado familiarizado y su percepción está dificultada por “la falta de distancia”, por el acostumbramiento y la cotidianeidad de hechos que para él ya se han naturalizado.

Herramientas provenientes de la antropología cultural, la etnografía, lo que E. Verón¹⁷ llama la semiosis social pueden ser útiles en este intento.

Ejemplos: violencia familiar, relación médico-paciente, análisis de la publicidad, o la investigación en ámbitos en los que el investigador mismo trabaja. Este último caso hace recordar las dificultades de uno de los trabajos pioneros de Bourdieu quien realizando una verdadera inversión de sentido aplicó la etnografía —una técnica utilizada para relevar culturas exóticas— a la universidad francesa; trabajo publicado en su libro “*Hommo Academicus*”¹⁸.

Los trabajos de Luppi I. (ver bibliografía y Anexo), en los que analiza particularmente la relación médico paciente, a partir de cómo es visualizada por los propios profesionales, cómo explican sus recursos para aumentar la eficacia de su práctica con mujeres hipertensas, se pueden mencionar como orientados en este sentido.

4. *El investigador como arqueólogo*

Al decir de Barthes “las cosas pierden la memoria que alguna vez fueron hechas”. Existe una operación ideológica en borrar el origen de las cosas para esconder los significados originales que se puede revertir en un estudio genealógico. Por otro lado hay objetos cuya dinámica resulta tan inaccesible para la mirada contemporánea que parecen invariantes. El investigador quiere hacer surgir el objeto y requiere una mirada diacrónica, relevar un ciclo más o menos extenso. No se trata de hacer una historia del objeto más o menos acomodada a su exaltación (como a veces ocurre con la historia de la

¹⁶ Ver en Bibliografía: Giberti E., Chavanneau de Gore S., Taborda B., *Madres excluidas*, p. 9.

¹⁷ Verón E., *La semiosis social*.

medicina). Se trata más bien de ver al objeto inserto en la historia, entender las circunstancias en que ciertas tecnologías fueron incorporadas.

Herramientas como el relevamiento documental (archivista), o la historia oral sirven para recuperar, memorias, relatos, datos que en determinado momento pueden arrojar nuevos elementos que develen el significado de lo que es actualmente decodificado de otra forma (por ejemplo recuperar que un antecedente relevante de la Salud Pública como los textos de Peter Frank en el siglo XVIII Se denominaba “Tratado de Policía Sanitaria” puede resultar revelador de los diferentes contratos implícitos entre el saber sanitario y la organización del Estado. Una variante diferente de la construcción de una crónica (generalmente periodizada) es la que propone Foucault en sus genealogías estructurando secuencias de hechos relevantes, genéticos, que dejaron marca en el objeto que se estudia. Desde cuando se utiliza determinada técnica, se aplica uno u otro producto.

Entre los ejemplos de objetos relevados con esta lógica puede verse los estudios de sociología de las profesiones: temas tales como el impacto de la época victoriana en la actual conformación de la profesión de enfermería.

Las relaciones entre el auge de la fisiología, la ergonomía y el taylorismo a principios del siglo XX.

Los trabajos de Schapira M. (ver bibliografía y Anexo) sobre el proceso de profesionalización de la Odontología Argentina (1800-1940) o el de Taiboada E. que reconstruye por historia oral y estudio de documentación la genealogía de una gestión, se orientan en este cometido.

5. El investigador como analista del discurso

El discurso es una herramienta de poder, es un dispositivo de disciplinamiento y en tanto tal pasible de ser analizado, desarmado en sus estrategias y en sus tácticas, en lo que explicita y en lo que subyace.

La medicina, la Salud Pública, las ciencias de la salud construyen y deconstruyen sistemáticamente nuevos discursos en tanto “disciplinas” que intentan organizar la realidad de una determinada manera en arreglo a fines instrumentales. Una buena parte de su eficacia depende de la potencia de sus discursos. Curar de palabra, revestir de magia la eficacia de un medicamento o dispositivo terapéutico, el efecto placebo, muestran que esta perspectiva

permite abordar una materia prima muy central en el análisis de las prácticas de salud.

El lenguaje en esta perspectiva no es considerado un epifenómeno de otras relaciones o vínculos sino un instrumento en sí mismo.

Herramienta apta en este sentido resulta la teoría de los actos de habla que considera que cada enunciado posee un significado proposicional, una dimensión intencional que produce efectos en la audiencia. La teoría de la enunciación recoge de Bajtin¹⁹ su concepción dialógica y polifónica del lenguaje. El estudio de la subjetividad propuesto por Benveniste²⁰ que habla de una enunciación siempre situada contribuyen a mostrar el grado de implicación del sujeto en la secuencia discursiva.

El postestructuralismo, bajo la influencia de Foucault, Derrida y Barthes, señala las maneras en que el lenguaje moldea el conocimiento y nuestra concepción de la realidad, tomando distancia del énfasis que los estructuralistas pusieron en las estructuras rígidas de significado.

Ejemplos de estos estudios son las investigaciones sobre la retórica de científicos desde Copérnico, Newton, Descartes y Einstein, así como también estudios sobre las zonas oscuras, ignoradas y hasta reprimidas de la magia, la alquimia y los saberes médicos no hegemónicos.

En parte la tesis de Rabuske M. (ver Anexo) buscando develar mediante métodos cualitativos las relaciones interprofesionales en la realidad cotidiana del Hospital se orienta en este sentido.

6. *El investigador como socio-analista*

Dado que entre los objetos de estudio de la Salud Pública se encuentra la investigación “en” y “de” servicios de salud y que estos se han vuelto organizaciones cada vez más complejas, la tarea de desentrañar las estructuras y los funcionamientos de las instituciones deviene en una tarea crecientemente problemática.

Existe una larga tradición de investigaciones que bajo diferentes denominaciones: análisis organizacional, espacio institucional, socioanálisis, etc.

¹⁸ Bourdieu P., Homo Academicus.

¹⁹ Bajtin M., *Yo también soy* (Fragmentos sobre el otro) DF 2000.

pueden aplicarse y se han venido aplicando al Campo de la Salud Pública y a sus grandes organizaciones.

En parte los trabajos de Enrí G. (ver anexo) sobre evaluación del programa de tuberculosis, el de Aronna evaluando la gestión del PROMIN se orientan en este sentido.

Una mirada de síntesis

Con frecuencia en el campo de la Salud Pública el objeto que se desea investigar reclama herramientas que se encuentran bastante alejadas de la formación de base de los circunstanciales investigadores.

Frente a esto las reacciones suelen ser complejas, desde quienes perciben la necesidad de custodiar el uso experto de las metodologías con el mismo razonable celo con que se denuncia en otros el “ejercicio ilegal de la medicina”, hasta quien imagina ver en los grupos interdisciplinarios la panacea para cualquier objeto de investigación.

Sin embargo la realidad resulta más compleja. La primera consideración deviene del objeto de investigación, es él quien reclama determinadas herramientas de análisis, sin desconocer la paradoja que en ocasiones es el instrumental de análisis el que construye el objeto.

La selección abierta y preliminar del instrumental de análisis servirá para definir el objeto y el diálogo con profesionales del campo experto resulta altamente recomendable, sea que estos operen como asesores o se incluyan en el equipo de investigación.

Lo que resulta de todas maneras importante de señalar por el carácter de este trabajo es que no se adquiere maestría en la aplicación de un instrumento hasta que no se comprenden las teorías que lo sustentan.

Aunque parezca alejado, un ejemplo que sirve para ilustrar el uso descontextualizado de un instrumento es el siguiente: es frecuente, en la actualidad, que institutos de investigación de renombre internacional exploren técnicas y farmacopea de medicinas tradicionales, más allá de los intentos de realizar prolijos estudios farmacodinámicos la comprensión resulta empobrecida porque los estudios con frecuencia no incluyen la investigación de las tradiciones y de la cultura en donde estas técnicas y fármacos parecen haber probado su eficacia.

La construcción de interdisciplina, como se ha visto, resulta uno de los desafíos más apremiantes para la Salud Pública. Ya sea por la naturaleza mul-

tidimensional de la misma o por el creciente reconocimiento que los estudios especializados y mono disciplinares están alcanzando rendimientos decrecientes, la interdisciplinariedad es un imperativo para este campo.

Sin embargo resulta más fácil enunciarlo que llevarlo a la práctica; los distintos campos de conocimiento que se ponen en contacto pueden producir una verdadera Babel de conocimientos, no sólo por los lenguajes y códigos de cada disciplina sino hasta por las mismas matrices de conocimiento que dificultan la comprensión de los campos más alejados de nuestra propia formación.

Quienes a pesar de esta complejidad o tal vez a partir del reconocimiento de esa dificultad decidan emprender este camino deberán desarrollar un alerta y una actitud de escucha y aprendizaje con el mismo respeto e interés de quien se aventura en tierras extrañas, dispuesto a aprender y a comprender lo que ve y escucha, inserto en su espacio y tiempo cultural.

En último caso y recuperando los mencionados trabajos de Bourdieu la construcción interdisciplinaria puede considerarse un caso particular dentro de las construcciones multiculturales²¹.

Aportes todos estos que buscan traducir, transcodificar los diferentes procesos de autoconstrucción (autopoiesis) por los cuales los investigadores están continuamente revisando la naturaleza propia y la ajena, la sociedad con sus márgenes y exclusiones, valores y antivalores, sujetos y objetos, creaciones y destrucciones.

Como ya se ha mencionado el uso de diferentes técnicas cuali y cuantitativas, en una adecuada triangulación combinando métodos, puede aplicarse a diferentes prácticas en donde la investigación resulta un factor relevante para la calidad, la eficacia o el impacto de las acciones.

En la gestión, en los movimientos de gestión de calidad centrado en el usuario, en la programación local, en la epidemiología sin números, en la docencia de posgrado, en los trabajos monográficos y en la producción de tesis, etc.

Se trata de recuperar la cientificidad del campo de la Salud Pública, más afecta en los últimos tiempos a producir dispositivos discursivos que a generar nuevo conocimiento. No se propicia un retorno empirista como el que podría suponer un movimiento de "toma de decisiones basada en evidencia", es mucho más que evidencia lo que produce la investigación: conocimiento, comprensión, interpretación, conexiones, etc. Se trata sobre todo de volver a

²⁰ Benveniste E., *Problemas de Lingüística General*, Siglo XXI, México DF, 1971.

equilibrar para la Salud Pública lo que ha sido base de su propia esencia: rigurosidad científica con compromiso social.

Bibliografía

- Augsburger A., "La investigación en el campo de la Salud Pública; extendiendo su uso", *Cuadernos Médico Sociales*, N° 81, Rosario, Mayo, 2002.
- Azcona M. S., *Modelo de Atención Odontológica en la Salud Pública Municipal*, UNR Editora, Rosario, 2002.
- Ball S., *Foucault y la Educación. Disciplinas y Saber*, Morata editora, Madrid, 1993.
- Bajtín M., *Yo también soy (Fragmentos sobre el otro)*, Ed. Taurus, México DF, 2000.
- Benveniste E., *Problemas de Lingüística General*, Siglo XXI, México DF, 1971.
- Bermann Sylvia, *Trabajo Precario y Salud Mental*, Narvaja Editor, Córdoba, 1997.
- Belmartino S., Bloch C., *El Sector Salud en Argentina; Actores Conflictos de Intereses y Modelos Organizativos*, OPS/OMS Representación Argentina, Buenos Aires, 1994.
- Belmartino S., Bloch C., Luppi I., Schapira M., *Mujer y Servicios de Salud; una Perspectiva Crítica*, Publicación del CESS, Rosario, 1996.
- Bourdieu P y Wacquant L., *Respuestas por una Antropología Reflexiva*, Grijalbo Editores, México DF, 1995.
- Bourdieu P., *Homo Academicus*, Stanford University Press, Stanford, 1988.
- Bronfman M., Langer A. y Trostle J., *De la Investigación a la Política: La difícil traducción*, Manual Moderno e Instituto Nacional de Salud Pública, México DF, 2000.
- Butelman I., *El Análisis Institucional, Origen Grupal y Desarrollos*, en "El Espacio Institucional" Tomo 2, Ed Lugar, Buenos Aires, 1991.
- _____, *Pensando las Instituciones* Paidós, Buenos Aires, 1996.
- Checa S., Rosemberg M., *Aborto Hospitalizado*, Ediciones El Cielo por Asalto, Buenos Aires, 1996.
- De Brasi J., Fernández A. M., *Tiempo Histórico y Campo Grupal*, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1993.
- De Souza Minayo M., *El Desafío del Conocimiento; Investigación Cualitativa en Salud*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 1997.
- Fernández A. M., "Laberintos Institucionales" en *El Espacio Institucional*, Tomo 1, Ed Lugar, Buenos Aires, 1991.

- _____. *El Campo Grupal; Notas para una Genealogía*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1989.
- Fee E., *Disease and Discovery*, John Hopkins University Press, Baltimore, 1990.
- Foucault M., *Las Palabras y las Cosas*, Siglo XXI, México, 1986.
- Franco Agudelo S., *El Quinto: No Matar; Contextos Explicativos de la Violencia en Colombia*, Tercer Mundo Editores, Bogotá, 1999.
- García Manzanedo H., *Manual de Investigación aplicada en Servicios Sociales y de Salud*, La Prensa Médica Mexicana.
- Giberti E., Chavanneau de Gore S., Taborda B., *Madres Excluidas*, Editorial Norma, Buenos Aires, 1997.
- Ginsburg C., Morelli, "Freud y Sherlock Holmes Indicios y Método científico" en Eco U. Sebeok T., *El Signo de los Tres*, Editorial Lumen.
- Gogna M. y Ramos S., (comp.) *Experiencias Innovadoras en Salud Reproductiva*, Consorcio Latinoamericano de Programas de Salud Reproductiva y Sexualidad, CEDES, Buenos Aires, 2002.
- Guerrero R., Gonzalez C. y Medina E., *Epidemiología*, Fondo Educativo Interamericano, Bogotá, 1981.
- Ibáñez J., *Del algoritmo al Sujeto; Perspectiva de la Investigación Social*, Siglo XXI, España.
- _____. *Por una Sociología de la vida cotidiana*, Siglo XXI, España, Madrid, 1994.
- _____. *El regreso del Sujeto*, Siglo XXI, España, Madrid, 1991.
- Jick T. Mixing, "Qualitative and Qualitative Methods: Triangulation in Action", en Van Maereen J., *Qualitative Methodology Administrative Science*, Quarterly, 1983.
- Lindloff T.: "El Planeamiento de la Investigación Cualitativa", adaptación de un capítulo del libro *Qualitative Communication Research Methods Sage*, Publications Thousand Oaks, 1995.
- Lopez de Cevallos P., *Un método para la Investigación Acción Participativa*, Editorial Popular, Madrid, 1987.
- Luppi I., *El Encuentro Médico Paciente; ¿Armonía o Conflicto?*, UNR Editora, Rosario, 2001.
- Luppi I., Belmartino S., Bloch C., Boggio G., Schapira M., "Investigaciones Evaluativas en Servicios de Salud" en *Cuadernos Médico Sociales*, N° 64, 1993.
- Llovet J., Ramos S., "Hacia unas Ciencias Sociales con la Medicina: Obstáculos y Promesas", en Ardí y cols *Ciencias Sociais e Medicina*, CEMICAMPS, Campinas, 1994.
- Pellegrini Filho A., *Ciencia en Pro de la Salud*, OPS/OMS, Publicación científica 578, 2000.
- Pellegrini J., *Alcoholismo Identidad y Grupo*, Ediciones cinco, Buenos Aires, 1992.

184 La formación de posgrado en salud pública; nuevos desafíos, nuevos caminos

- Raiter A., Zullo J., Sánchez K., Szretter Noste M., Basch M., Belloro V., Perez S., García P., *Representaciones Sociales*, EUDEBA, Buenos Aires, 2002.
- Sacchi M., *Mortalidad Infantil; un Nombre, un Rostro, una Familia*, FLACSO-Publicaciones CBC, Buenos Aires, 1997.
- Salazar M. (comp.), *La Investigación Acción Participativa; Inicios y Desarrollos*, Editorial Popular, (En Argentinas coeditó Humanitas), Madrid, 1992.
- Taylor S. y Bogdan R., *Introducción a los Métodos cualitativos de Investigación*, Paidós Studio, Buenos Aires, 1986.
- Thompson Klein J., *Interdisciplinarity; History, Theory and Practice*, Wayne State University Press, Detroit, 1990.
- Verón E., *La Semiosis Social*, Gedisa, Barcelona, 1993.
- Vianna Hissa C. A., *Mobilidade das Fronteiras; Insercoes da Geografia na crise da Modernidade*, Editora UFMG, Belo Horizonte, 2002.
- Visacovsky S., *El Lanús; Memoria y Política de una Tradición Psiquiátrica y Psicoanalítica Argentina*, Alianza Editorial, Madrid/ Buenos Aires, 2002.

Anexo I

Instituto Lazarte: Tesis Defendidas.

A modo de orientación sobre temas y metodologías aplicadas en la investigación de tesis* de la Maestría de Salud Pública del Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario - Instituto de la Salud Juan Lazarte, se presenta el siguiente cuadro.

Autor	Título	Breve caracterización
ADUE, IRENE	Mercado y condiciones de trabajo del personal de enfermería de la ciudad de Rosario.	Estudio basado fundamentalmente en información de orden cuantitativa, obtenida a partir de la aplicación de un cuestionario de encuesta a una muestra de profesionales. Incorpora algunas cuestiones de orden simbólico, a partir de la consulta a informantes clave, a los fines de brindar una más completa descripción de las condiciones laborales presentada.
ARONNA, ALICIA	Evaluación de Gestión del Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN)	Estudio de caso, como tal, recurre a una diversidad de fuentes para la obtención de datos, tanto cualitativos como cuantitativos, apuntando a obtener una mayor validez al diseño. Junto a una evaluación del proceso de atención basada en los registros de condiciones trazadoras, se realizan entrevistas en profundidad para indagar la comprensión de los sentidos que los propios involucrados confieren a las acciones realizadas, a sus experiencias.
AUGSBURGER CECILIA	Epidemiología en Salud Mental: construcción de bases conceptuales	La utilización combinada de dos abordajes metodológicos, cuantitativo y cualitativo, diferenciados en el transcurso del estudio, procura una mejor comprensión de los ejes problemáticos propuestos para esclarecer las limitaciones y obstáculos presentes en la producción de información epidemiológica sobre la salud mental, en el ámbito de los servicios de salud: las taxonomías, las lógicas de registro, la perspectiva de los profesionales.

²¹ Bourdieu P. y Wacquant L., *Respuestas por una Antropología Reflexiva*.

* Se incluyen sólo las tesis que cumplieron con la instancia de Defensa oral y pública con anterioridad al 5 de setiembre del 2002.

Autor	Título	Breve caracterización
AZCONA, SUSANA	Descripción del modelo de atención en relación a los procesos constitutivos de modalidades de prácticas en salud bucal en los servicios municipales del sector norte de la ciudad de Rosario.	Se recurre a ambas aproximaciones metodológicas, cualitativa y cuantitativa, bajo un enfoque relacional. Se recuperan, por un lado los registros de atención y prestaciones brindadas, por el otro, las representaciones sociales, actitudes y valoraciones de los profesionales odontólogos en los servicios y en su interacción con la población demandante. También se apela a la observación para captar fenómenos y sucesos en relación con los aspectos estructurales, organizacionales y de interacción profesional.
BASCOLO, ERNESTO	Microeconomía de la Organización de los Servicios de Salud.	Tesis de carácter teórico, que procura elaborar un esquema conceptual a partir de revisar críticamente las herramientas analíticas disponibles en la teoría económica y en la teoría de la administración para el estudio de la problemática de las organizaciones en los servicios de salud. Se realiza un recorrido histórico para visualizar el estado actual, con la intención de ordenar las categorías más importantes.
ENRIA, GRACIELA	TBC. Historia de una lucha –prolongada	Se trata de la evaluación de un programa basada en el análisis de los documentos escritos, de entrevistas personales a diferentes actores, complementada con observación en espacios diversos de actuación. Este abordaje le permite incursionar en esferas de conflicto y resistencia, obstáculos, vivencias y sucesos relacionados con la enfermedad, la perspectiva de los destinatarios de las acciones programáticas.
GARROTE, NORA	La alimentación infantil en familias en situación de pobreza en la ciudad de Rosario	La estrategia cualitativa elegida, el trabajo de campo etnográfico con un reducido número de casos, responde a la preferencia por observar las prácticas antes que atender solamente a las especulaciones que los propios agentes pueden hacer acerca de éstas y posibilitar un registro más complejo. Las técnicas escogidas para el relevamiento de lo cotidiano fueron la observación y las entrevistas en profundidad, complementadas con recordatorios y encuestas familiares de 7 días.
GERLERO, SANDRA	El problema del Vih/Sida en mujeres	Se propone la inclusión de la noción de sufrimiento como categoría que enlaza la subjetividad con el daño material

Autor	Título	Breve caracterización
		<p>que la enfermedad produce en el cuerpo. La experiencia de enfermedad y su padecimiento se abordan con entrevistas en profundidad y observación participante recuperando, a través de las trayectorias de vida de un grupo de mujeres, los significados e interpretaciones que las mismas le otorgan al vivir con Vih en el contexto de la cotidianidad y en el entramado de sus condiciones de vida.</p>
JALIT, SONIA	El hospital S.A.M.Co. de Rafaela. Forma Organizativa, perfiles de producción y mecanismos de financiamiento	Estudio basado en fuentes documentales, que busca recuperar la historia del hospital durante los años 90, las transformaciones o continuidades verificables en su estructura organizativa y la relación entre ésta, las nuevas modalidades de financiamiento disponibles y el perfil de producción de servicios. Se contrasta la actual organización con las directrices elaboradas en las corrientes analíticas problematizadoras sobre gestión y administración hospitalaria.
LUPPI, IRENE	Proceso de salud/enfermedad y capacidad resolutive de los servicios de salud desde la perspectiva de los médicos	Se identifica como estrategia principal metodológica la realización de entrevistas en profundidad a los fines de recuperar cómo las representaciones sociales construidas por los médicos en torno al encuentro médico/paciente se revelan y se expresan en su dimensión cotidiana. La triangulación con otras fuentes, observación del contexto, entrevistas a informantes clave, registros clínicos, responde a una distinción metodológica que reconoce una cierta distancia entre lo que los individuos dicen y lo que hacen, entre discursos y prácticas.
RABUSKE MARILENE	Desvelando obstáculos para la práctica interdisciplinar no contexto hospitalar	Se recurre a los métodos cualitativos para ofrecer una descripción más abarcativa de la realidad cotidiana del hospital, las relaciones interprofesionales dentro del equipo: las vivencias de los sujetos, sus propias experiencias. Bajo una comprensión de las estructuras e instituciones como resultado de las acciones humanas, se busca develar cómo las personas actúan en función de sus creencias, percepciones, sentimientos, valores y cómo su comportamiento tiene siempre un sentido, un significado, que no siempre se da a conocer de modo inmediato.

Autor	Título	Breve caracterización
SCHAPIRA, MARTA	Proceso de Profesionalización de la Odontología Argentina (1800-1940).	Bajo un enfoque de historia social, el trabajo se inscribe en una línea de estudios de procesos, basándose centralmente en la estrategia de revisión de fuentes documentales. En este caso, la perspectiva socio-histórica implementada tiene por finalidad reconstruir las condiciones del pasado y acceder a la comprensión de los actores, conflictos, identidades, procesos y estrategias, para entender su conformación en el presente.
TABOADA, ERNESTO	El proceso de gestión de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario en el período 1989- 1995.	Se ofrece una descripción en base a la consulta de fuentes documentales y a la identificación de hechos relevantes según el relato de los testigos y actores involucrados en la gestión. Dichos relatos son los que orientan el análisis e interpretación aportando conceptos adoptados, marcos valorativos, modos de relaciones entre actores. En este caso se plantea la problemática de la perspectiva del autor involucrado en el (propio) objeto de estudio, que se contrasta con el conocimiento previo de autores (externos).

6

CAPÍTULO

Desarrollo del Sistema de Salud en el espacio inter fronterizo Argentino-Paraguayo

DR. ALFREDO ZURITA^a
DR. JORGE LEMUS^b
DR. RAFAEL GUEVARA^c
DR. GUSTAVO CRISTALDO^d
DR. CARLOS ROSALES^e
LIC. ROSA MARÍA BORRELL^f

^a Profesor titular del Departamento de Salud Pública de la Universidad del Nordeste.

^b Profesor Titular de la Universidad de Buenos Aires (UBA).

^c Profesor de práctica de la UBA.

^d Director de Investigaciones del Instituto Nacional de Salud del Ministerio de Salud de Paraguay.

^e Consultor en desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la OPS/OMS, Paraguay.

^f Consultora en desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la OPS/OMS, Argentina.

Antecedentes

La Cooperación técnica entre países (CTP) es la ejecución y gestión de las actividades y proyectos de desarrollo por instituciones de los países en desarrollo en que ellos comparten las experiencias y capacidades técnicas mutuas y utilizan, cada vez que es necesario, el asesoramiento y apoyo financiero de fuentes externas, en este caso la Organización Panamericana de la Salud. A este respecto, la CTP es una parte integral de los programas nacionales, regionales e interregionales de cooperación técnica internacional.

Los principios de la cooperación técnica entre países que deben sustentar las propuestas elaboradas entre los Estados con la cooperación de OPS/OMS son:

- *Solidaridad*. Principio de hermandad entre los países por el cual dos o más de ellos aúnan esfuerzos para el logro de objetivos y metas comunes, y/o a la causa del otro(s), en una relación horizontal, en función de sus necesidades y prioridades de desarrollo.
- *Soberanía*. Principio de libre determinación de los Estados y mutua cooperación en el marco de la integración de los países, las regiones y entre ellas. Implica la no injerencia en asuntos internos de los países independientemente del grado de desarrollo económico, social y cultural de éstos.
- *Dignidad*. Principio que reafirma la legitimidad e igualdad de derechos y respeto a la diversidad de los países y entre ellos, sin condicionamientos ni dependencia entre cooperantes. Cada país es donante y receptor a la vez, en consideración de sus recursos y potencial humano, político, social, cultural, económico, técnico y científico.
- *Equidad*. Principio que rige las relaciones de los Estados en materia de cooperación, basada en una visión de imparcialidad y justicia trabajando estrechamente con los países en menor grado de desarrollo, los que

carecen de litoral; los insulares, los que confrontan problemas especiales que necesitan de mayores esfuerzos y concentración de recursos para acelerar su desarrollo humano y económico.

- *Construcción de capacidades.* Principio basado en el desarrollo interno, que crea las condiciones de fortalecimiento, confianza y potencialidad de las capacidades y talentos nacionales de los países.
- *Sostenibilidad.* Principio de continuidad y autogestión por el cual los procesos o proyectos emprendidos por los países en el marco de la CTP aseguran su permanencia en el tiempo y su propia capacidad de mantenimiento.

En este caso se describe el comienzo de una experiencia de CTP en el área ínter fronteriza Argentina/Paraguay. Este área es sumamente extensa y con perfiles de salud diferenciados con respecto a otras regiones de ambos países. La situación socioeconómica y sanitaria es sin embargo muy similar y existe una relación de hecho entre los servicios de salud

Han existido una serie de experiencias previas de trabajo ínter fronterizo que es necesario rescatar tanto en sus fortalezas como debilidades, que no han sido recuperadas desde el punto de vista del aprendizaje, no existiendo un registro de las mismas.

Desde este proyecto se consideró como oportunidad el desarrollo de una propuesta de trabajo articulada de las regiones sanitarias involucradas así como la posibilidad de convocatoria de otros sectores no gubernamentales, tomando como base el componente de educación permanente como estrategia de trabajo para la construcción de capacidades en salud pública interfronteriza.

Como sujeto de intervención del proyecto se identifica al personal de salud que prestan servicios directos a estas poblaciones ínter fronterizas. Se parte de la base que es necesario fortalecer los procesos locales y al mismo tiempo ir construyendo redes de trabajo que recuperen y registren el aprendizaje de esta experiencia.

Para dar inicio al proyecto se planteó la necesidad de elaborar un diagnóstico participativo de la situación de salud ínter fronteriza y necesidades de capacitación e investigación en salud pública, enfocadas fundamentalmente a las áreas de epidemiología, gestión y desarrollo de servicios, aunque desde un inicio no se descartó la identificación de algunos otros campos que los funcionarios consideren relevantes.

Si bien se reconoce que el proyecto cuenta con recursos modestos, se espera realizar un ejercicio exhaustivo de análisis y priorización para garantizar un impacto adecuado y de esta forma constituirse en una experiencia “semi-lla” que permita promocionar y obtener financiamiento para otras experiencias posteriores en el marco del MERCOSUR o de otros proyectos subregionales.

Contexto del Proyecto

Argentina y Paraguay, tienen una extensa frontera fluvial, que se extiende por más de mil kilómetros entre ambos países, desde Asunción, la capital de la República de Paraguay, ubicada en la margen del río Paraguay en el Oeste, hasta la unión de los ríos Paraná e Iguazú, en la zona de las Cataratas del Iguazú en el Este.

Aunque solo hay puentes en tres lugares¹, los caudalosos ríos Paraguay y Paraná, que constituyen esta frontera no son obstáculo para que las poblaciones costeras hayan desarrollado una compleja interacción económica y social por vía fluvial, que incluye extensos lazos familiares entre ambas riberas, siendo además la bi-nacionalidad una situación frecuente.

La cultura de raíz guaraníca es también común, especialmente en los estratos populares. La situación socioeconómica no es diferente de ambos lados, ya que a pesar de ser el Paraguay un país de menor desarrollo relativo que Argentina, el norte de Argentina es la región más pobre del país, por lo tanto los problemas de salud son similares.

Los servicios de salud son utilizados en forma simultánea y complementaria, dependiendo de las facilidades existentes en cada caso, pero es en la disponibilidad de servicios de media y alta complejidad donde ambas orillas se diferencian.

Con excepción de Asunción, las poblaciones costeras de Paraguay son pequeñas y con servicios de baja complejidad, en tanto que, a lo largo de la ribera argentina se encuentran las capitales de cuatro provincias argentinas, ciudades de alrededor de 300.000 habitantes, con establecimientos capaces de proveer atención de media y alta complejidad

¹ Las ciudades paraguayas de Asunción, Encarnación y Ciudad del Este con las argentinas de Clorinda, Posadas y Puerto Iguazú, en este orden.

Problemas de salud similares, incluyendo enfermedades transmisibles, y flujo de pacientes entre ambos países requerirían por lo tanto de marcos institucionales adecuados para que las acciones de salud sean eficaces, sostenibles y eficientes.

Tal cosa no ocurre, y la coordinación institucional entre los sistemas de salud de ambos países es mínima, lo cual se debe en parte a que los sistemas de salud en Argentina pertenecen a cuatro estados provinciales², en tanto que las relaciones internacionales son responsabilidad del gobierno nacional, el cual interviene esencialmente ante amenazas epidémicas con proyectos específicos, que se sostienen en tanto existe el problema con una cierta magnitud, ya que la continuidad queda librada luego a los gobiernos provinciales, que no son responsables de la frontera nacional, ni tienen autoridad sobre la misma.

La referencia y contrarreferencia de pacientes en el subsector público no ha sido resuelta en forma satisfactoria al interior de cada uno de los dos países, constituyendo un problema aún mayor cuando se trata de la relación bilateral.

Esto se debe en parte a que no ha existido un proceso sostenido de trabajo entre ambos países que permita llegar a acuerdos políticos y técnicos en el manejo de esta problemática, y hasta ahora han sido sobre todo esfuerzos esporádicos para medir la demanda originada por los nacionales del país vecino con vistas a la compensación financiera, siendo esta vía poco pertinente para resolver los problemas de salud de la población.

La inexistencia de acuerdos de referencia y contrarreferencia ha dado lugar a situaciones humana y médicamente absurdas, en las cuales un paciente que requiere atención de mayor complejidad disponible a pocos kilómetros, en el país vecino, es trasladado a cientos de kilómetros en su propio país. Sin embargo, habitualmente el sentido común prevalece y el paciente solicita generalmente asistencia, o es enviado, al servicio más cercano de la complejidad necesaria.

La aceptación del “paciente extranjero”, así como su contrarreferencia queda sujeta a una serie de contingencias, originadas en el servicio local receptor, o por encima del mismo, que incluyen en algunos casos el rechazo de pacientes de tratamiento costoso, así como la discontinuidad de la atención al no enviarse formalmente información, tanto en la referencia, como en la contrarreferencia.

² Provincias de Formosa, Chaco, Corrientes y Misiones.

Estas razones promueven la búsqueda, regular, o irregular, de la bi-nacionalidad por los habitantes de ambas riberas.

La solución de este problema requiere desarrollar y perfeccionar los acuerdos marco existente entre ambos países y los multilaterales del MERCOSUR, que incluyan en el caso argentino acuerdos más específicos sobre las funciones de los estados nacional y provinciales, y el financiamiento de la atención de las poblaciones fronterizas, en la que se superponen las responsabilidades.

Propósito del Proyecto

Con este marco de referencia inicial y dentro de las posibilidades de cooperación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través del mecanismo denominado “Cooperación Técnica entre Países” (TCC) se diseñó un proyecto bilateral cuyo propósito es “desarrollar la capacidad de análisis e intervención del personal de salud en el ámbito inter fronterizo”. Los objetivos del proyecto se orientan a:

- Capacitar a los equipos de salud inter fronterizos con base en las prioridades de salud pública.
- Desarrollar investigaciones e instrumentos operativos para el fortalecimiento de las capacidades de intervención en la zona inter fronteriza.
- Incrementar y fortalecer los espacios de educación permanente en la región inter fronteriza.

Dada las características del tema de este TCC, enfocado al desarrollo de las competencias de los equipos de salud pública inter fronterizos, se consideró de suma importancia la incorporación de instituciones formadoras en Salud Pública con amplia trayectoria en ambos países, por lo cual fueron convocados en Argentina el Departamento de Salud Pública de la Universidad Nacional del Nordeste, cuyos egresados de grado y posgrado trabajan en la región fronteriza, así como la Escuela de Salud Pública Universidad de Buenos Aires y el Instituto Nacional de Salud de Paraguay (INS) con sede en Asunción.

La Propuesta de Trabajo.

La propuesta está considerada dentro del marco de referencia de la Educación Permanente de los equipos de salud, basado en la creación de un

espacio de reflexión e intercambio de información, entre los responsables directos de la atención en ambos lados de la frontera, bajo la tutela de los ministerios nacionales de ambos países, y los gobiernos provinciales en el caso de Argentina.

La propuesta consiste en el desarrollo de un proceso de Educación Permanente para lo cual se han considerado tres etapas claves: el primero está orientado hacia la problematización de los procesos de trabajo para la identificación de necesidades de capacitación e investigación; el segundo, vinculado a la organización y ejecución de planes de trabajo inter fronterizos los cuales incluyen componentes de capacitación de todo el grupo y desarrollo de procesos de aprendizaje en servicio y; un tercer momento de evaluación acerca del impacto en los procesos de trabajo y la identificación de nuevos problemas a ser abordados.

Las instituciones mencionadas han conformado un grupo de trabajo que redactó un borrador general del proyecto, que fue puesto a consideración de las autoridades políticas de ambos países, incluyendo el nivel provincial en el caso de Argentina.

Una vez aprobado el proyecto, y para efectos de coordinar y gestionar las diferentes acciones se organizaron grupos de trabajo:

- Un grupo coordinador del proyecto del cual forman parte los referentes de las instituciones seleccionadas y los puntos focales de OPS/OMS de ambos países;
- Cinco grupos de trabajo en ambos lados de las fronteras conformados por autoridades sanitarias regionales y profesionales de los servicios locales ubicados en:

1. Asunción, Nanawua, Puerto Elsa y Puerto Falcón (PAR) con Clorinda (ARG)
2. Formosa (ARG) y Alberdi, Villa Oliva y Villa Franca (PAR)
3. Chaco y Corrientes (ARG) y Pilar, Humaitá, Paso de Patria e Itá Corá (PAR)
4. Posadas (ARG) y Encarnación, Cambyretá y Carmen del Paraná (PAR)
5. Ciudad del Este, Tres Fronteras y Siete de Agosto (PAR) y El Dorado (ARG).

La propuesta de trabajo se orientó a:

- La realización de un diagnóstico de necesidades de capacitación en el ámbito inter fronterizo, como paso previo para la elaboración del plan de capacitación. Este diagnóstico incluye además, el análisis de la problemática de la salud pública de cada espacio de trabajo inter fronterizo.
- Organización de un plan de capacitación que contemple actividades generales organizadas por el equipo coordinador.
- Actividades de coordinación, capacitación y aprendizaje en servicios para cada uno de los cinco grupos inter fronterizos.
- Organización de una agenda inter fronteriza de investigación sobre aspectos específicos de salud enfermedad y los relativos a la organización y gestión de los servicios.
- Elaboración de proyectos conjuntos de intervención en temáticas específicas como las relativas a referencia y contrarreferencia, enfermedades prioritarias de la infancia, manejo del parto, urgencias médicas, etc.
- Actividades de seguimiento y asesoría técnica del equipo coordinador a los equipos locales.

El rol de los tutores, compuesto por docentes de las Universidades y el INS, será el acompañar el proceso de capacitación, monitorear el cumplimiento del plan de trabajo, movilizar recursos idóneos dependiendo de los temas a desarrollar y participar de las reuniones de coordinación del grupo coordinador del proyecto.

Se espera por otra parte que se vayan generando liderazgos en ambos lados de las fronteras que faciliten los procesos de capacitación y permitan en el mediano plazo generar nuevos proyectos de trabajo.

Desarrollo del Proyecto

Hasta la publicación de este artículo se han desarrollado la primera y parte de la segunda etapas del proyecto, las cuales se describen a continuación:

Diagnóstico de necesidades de capacitación

El diagnóstico de necesidades de capacitación fue producto de una serie de talleres desarrollado por el grupo coordinador con profesionales de los servi-

cios locales, así como funcionarios de los ministerios relacionados con los mismos en:

1. Asunción (PAR) y Clorinda (ARG);
2. Asunción, Nanawua, Puerto Elsa y Puerto Falcón (PAR) y Formosa (ARG);
3. Corrientes Chaco y Corrientes (Arg) y Pilar, Humaitá, Paso de Patria e Itá Corá (PAR);
4. Posadas (ARG) y Encarnación, Cambyretá y Carmen del Paraná (PAR);
5. Ciudad del Este, con la presencia de Mayor Otaño, Carlos Antonio López, Tres Fronteras y Siete de Agosto (PAR) y El Dorado (ARG).

La metodología de trabajo utilizada en esta primera etapa consistió el llenado de un formulario de base acerca de los principales problemas existentes en el trabajo inter fronterizo y una encuesta de opinión acerca de cuales se consideraban temas prioritarios para la capacitación del personal de salud del nivel local.

Posteriormente, mediante técnicas grupales, se realizó la dinámica de los procesos de demanda de servicios de salud inter fronterizos y la priorización de temas críticos en capacitación e investigación, susceptible de abordados en el transcurso de este proyecto.

Los grupos de trabajo identificaron los siguientes cinco temas prioritarios que servirían de referente inicial para la primera capacitación general:

- Vigilancia Epidemiológica.
- Procesos y experiencias de Referencia y Contra referencia entre ambas zonas íter fronterizas.
- Sistemas y procesos de registros médicos y análisis local de datos.
- Desarrollo de la red de servicios de salud en ambas zonas íter fronterizas.
- Protocolos y normas mínimas de atención en las principales patologías prevalentes.

Además de la información obtenida, estas reuniones tuvieron un subproducto interesante, ya que se conocieron personalmente profesionales que enviaban y recibían pacientes desde ambos lados de la frontera, desde hacia años, así como apreciar la diversidad de situaciones, generadas formal o informalmente, que van desde casi óptimas, hasta francamente hostiles, incluyendo un caso en que un médico trabaja simultáneamente en servicios públicos de salud de ambos lados de la frontera.

Como contexto del análisis se señaló la necesidad de nivelar el conocimiento entre ambas fronteras ya que se identificaron diferencias en cuanto a

la formación y experiencia profesional, el conocimiento de la situación de salud en el ámbito local, el conocimiento de programas existentes en cada país, y sus normas, y la cobertura y vigilancia epidemiológica.

Paralelamente a este proceso de capacitación se consideró necesario fortalecer la capacidad de investigación local y en este sentido se identificaron como temas básicos a investigar los siguientes:

- Establecimiento de líneas de base de la situación de salud, sus determinantes y propuestas de trabajo específicas.
- Estudio sobre la dinámica de la migración en salud, la referencia y la auto referencia, el grado de satisfacción en los servicios de ambas fronteras.
- Evaluación de los avances en el desarrollo de la Atención Primaria en Salud basadas en las Funciones Esenciales de Salud Pública.

La Capacitación de los Grupos de Facilitadores

El taller de capacitación de facilitadores se realizó en la tercera semana del mes de Junio del año en curso, en el Instituto Nacional de Salud en Asunción, con la asistencia de representantes de todos los grupos inter fronterizos señalados, el equipo coordinador, las autoridades políticas correspondientes y el Embajador de Argentina en Paraguay.

En el programa del taller de tres días de duración se trabajaron temas relacionados con las evaluaciones de salud pública inter-fronterizas; las funciones esenciales de la Salud Pública, desde la perspectiva de la Atención Primaria en Salud; ejercicios de auto evaluación desde la perspectiva de la APS; la vigilancia epidemiológica; los procesos de referencia y contrarreferencia; los registros médicos; la elaboración de protocolos de investigación; y los aspectos relevantes para la elaboración, monitoreo y evaluación de un Plan de Trabajo.

La metodología utilizada en el taller inicialmente se centró en grupos de discusión, exposiciones del grupo coordinador y trabajo de grupo para la elaboración de los planes locales para cada uno de los cinco grupos. Se elaboraron documentos específicos para cada uno de los temas, con ejercicios puntuales que facilitaron el análisis grupal.

El enfoque educativo que la propuesta intenta desarrollar, rescata la idea de que las personas aprenden, además de lo que se les enseñan a través de la

instrucción y en espacios académicos, a partir de su experiencia diaria en un ambiente organizado que tiene las propiedades sociales peculiares del ambiente de trabajo y lo que aprenden allí será probablemente diferente a lo que aprenden en otros ambientes con características sociales diferentes.

De alguna forma se rescatan los principios de la Educación Permanente en los servicios, que parte de la idea del aprendizaje a partir de las experiencias de trabajo, del aprender y trabajar de un modo cooperativo, del compartir poder y conocimiento, de resolver problemas y fricciones personales o en este caso, regionales y también, a partir de poner en discusión los valores, principios, conductas y miradas de desde ambos lados de la frontera se tienen con respecto a innumerables respuestas de los servicios.

Se ha partido entonces del criterio de que las instituciones de salud, cualquiera que fuere su nivel o la complejidad constituyen organizaciones, con tradiciones y trayectorias históricas, jerarquías, que llevan a la internalización de las “reglas de juego” por parte de los actores y que a través de sus rutinas puestas en práctica mediante acciones inconscientes se convierten en un refuerzo del “status quo”.

En este sentido, la propuesta intenta detenerse en el análisis de la adquisición de las rutinas y hábitos de trabajo, que supone la adquisición de un determinado comportamiento para ajustar la relación entre el individuo y la organización, para reflexionar y replantear dichos comportamientos y generar nuevas habilidades y competencias comunes entre los individuos que tiene la responsabilidad de liderar y ejecutar las acciones de salud de ambas fronteras.

Se rescatan los planteamientos de Schön en cuanto a que, a medida que la práctica se hace más repetitiva y rutinaria, y el saber desde la práctica se hace cada vez más tácito y espontáneo, y el profesional puede perder importantes oportunidades de pensar lo que está haciendo. Desde este planteamiento, la reflexión sobre la práctica individual y del equipo de trabajo de ambas fronteras, constituye un eje importante de análisis para dar sentido a situaciones de incertidumbre, nuevas demandas, corrección de situaciones indeseables y desarrollo de nuevas visiones de la salud pública en los espacios interfronterizos.

El eje conductor de la salud pública fue enfocada como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria, a partir de una conceptualización que va más allá de la noción de bienes públicos con externalidades positivas para la salud, ya que comprende también bienes semiprivados o privados cuyas di-

mensionen hacen que su repercusión sobre la salud colectiva sea un factor importante.

La salud pública es entendida, entonces, como la salud del público, de la población, y abarca, por lo tanto, todas las dimensiones colectivas de la salud. Esta noción de salud pública nace del mismo concepto de salud, concebida como la ausencia de enfermedad, de lesiones y de incapacidad, en un completo estado de bienestar. Sin embargo, la identificación de la salud con el bienestar plantea dificultades operativas para delimitar las responsabilidades del sector de la salud, al mismo tiempo que establece la responsabilidad de los otros sectores en la salud y la necesidad de actuaciones intersectoriales. En resumen, la salud pública, entendida como la salud de la población, constituye el referente fundamental de todos los esfuerzos para mejorar la salud, de la que constituye su manifestación más completa.

Los campos de actuación manifiestan funcionalmente los objetos de la salud pública, es decir, sus principales preocupaciones, los factores condicionantes, los riesgos, etc. Cubren, por tanto, todos los aspectos del proceso social de producción de la salud colectiva. Las acciones de salud pública correspondientes son de responsabilidad específica o compartida entre múltiples actores, sin embargo, es posible identificar un núcleo de funciones y responsabilidades propias de la autoridad sanitaria, cuyo cumplimiento es requerido universalmente para la existencia de una buena salud pública. Ese núcleo de funciones públicas básicas, constituye lo que se consideran precisamente las Funciones Esenciales de Salud Pública.

Las Funciones Esenciales de Salud Pública han sido definidas como las condiciones estructurales y los elementos de desarrollo institucional que permiten un mejor desempeño del ejercicio de la salud pública.

Reúnen intervenciones en materia de salud pública dentro de grupos funcionales limitados e identificables desde el punto de vista operativo con la identificación de su finalidad, objetivos, actividades, recursos y formas de organización que sean esenciales al fin último de la salud pública, es decir, la salud de las poblaciones, y que sean suficientes para expresarla en su totalidad. En este contexto se entiende pues como “*funciones de la salud pública al conjunto de actuaciones que deben ser realizadas con fines concretos, necesarios para la obtención del objetivo central, que es asimismo la finalidad de la salud pública, es decir, mejorar la salud de las poblaciones*”.

Las Funciones Esenciales acordadas entre OPS, OMS, el CDC y grupos de expertos aparecen en la lista siguiente. Estas fueron analizadas por el gru-

po dentro del contexto de la Atención Primaria en Salud:

1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud
2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
3. Promoción de la Salud
4. Participación de los ciudadanos en la salud
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios.
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos
10. Investigación en Salud Pública
11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

Asimismo se hizo énfasis en que la adopción de la estrategia de Atención Primaria no se reduce, como ha ocurrido habitualmente, a asegurar la provisión a la población de servicios preventivos, o curativos elementales, o restringidos a grupos más vulnerables, sino que incluye la cobertura de las demandas de salud de la población, en la medida de las posibilidades económicas del país, pero en forma solidaria y la participación de los ciudadanos en la toma de decisiones sobre la organización y financiamiento del sistema de salud.

Se remarcó que la calidad de atención se plantea desde una perspectiva integrada, que supone que en la atención de un paciente intervienen establecimientos de diversa complejidad, se asegura la continuidad de la misma, incluyendo la transmisión de la información clínica pertinente. Asimismo hay un porcentaje de referencias, que si bien son técnicamente innecesarias, se realizan por razones sociales, ya que su rechazo supondría una pérdida de credibilidad del establecimiento que la realiza, y por lo tanto aumentaría la demanda directa de la población de esa área sobre el establecimiento de mayor complejidad.

Se señaló a los participantes que la comunicación retroactiva de la información de los pacientes recibidos por los establecimientos de mayor complejidad tiene un gran potencial de mejoramiento de la calidad en los establecimientos que refieren, por evaluación directa de los diagnósticos tardíos, o erróneos.

Asimismo, la misma práctica de recoger y transmitir información, en forma sistemática, bilateralmente, y con fines de evaluación, constituye en sí misma una forma de aprendizaje e intervención sobre la situación, en la medida que se la conoce mejor, se eliminan malos entendidos y se comprenden razones no inmediatas.

Sobre la base de los contenidos anteriores, los participantes se reunieron en grupos locales y bilaterales, que delinearon los siguientes planes de trabajo locales a implementarse desde la fecha hasta diciembre de 2003.

Grupo I: Clorinda/ Puerto Hayes, Puerto Falcón, Nanawa. Tutor: INS Paraguay. Tema: Articulación de los mecanismos de atención en la región Inter fronteriza.

Grupo II: Formosa / Villa Oliva, Villa Franca, Alberdi. Tutor: Dr. Guevara UBA. Tema Articulación local de la referencia y la contra referencia.

Grupo III: Corrientes, Chaco. / Ñembucú Sur: Tutor: Prof. Dr. Meretta (UNNE). Tema: conocimiento de la dinámica de referencia y contrarreferencia en ambos países y desarrollo de competencias en la elaboración de análisis protocolares conjuntos.

Grupo IV: Posadas / Encarnación: Tutor: Prof. Dr. Palladino (UNNE). Tema: Desarrollo de un programa binacional de Vigilancia Epidemiológica.

Grupo V: El Dorado / Alto Paraná Sur, Itapúa Norte: Tutor: Prof. Dr. Zurita (UNNE). Tema: Relevamiento de la demanda de la atención médica en ambas márgenes del río Paraná.

Hallazgos Preliminares

Hasta el momento de desarrollo de la propuesta se han podido identificar algunos problemas y temas críticos que requerirán abordajes puntuales en el contexto del proyecto:

- 1) Desconocimiento de los profesionales de poblaciones fronterizas de los recursos sanitarios específicamente disponibles del otro lado de la frontera, y de las normas y criterios de atención. Es excepcional asimismo que los profesionales conozcan a sus homólogos del otro lado del río. No existe localmente información epidemiológica, ni de la atención de los pacientes.
- 2) Aceptación variable de los pacientes paraguayos referidos en los establecimientos argentinos, la situación varía en forma inversa a la magnitud

de la demanda. Hay tantos más rechazos cuanto mayor es la demanda, aunque esto no es sistemático. Es destacable que esta situación se observa asimismo dentro de la Argentina entre las provincias, en forma progresiva, revelando una tendencia antisolidaria, que debe ser revertida.

- 3) La población que habita la zona ínter fronteriza argentino paraguaya se mueve dentro de la misma como un espacio común, no previsto en las legislaciones de ambos países, y sin demasiada consideración por las fronteras, a las que eluden parcialmente utilizando los déficit de los sistemas de control: escasa vigilancia fluvial, fácil adquisición de doble nacionalidad, etc.
- 4) El mejoramiento de los sistemas de salud, y por ende de la salud de la población, exige que ambos países reconozcan esta realidad, y promuevan una legislación adecuada para integrar los servicios de salud en ambos lados de la frontera.
- 5) El potencial de mejoramiento mejorando las relaciones locales fronterizas, incluyendo los sistemas de información, puede ser variable, pero es una vía necesaria para promover los acuerdos nacionales, y viabilizar su concreción.

Perspectivas:

El entusiasmo por mejorar las relaciones entre ambos países mostrado por los profesionales locales en los talleres locales y en el encuentro general, así como el progreso registrado en la ejecución inicial de las acciones previstas, permite afirmar que dentro de las posibilidades locales las acciones tienen un buen horizonte de sostenibilidad en esta fase que es aún esencialmente diagnóstica, aunque su expansión depende de las autoridades políticas provinciales y nacionales.

Desde lo político se requieren aún definiciones más abarcativas para la ejecución de acciones en conjunto, que requerirían acuerdos tácitos entre ambos países. Desde lo técnico y en el marco de este proyecto de TCC, el desafío es todavía muy grande, en tanto se han definido problemas a trabajar, investigaciones a desarrollar y los componentes relacionados con las rutinas y hábitos de trabajo, acuerdos interfronterizos y cada uno de los ejes de las funciones esenciales de la Salud Pública requerirán de propuestas prácticas a desarrollar de forma grupal en cada uno de los espacios de salud instalados a lo

largo de la frontera, con el esfuerzo adicional de intercambiar con sus los pares que al otro lado de la frontera estarán trabajando sobre los mismos aspectos con su equipo fronterizo.

Desde la perspectiva de la Educación Permanente y la reflexión de la práctica, se esperaría que este proceso pueda continuar por un tiempo mayor al transcurrido hasta la fecha, y como una práctica y desarrollo de un hábito continuo de una nueva forma de trabajo interfronterizo, con voluntad por parte de los actores involucrados, con apoyo político de ambos países y con recursos adicionales que puedan ser identificados a través de este proyecto de TCC y de otros que intenten desarrollar líneas estratégicas de desarrollo de la salud pública de fronteras.

Bibliografía:

- Aguilar, M^a.J. y Ander-Egg, E., *Evaluación de servicios y programas sociales*, Madrid, Siglo XXI, 1992.
- Alvira, F., *Metodología de evaluación de programas*, CIS-Cuadernos Metodológicos, Madrid, 1991.
- Argyris, Chris, *Sobre el aprendizaje organizacional*, OxfordMéxico, Segunda edición, México, 1999.
- Berk, R. A. y Rossi, P. H., *Thinking About Program Evaluation*, Sage: Newbury Park, 1990.
- Davini, María Cristina, *Educación Permanente en Salud*, Serie PALTEX, N° 38, OPS/OMS, 1995.
- OPS/OMS, *La Salud en las Américas*, Publicación Científica y Técnica 587, 2002.
- , *Desafíos para la educación en Salud Pública. La reforma sectorial y las Funciones Esenciales de la Salud Pública*, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Washington, 2000.
- , *Educación en Salud Pública. Nuevas Perspectivas para las Américas*. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Washington, 2001.
- , *Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas*, Fascículos I al X, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, Washington.
- , *Educación Permanente de Personal de Salud*, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, N° 100, Washington, 1994.
- Schön Donald, *El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan*, Barcelona, Paidós, 1998.

7

CAPÍTULO

La investigación dentro de las maestrías en salud pública en Argentina

DRA. MARGOT ROMANO YALOUR (†)*
LIC. FEDERICO TOBAR**

* PhD en sociología. Master en Sociología. Profesora titular de Metodología de la Investigación Social. Universidad Nacional de La Plata (Facultad de Ciencias Sociales). Profesora de Metodología de la Investigación de la Maestría en Gerencia de Sistemas y Servicios de Salud del Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de la Fundación Favaloro.

** Master en Economía. Profesor titular de Metodología de la Investigación Sociosanitaria. Instituto Universitario Isalud.

"...llegué a ser hace mucho tiempo un físico muy bueno. Demasiado bueno: lo bastante para comprender que toda nuestra ciencia no es más que un libro de cocina, con una teoría ortodoxa sobre el arte de cocinar que nadie pude poner en duda y una lista de recetas a la cual no debe añadirse ni una sola sin un permiso especial del jefe de cocina. Yo soy actualmente el jefe de cocina. Pero antes fui un joven inquisitivo pinche de cocina. Y empecé a elaborar algunos platos por mi cuenta. Cocina heterodoxa, ilícita. En realidad, un poco de auténtica ciencia".

Aldous Huxley .Del capítulo XVI de *Un mundo feliz*, escrito en 1931.

Presentación

El presente trabajo tiene por objeto exponer de forma sintética y sistemática la producción de tesis elaboradas en cursos de Maestría en Salud Pública en Argentina, aprobadas durante el período 1995/2000. El estudio se concentra en los trabajos de investigación desarrollados como tesis de Maestría en Salud Pública, acreditado por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (C.O.N.E.A.U.). El análisis involucra el relevamiento de los temas, problemas, conclusiones y metodología utilizada. El mismo fue realizado durante finales del año 2001 y principio de 2002 por un equipo de investigadores bajo solicitud y con el apoyo financiero de la Representación Argentina de la Organización Panamericana de la Salud. La obtención del material se hizo a través de los departamentos de posgrado de las principales universidades del país, y en forma conjunta con sus correspondientes bibliotecas.

Objetivos

- Relevar las tesis de Maestrías en Salud Pública aprobadas en la República Argentina en el periodo de 1995-2001.

- Identificar tendencias en la investigación a nivel de tesis de Maestría en Salud Pública en la República Argentina durante el período 1995-2001.

Material y método

Universo y muestra: Los trabajos que fueron incluidos comprenden tesis que han pasado por las instancias de presentación, evaluación, defensa y aprobación. Este criterio de selección ha hecho que disminuyera considerablemente el universo de tesis analizadas que totalizaron 144 y de los cursos de maestría en cuyo ámbito fueron elaboradas.

Para la selección de las unidades académicas en cuyo ámbito se desarrollan los trabajos de tesis de maestría se partió del listado de instituciones acreditadas ante la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria y presentados en el portal educativo (educ.ar). Sobre este listado, que totalizaban 23 cursos, se estableció contacto con todas ellas para verificar luego que en más de la mitad no se había presentado ni una sola tesis o tesina por parte de los alumnos. En dos casos las autoridades a cargo manifestaron que si existen trabajos de tesis concluidos y aprobados pero no pueden darlos a conocer. Por último, en otra de las maestrías acreditadas fue identificada una tesis que reunía todos los requisitos para ser seleccionada en el estudio pero luego de varios intentos fallidos de acceder a ella se desistió de su inclusión en la muestra.

En las unidades restantes, que sumaron ocho carreras de maestría en el ámbito de salud pública, se consiguió acceder a prácticamente todas las tesis:

1. Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Instituto Universitario de la Fundación ISALUD.
2. Maestría en Gestión y Economía de la Salud. Instituto Universitario de la Fundación ISALUD.
3. Maestría en Gerencia de Sistemas y Servicios de Salud. Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de la Fundación "Dr. René Favalaro".
4. Maestría en Administración de Servicios de Salud. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES).
5. Maestría en Salud Pública. Universidad Nacional de Rosario, Centro de Estudios Interdisciplinarios Instituto "Juan Lazarte".

6. Maestría en Salud Pública. Universidad del Salvador (USAL).
7. Maestría en Sociedad y Servicios de salud. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO):
8. Maestría en Ciencias Sociales con mención especial en Salud. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO):

Unidad de análisis y fuentes de información: La unidad de análisis del presente trabajo han sido los informes de tesis. Por este motivo, se recurrió en forma exclusiva al relevamiento de fuentes secundarias. Para el procesamiento de los datos se adaptó una ficha de relevamiento bibliográfico que había probada y empleada en estudios anteriores para análisis de bibliografía en salud pública¹, en la cual se consideraban las siguientes dimensiones:

1. Título
2. Datos del autor
3. Datos del director
4. Curso de maestría en el que se originó la tesis
5. Descriptores bibliográficos
6. Estructura de la tesis
7. Resultados o conclusiones
8. Metodología
9. Impacto sobre los sistemas y servicios de salud
10. Impacto sobre la producción de conocimiento

En los casos donde la tesis no consignaba descriptores bibliográficos los mismos fueron asignados ad hoc. Para ello se seleccionaron ejes temáticos consignando los siguientes:

- Estudios epidemiológicos o poblacionales
- Análisis de modelos alternativos de atención médica
- Análisis de políticas e instituciones de salud
- Análisis de relaciones históricas, culturales e institucionales de las prácticas psiquiátricas
- A partir de estas primeras dimensiones es posible desagregar, en función de las tesis relevadas en las siguientes subdimensiones:
- Gestión y economía de los servicios de salud
- Atención médica (salud mental, salud materno infantil, satisfacción con la atención de la salud)

¹ Ver: Tobar, Federico, "La investigación en economía y gestión en salud en Argentina", Medicina y Sociedad, Volumen 20, N° 4, pp.223-233, 1997

- Promoción y prevención de la salud
- Patologías (TBC-SIDA-Cáncer)
- Salud laboral
- Muerte / Tercera edad
- Salud ambiental

Limitaciones del método: En tanto el diseño de la investigación asume un carácter exploratorio-descriptivo, este relevamiento no pretende más que arribar a un conjunto de afirmaciones o hipótesis con suficiente sustento pero que necesariamente deberán ser convalidadas por estudios posteriores. El presente trabajo no resulta adecuado para evaluar los niveles de calidad de las investigaciones ni su grado de aporte o innovación. Para ello sería necesario establecer un comité de expertos que trabajara sobre una muestra menor y a través de guías consensuadas de evaluación. Por otro lado, no se incluyeron tesis que abordaran temas de salud pública pero hayan sido elaboradas por alumnos de maestrías de otras áreas tales como ciencias sociales, economía o medicina.

Cabe también mencionar que la principal dificultad para el desarrollo del presente estudio residió en la falta de cultura de preservación y difusión de los trabajos de posgrado por parte de las unidades académicas que han sido visitadas.

En primer lugar, aquellas universidades que nos brindaron acceso a las tesis producidas en su entorno, no disponían de mecanismos formales para la difusión de los trabajos. Esto sugiere una ausencia de políticas para el intercambio (a través de una red) con otras universidades y/o fundaciones u organizaciones no gubernamentales.

En segundo lugar, en algunas facultades negaron deliberadamente el acceso a los trabajos de tesis, aduciendo no poder entregarlas sin realizar una consulta previa con los autores. De aquí se desprenden dos conclusiones; la primera muestra la ausencia de un registro formal de las tesis que se van produciendo a fin de garantizar el derecho de autor.

Pero, lo que es más grave aún, este comportamiento de desinformación académica atenta contra el principio básico que ha sido señalado más arriba; que la producción y la difusión de las tesis de posgrado sirvan para fortalecer el contexto de descubrimiento de la comunidad académica argentina.

Es preciso aclarar que se han relevado aquellas tesis que estaban en las bibliotecas de las Unidades Académicas consultadas y, que la ausencia de algunas tesis existentes se debe a no haber recibido respuesta de las autoridades de

la misma, así como a la no-existencia aún de tesis aprobadas y defendidas, como es el caso de las Universidades de Bs. As., La Plata, Catamarca y Córdoba, sólo para citar algunas de las más importantes.

Otra dificultad fue el tiempo programado, dado que se precisa una extensión del mismo para catalogar las tesis en sus ejes temáticos respectivos.

Etapas en el desarrollo del estudio

PASO 1 Relevamiento en Internet: de los sitios de la CONEAU y de las principales Universidades e Institutos Académicos teniendo en cuenta los programas, tiempos, directores, profesores, etc.

PASO 2 Relevamiento de Antecedentes y entrevistas con Informantes claves:

PASO 3 Para relevar la información: relativa a las tesis de Maestría en Salud Pública de las distintas Instituciones de la República Argentina se tomó contacto vía electrónica con docentes y alumnos de unidades académicas que funcionan en distintas jurisdicciones provinciales de la República Argentina (e-mail). Asimismo, una vez identificadas, se solicitó su fotocopia y envió por correo común, girando el costo de las mismas.

PASO 4 Instrumento: se construyó un instrumento "ad hoc" para el relevamiento de cada tesis sobre las distintas temáticas relativas a Salud Pública y de cada Institución Académica con la cual se contactó. Dicho instrumento está compuesto por las siguientes variables: título, autor, profesión del autor, tutor de tesis, curso, fecha de tesis, fecha de cursada, descriptores, estructura de tesis (índice), principales resultados o conclusiones, metodología, impacto sobre los sistemas y servicios de salud e impacto sobre la producción de conocimiento (se adjunta en anexo el instrumento)

PASO 5 Biblioteca: una vez contactados los Departamentos de Posgrado, Centros de Documentación y Secretarías de Ciencia y Tecnología de la República Argentina, se prosiguió (enero solamente Universidad Favaloro ya que el resto de los contactos permiten el relevamiento a partir del 01/02/02) a fotocopiar las tesis para su posterior fichaje.

PASO 6 Acciones: se completo el instrumento mencionado en el punto 5, a

partir de una exhaustiva lectura de las tesis, para evaluar posteriormente sus limitaciones, así como sus contribuciones al conocimiento científico (esto a través de algunos indicadores)

Resultados

Del relevamiento realizado pueden extraerse las siguientes consecuencias observacionales, que serán objeto de análisis en una sección posterior:

- 1. Cantidad de tesis:** El número de tesis presentadas y aprobadas es muy bajo en proporción a la cantidad de alumnos que cada año ingresan a las maestrías en salud pública.
- 2. Profesión de los autores:** Del análisis de las profesiones de los autores de tesis analizadas, se desprende que el 60% corresponde a médicos como título de grado. Le siguen en orden licenciadas en enfermería (30%), odontólogos (15%) y el resto se divide entre, pedagogos, abogados, economistas, contadores. En algunas Instituciones no se pudo obtener los datos sobre la profesión del autor de la tesis. Sin embargo por el abordaje teórico-metodológico, es posible inferir que se trataría de científicos sociales, tales como antropólogos, cientistas políticos, sociólogos, psicólogos y trabajadores sociales.
- 3. Carreras:** De las instituciones relevadas y que mostraron mayor posibilidad de acceso para la realización del análisis detallado de las tesis, el Instituto Universitario de la Fundación Favaloro, es el que generó mayor número de tesis.
- 4. Duración del trabajo de la investigación:** El tiempo modal que transcurre entre la cursada de la maestría y la presentación y defensa de la tesis es de alrededor de tres años.
- 5. Métodos y técnicas prevalentes:** Del análisis detallado de la, metodología y técnicas de recolección de datos utilizada, propuestas y publicación se puede concluir que:
 - a) El abordaje metodológico prevalente es la triangulación, esto implica que fueron aplicadas tanto técnicas cualitativas como cuantitativas
 - b) Se utilizaron tanto fuentes primarias como secundarias.
- 6. Propuestas y aplicaciones:** La mayoría de los trabajos de tesis contienen propuestas sobre cambios en los servicios y sistemas de salud. Rea-

lizando evaluaciones y análisis crítico de la situación existente, pero el énfasis está puesto en la atención médica y en la Gestión Económica. Cuando las obras contempladas hacen propuestas de cambio, las mismas no se concentran en un solo nivel de gestión (distinguiendo a los mismos en micro, meso y macro).

7. **Publicación:** Pocas tesis han sido publicadas, solo un 20% de las mismas aproximadamente.
8. **Temas:** En cuanto a los temas seleccionados por los autores de las tesis el orden es el siguiente. En primer lugar (35%) están concentrado en aspectos ligados con la Atención Médica, con similares proporciones los autores se han abocado al tema Gestión y Economía en Sistemas y Políticas de Salud. (34%) Le sigue en orden descendente la Promoción y Prevención de la Salud y Salud comunitaria, así como Estudios epidemiológicos de la población (16%). El tema relativo a Estudio de Patologías tal como SIDA, Cáncer, TBC, Cardiopatías alcanza un 6%. Tesis concentradas en problemas ligadas a la Salud laboral alcanzan el 7% en tanto el tema de la Muerte y la Tercera Edad disminuye en cuanto a la elección de los autores al 3 %. Y lo más significativo es que la Salud Ambiental es el tema menos tratado (1%) en una sociedad que ostenta altos índices de contaminación, siendo prioritario su abordaje para correlacionar con la salud humana. Tampoco han atraído la atención de los tesistas los temas relacionados con Salud Laboral y ambiental.

Discusión

Esta sección final ha sido estructurada en tres partes. En la primera se hace referencia a algunos antecedentes que sirven de base de apreciación para los resultados relevados, en la segunda se analizan los resultados presentados. Por último, se presentan un conjunto de recomendaciones que, fundamentadas en los resultados relevados, permitirían fortalecer la investigación en las maestrías en salud pública en Argentina.

a) *Antecedentes*

En Argentina hay una alta oferta de recursos humanos profesionales en salud, en especial de médicos. Esta condición más los cambios en el am-

biente laboral llevan a un modelo de mayor competencia donde la capacitación y la titulación adquieren peso significativo. De acuerdo con un informe de la situación de la formación de posgrado en Salud Pública en la Argentina elaborado por OPS/OMS existían, en 1992, 51 instituciones con cursos en el área². El mismo informe advierte que la oferta educativa era superior pero el relevamiento fue circunscripto a programas de más de 400 horas lectivas, de manera que se excluyeron las instituciones que no cumplían con este criterio. De las incluidas, el 31% correspondía a Instituciones académicas del área de las Ciencias de la Salud, 15% a instituciones académicas no pertenecientes a esa área, y el 54% a instituciones primariamente no académicas, tales como instituciones gremiales, de gobierno y de servicios, etc.

Los programas ofrecidos por estas instituciones sumaban 76, de los cuales 57 se encontraban en efectiva ejecución. Las instituciones académicas eran responsables del 35% de ellos, las otras instituciones académicas del 16%, los Ministerios de Salud del 14%, y las entidades gremiales del 21%.

Al analizar los programas en relación con la carga horaria surge que el 46% insumen 400 a 600 horas, 26% de 600 a 1.200 y el 28% restante, más de 1.200 Horas. En cuanto a los contenidos, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Economía de la Salud,
- Desarrollo de Recursos Humanos y Administración de Personal,
- Administración de Servicios Médicos,
- Demografía,
- Teoría y Metodología Epidemiológicas y Análisis de Tendencias en Salud.

En la composición de las currículas se percibe un sesgo de la oferta hacia temas vinculados con economía y gestión, en detrimento de temas característicos como políticas de salud, teoría de la salud pública y modelos asistenciales o de atención. Esto marca una tendencia que distancia los posgrados argentinos en salud pública de la oferta tradicional de las escuelas de salud pública. Aunque probablemente la tendencia sea mundial y esté relacionada más con cambios en la demanda que en la oferta educativa. Sin embargo, esto no habilita a inferir que esta composición de la oferta permite una mejor inserción laboral de los egresados.

² OPS/OMS; Representación en Argentina. "Informe de la Situación de la Formación de posgrado en Salud Pública en la Argentina". Buenos Aires, 1992. OPS.

También en 1992 la Organización Panamericana de la Salud organizó una relevamiento sobre la investigación en salud en América Latina entre cuyos estudios de caso se incluyó a Argentina³. Entre los hallazgos de dicho estudio se destaca:

1. Entre los temas de investigación prevalentes sesgo hacia los aspectos biológicos con énfasis hacia las disciplinas biomédicas.
2. La pérdida de posiciones entre los países latinoamericanos medida por el número de investigaciones registrado.
3. La preferencia de los investigadores por publicar en el exterior. Las autoras del estudio de caso destacaban que se trataba del único país de la región en el cual los autores de investigaciones en salud publicaban más en el extranjero (63% de su producción) que en revistas nacionales⁴. La consecuencia más inmediata identificada es el escaso impacto directo de los resultados de las investigaciones sobre los tomadores de decisión: planificadores, administradores, y prestadores de servicios de salud.

Otro estudio se centró justamente en relevar investigaciones sobre economía y gestión en salud producidas en el país⁵. El trabajo se llevó a cabo durante el segundo semestre de 1996 y para la recolección del material fueron consultados los mayores centros de documentación en el área que totalizaron nueve bibliotecas. La información fue complementada con entrevistas a informantes clave y a través de correspondencia con 20 centros académicos del país. El criterio de inclusión consistió en seleccionar documentos que puedan ser caracterizados como investigaciones. El listado final al que se arribó superaba los doscientos volúmenes de los cuales luego de una primer lectura analítica se descartó la mitad. Para el procesamiento del material recolectado se utilizó una guía especialmente confeccionada para permitir al lector identificar aspectos metodológicos, tipos de informaciones trabajadas e impacto del trabajo sobre los servicios.

Dando continuidad al estudio anterior y complementando la información con otras fuentes, un artículo posterior analiza el estado del arte de la

³ OPS, "La investigación en Salud en América Latina", Publicación Científica No. 543. Washington D.C. 1992.

⁴ Novick, Marta; Sonnino, Simonetta; Bianchi, Elisa, "La investigación en salud en Argentina". En OPS (1992), *op. cit.*, p. 32.

⁵ Tobar, Federico (editor). "Investigaciones en Economía y Gestión en salud: Bibliografía comentada de la producción Argentina". *Cuadernos Isalud*, Número 1, 1997a.

economía y la gestión en salud en Argentina⁶. Entre sus hallazgos se destaca la conclusión de que se trata de disciplinas de desarrollo incipiente en Argentina que aunque despiertan el interés de los profesionales de la salud no contaba aún con una oferta educativa sólida. Esto se debía a que no había entonces suficiente investigación ni docentes calificados como para dar una respuesta sustentada a una creciente demanda de capacitación y formación de posgrado en el área.

b) Análisis

Un trabajo de tesis puede ser observado como una manifestación de la producción social de conocimiento. Como uno de los indicadores que denota el grado de desarrollo académico y los temas y problemas que le preocupan a una comunidad científica particular; en este caso, en el área de la salud pública en Argentina. En otras palabras, relevar las tesis permite conocer cuanto se investiga y en qué se concentra la investigación.

Cantidad de tesis: Más del noventa y cinco por ciento de los profesionales que cursaron maestrías en salud pública durante el período analizado no han completado y aprobado sus tesis. En promedio se ha aprobado casi una tesis por año en cada curso de Maestría. En otras palabras, cada año alrededor de 500 profesionales ingresan en alguna de las 23 maestrías en salud pública acreditadas. De ellos solo unos 25 llegarán a obtener el título de Magister correspondiente.

Sin embargo, es de esperarse que el ritmo de producción, presentación y defensa de tesis registre una tendencia ascendente debido a que en toda estructura académica la puesta en marcha involucra costos de aprendizaje. Pero una vez superada la fase inicial el ritmo productivo tiende a incrementarse de forma sostenida a medida que existan más graduados, más docentes con experiencia en redacción y dirección de tesis. Este ha sido uno de los motivos del bajo desempeño de los tesistas argentinos identificados en la literatura⁷. A favor de esta hipótesis está la evidencia de que los cursos más antiguos son los de mayor productividad y que la aprobación de tesis se ha incrementado substancialmente en dichos cursos durante los últimos tres años.

⁶ Tobar, Federico. "La investigación en economía y gestión en salud en Argentina", *Medicina y Sociedad*, Vol. 20, N° 4, pp. 223-233, 1997b.

⁷ Pantelides, Edith Alejandra, " De cómo garantizar el fracaso, o cómo lograr que nadie escriba la tesis" Boletín Informativo del Consejo de Profesionales en Sociología, Abril, 1999.

Profesión de los autores: No se cuenta con un registro exacto de la cantidad ni de la composición por profesiones de los alumnos que ingresan a los posgrados del área. De acuerdo a las estimaciones de informantes claves, en general coordinadores, docentes y autoridades responsables por los cursos de maestría, durante la segunda mitad de los noventa era mayor la proporción de médicos y luego fue decayendo. Algo similar parece haber ocurrido con las edades de los maestrandos que tienden a ser más jóvenes cada año.

De esto puede inferirse que la proporción de médicos sobre el total del universo de los maestrandos que concluyeron su cursada en maestrías del área de la salud pública durante el último lustro fue superior al 60%. Aún cuando esta proporción esté disminuyendo en la actualidad. En ese caso, los médicos estarían subrepresentados en la muestra de tesis seleccionada, mientras que las enfermeras y los profesionales de las ciencias sociales estarían sobrerrepresentados. En otras palabras, habría una proporción menor de tesis de médicos que la de médicos potenciales tesisistas, mientras ocurriría lo contrario con enfermeros y cientistas sociales. Entre los odontólogos y profesionales de las ciencias económicas, la proporción de alumnos y de tesis presentadas parecería estar equilibrada.

Carreras: Puede hipotetizarse que existiría una alta correlación entre el prestigio institucional de una Maestría y la existencia de tesis presentadas. Pero ocurre una correlación negativa, esto es que las Universidades tradicionalmente prestigiosas han manifestado no tener tesis presentadas. Tal es el caso de la Universidad de La Plata, la de Córdoba, y la Universidad de Buenos Aires. Esto obliga a la consideración de una variable interviniente, para explicar los motivos que generan esta correlación negativa. Se puede pensar que es la búsqueda de la excelencia y de la rigurosidad un factor que interviene para desalentar la terminación de las tesis y su correspondiente defensa en los maestrandos.

Se trata tan solo de una hipótesis que debería ser verificada y o refutada a través del desarrollo de una nueva investigación que pueda continuar este documento.

Es interesante señalar que aparecen perspectivas teórica y metodológicas diferentes y criterios disímiles, si se compara el contenido analítico de las tesis, por institución. Así, algunas unidades académicas ponen el acento en aspectos de gestión, y de servicios de salud, otras en la atención médica específicamente pública, y otras en aspectos epidemiológicos, condimentados con aspectos filosóficos e históricos ligados con los conceptos de salud y de enfer-

medad. Esto último se observa como tendencia temática en la Maestría de la Universidad del Salvador. Mientras que las tesis de la Maestría en Ciencias Sociales con mención en Salud FLACSO-CEDES se concentran en temas de prevención y ligados a un contexto sociocultural como interviniente en el proceso de salud-enfermedad.

En síntesis, hay una tendencia a impregnarse de la cultura organizacional de la Institución, por más que de hacer tesis científicas se trate. Esto no es novedad y está implícito en el tradicional concepto de "comunidad" que se utiliza en la academia. Porque finalmente es preciso recordar que Tesis significa posición, es una toma de partido para solucionar un problema, el problema de investigación⁸. Hacer una tesis es sostener una posición respecto a una cuestión particular en una determinada área de conocimiento. De allí deriva su carácter de máximo requisito para alcanzar un rango académico. Sostener científicamente una posición implica demostrar una determinada habilidad que es característica de los "maestros", la habilidad de disertar. La posgraduación *Lato Sensu* está integrada por los cursos de especialización, así como los cursos de actualización y perfeccionamiento. En nuestro país se suele prestar a confusión la denominación inglesa Master. El título local equivalente al Master es el de Magister. Sin embargo, como la denominación inglesa se ha difundido, algunas instituciones ofrecen cursos que llaman de maestría pero no habilitan a sus egresados el grado de Magister.

Otra de las confusiones deriva de la denominación MBA (Master in Business Administration) que es una modalidad particular de entrenamiento aplicado a la toma de decisiones y no habilita "maestros" sino "gerentes". es decir no busca un impacto en la academia sino en las empresas y esto sucede en algunas unidades académicas en la república argentina.

Duración del trabajo de tesis: La duración del trabajo de tesis no es expresiva por si misma de ninguna tendencia. De hecho, al buscar referentes internacionales para comparar los tiempos medios de elaboración y culminación de un proyecto de tesis se verificó que en la mayoría de los casos los alumnos de posgrado desarrollan sus estudios con dedicación exclusiva. En Argentina la situación es totalmente inversa. En general, sólo quienes se desempeñan en el mercado de trabajo ocupando posiciones relativamente aven-

⁸ Tobar, Federico & Romano Yalour, Margot, *Como se faz uma tese em saúde Pública*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2001.

rajadas (calificadas y estables) acceden a cursos de este tipo cuyo costo es relativamente alto.

Métodos y técnicas prevalentes: Relevar las tesis de maestría en salud pública permite identificar cuan integrada está la disciplina en el país. Un análisis sistemático de las tesis permite indagar sobre el grado de multidisciplinariedad de la formación de maestría. Dicho de otro modo, es de interés observar qué grado de interrelación se presenta entre diferentes profesionales en una instancia de formación de posgrado. Como ejemplo se pueden citar las afirmaciones de Hesio Cordeiro con referencia al desarrollo de las tesis en el Brasil:

"... desde el comienzo se pretendía una especie de curso interdisciplinario, muchas veces teniendo dentro del mismo curso la participación de un médico con un cientista social, de un planificador de la salud con un antropólogo, buscando romper ciertos compartimentos estancos como barreras de conocimiento, como una experiencia y una novedad en términos de la propia enseñanza de la medicina social en el nivel de posgrado, que tuvo repercusiones positivas en la esfera de la graduación también, porque muchos de esos cursos aprovechaban las experiencias de posgrados para llevarlas tanto a cursos de grado como al área de especialización en el nivel de residencia médica"⁹.

Por investigación en salud se entiende el proceso de producción del conocimiento que tiene por objeto las condiciones de salud y las respuestas para mejorarlas¹⁰. Las condiciones de salud comprenden los procesos biológicos, psicológicos y sociales que definen el nivel de salud del individuo y de la población, mientras que las respuestas sociales comprenden las acciones organizadas por la sociedad para mantener o mejorar dicho nivel.

La Salud Pública constituye un objeto de análisis multidisciplinario e interdisciplinario que pareciera ser imprescindible dentro de una instancia de formación de posgrado. En la formación de posgrado tiene efectos el trabajo multidisciplinario, ya que la profundización de las bases teórico / metodológicas de la medicina social, de hecho refuerza y difunde experiencias innova-

⁹ Cordeiro de Arbuquerque, Hésio, "Apresentação", Fundação Oswaldo Cruz, *VII Jornada Científica da pos-graduação*, Rio de Janeiro, Brasil, Novembro de 2001.

¹⁰ Frenk, Julio, "Un modelo conceptual para la investigación en salud pública", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 101 (5): 477-489, 1986.

doras multidisciplinarias y ello tiene significativa repercusión en los espacios de formación médica.

Propuestas y aplicaciones: En uno de sus últimos artículos el profesor Brian Abel-Smith se pregunta ¿qué contribución al gobierno puede hacer un académico mejor que un funcionario? Y concluye que, primero hay una constante disputa sobre la interrelaciones que se plantean entre los diferentes objetivos de las políticas sociales de cada departamento o jurisdicción¹¹. Los académicos dedican toda su vida a discutir esas cuestiones con los alumnos.

En segundo lugar, los académicos desarrollan el hábito del pensamiento lateral. Pero lo más importante para este pionero de la Economía de la Salud es que los académicos detentan una capacidad muy superior para escribir propuestas y documentos de políticas de forma eficiente. Los memorándums y documentos de los funcionarios suelen ser pesados y confusos, por este motivo se ha impuesto en los últimos años la modalidad de consulta a especialistas y expertos antes de emprender cualquier reforma sectorial.

La investigación como actividad y la academia como arena tienen un rol fundamental alimentando la formulación de políticas públicas. En salud pública más que en ninguna otra área la formulación de políticas surgió en contextos técnico científicos. La primera formulación del Welfare State que se da en la Inglaterra de posguerra se desprende de un informe elevado por Lord Beveridge a la corona británica. Y luego nadie influyó más que el profesor Richard Saltman para que los países pioneros en incorporar Servicios Nacionales de Salud (Suecia e Inglaterra) hicieran un giro de mercado y avanzaran hacia la competencia pública. Gran parte de las reformas de salud más radicales de los últimos treinta años surgieron de la academia o tienen a académicos como padres. Las reformas en Holanda llevaron los nombres de sus creadores, primero el profesor Dunning y luego el profesor Dekker. En España la comisión presidida por Abril Martorell dio lugar a un informe (más conocido como el "informe Abril") que sentó las bases del actual Sistema Nacional de Salud. En la mayoría de los casos han sido las autoridades el Poder Ejecutivo o del legislativo quienes, percibiendo la importancia de incorporar una reforma sanitaria en la agenda de políticas públicas encomiendan a un científico o designan una comisión técnica para encontrar alternativas.

Una tendencia mundial muy fuerte en la formulación de políticas de salud en salud de los dos últimas décadas consistió en la priorización de políti-

¹¹ Abel-Smith, B., "Advice to Governments", *Eurohealth*, vol. 2, Nº 2, junio de 1996, p. 3.

cas orientadas a curar y proteger a los sistemas y servicios más que a la personas. Tal vez sea allí donde se registre el impacto más profundo del neoliberalismo en salud. Sin embargo, la reacción comenzó. Su embrión se puede encontrar en un antiguo informe encargado por el gobierno canadiense y comandado por el Profesor Lalonde (en 1974) y el paradigma que hoy conocemos como "políticas saludables" alcanza envergadura a partir del informe del Dr Jake Epp también en Canadá (1986).

En salud es muy raro que las políticas se implementen por presiones sociales organizadas. El proceso de producción de la salud es muy abstracto y muy complejo, ello genera asimetrías de información que dificultan mucho la participación social en salud y no estimulan el debate. En varios países los profesores de salud pública han influido definitivamente sobre la agenda de políticas públicas, en algunos casos convirtiéndose ellos mismos en políticos pero en otros casos solamente desde sus publicaciones y sus cátedras. En la Argentina esto no ha ocurrido. La discusión sobre la reforma sectorial ha tendido a centrarse en propuestas y documentos elaborados por los organismos internacionales y por las experiencias extranjeras. Tal vez, hasta el momento las particularidades del área en la Argentina residen más en sus condiciones que en sus soluciones. Y estas condiciones hacen difícil importar soluciones europeas. La globalización de las ideas avanza más rápido que la globalización de las condiciones de salud. Por este motivo, la "transferencia de tecnología" tanto desde países centrales como desde países vecinos no viene produciendo los resultados esperados.

En función de lo antedicho, es interesante contrastar el hallazgo de que la mayoría de las tesis involucran propuestas de transformación con los resultados de estudios anteriores en los que se concluía que, al menos en el ámbito de la economía y gestión en salud, las investigaciones no tendían a incorporar propuestas ni a registrar impacto sobre los servicios¹². Esto podría ser indicativo de un punto de inflexión en la producción de conocimiento sectorial hacia una tendencia que probablemente esté madurando. De ser así, es posible ser optimista sobre el impacto de las maestrías y en especial sobre la incorporación de innovaciones de gestión como resultado de ellas.

Publicación: El hecho de que pocas tesis hayan sido publicadas se corresponde con la ausencia de una cultura de la información como búsqueda del bien común y de la comunicabilidad necesaria en un ámbito académico inter-

¹² TOBAR, 1997b, *op. cit.*

nacional. Se puede decir que los maestrandos no han internalizado el hábito de la comunicación pública, indispensable para la continuación de trabajos de investigación y para el desarrollo teórico-metodológico. En algunas maestrías argumentando la privacidad de la información se negó el acceso a las tesis elaboradas. En la mayoría de los casos las instituciones no disponen de las tesis en las bibliotecas correspondientes o no tienen biblioteca. Esto es aun más necesario en una área como el de la Salud Pública que todavía no ha alcanzado el status de "ciencia normal" como diría Thomas Khun.

Como diría Pierre Bourdieu¹³, el asunto es construir nuevos objetos de estudio con nuevas relaciones entre variables, pero a ello debe añadirse la necesidad de que esos objetos de estudio contengan variables fundamentales para el análisis de la salud humana. Es más el científico debería adelantarse temporalmente, a lo que el político debería incluir en su agenda pública. Si esto no ocurre y no hay innovación temática, teórica ni metodológica el rigor mortis esta próximo.

Asimismo, dado que un bajo porcentaje ha sido publicado, podría inferirse la ausencia de una cultura académica universal, vinculada con la comunicabilidad de las tesis realizadas. Las mismas permanecen ocultas en escritorios de Directores y en el mejor de los casos en las Bibliotecas de las Unidades Académicas y en otras, no responden o si lo hacen se niegan a la comunicación escrita. Se expresa una suerte de temor a su descubrimiento. Las tesis se constituyen así en la punta del iceberg de la producción académica.

Temas: Teniendo presente que se trata de tesis dentro del área de la salud pública, cabe mencionar la importancia del tratamiento de los temas de la salud no sólo desde el punto de vista biológico, sino también desde una perspectiva de lo social. Es decir, con la mirada puesta dentro del campo de la salud colectiva.

Este campo temático se va conformando a través de la propia historia, trayectoria y constitución de la salud desde aspectos sociales, comunitarios e institucionales. Por lo tanto, la medicina preventiva y la medicina social se erigen como elementos fundamentales en la constitución de la producción de conocimientos en salud pública.

Por otro lado, el desarrollo de trabajos de tesis tiene un efecto acumulativo, tal que la producción actual de tesis aumenta el fortalecimiento de las

¹³ Bourdieu, Pierre (1978), *A economía das trocas simbólicas*, Petrópolis, Vozes.

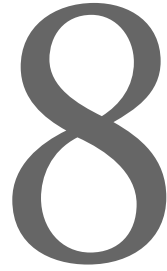
ya existentes, enriqueciendo el contexto de descubrimiento dentro de una comunidad.

c) Recomendaciones

- Es preciso lograr una armónica relación entre los requisitos exigidos para aprobar una tesis de Maestría en Salud Pública y la currícula de materias de Metodología de la Investigación.
- Crear un Banco de Proyectos de Tesis que sea accesible al público interesado o al menos una base de reseñas.
- Estimular a través de líneas de financiamiento de proyectos la producción científica de tesis, así como la publicación de las mismas.
- Efectuar un estudio comparativo de la producción científica en los países de la región. Un ejemplo interesante puede ser hacer un Relevamiento de tesis de Salud Pública en Brasil y su comparación con las tendencias temáticas y metodológicas de Argentina.
- Identificar vacíos en la producción científica de temas prioritarios a ser analizados para la salud pública.
- Desarrollar investigaciones para completar y verificar algunas hipótesis que surgieron del análisis de los datos aquí expuestos.
- Realizar publicaciones anuales sobre resúmenes de tesis de Salud Pública de la República Argentina y fortalecer los mecanismos para su difusión.

En definitiva ayudar a recrear y fortalecer una cultura académica que facilite la difusión, publicación, discusión y comunicabilidad de las tesis aprobadas.

Ello puede ser posible haciendo convenios con Universidades Extranjeras y con Organismos Internacionales que cuenten con fondos suficientes y que contribuyan a crear una Cultura de la producción y distribución de la ciencia en esta área de tanta relevancia para la vida, como es la de la Salud Pública.



CAPÍTULO

**Resonancias/ecos/repercusiones
de los encuentros de la red de posgrados
en salud pública de la Argentina**

En éste capítulo se intenta compilar un relato de los momentos más ricos del proceso de debate y construcción de la red de posgrados en Salud Pública, una iniciativa conjunta de la Representación de OPS-OMS de la Argentina y las instituciones de formación de recursos humanos.

El debate giró en torno de la necesidad de producir cambios para mejorar tanto la formación como la práctica de los servicios de salud. Se busca promover una discusión interna en las escuelas de formación con el objetivo de definir campos de acción de acuerdo con sus intereses y lograr consenso para la cooperación entre las instituciones.

La representación de la OPS/OMS en Argentina, en su primera convocatoria, propone un documento para discutir y reflexionar acerca de las posibilidades reales de un trabajo en red que beneficie a todos los posgrados y fortalezca los vínculos con la cooperación técnica de la OPS/OMS.

La propuesta de red nacional

Tanto el propósito como los objetivos y actividades a desarrollar se expresan en el documento original de la propuesta. Este documento que, fuera enviado a todos los participantes con anticipación, fue el disparador de la reflexión y el organizador de las decisiones inmediatas y futuras.

Los participantes celebraron la oportunidad de esta iniciativa como paso inicial necesario para la búsqueda de respuestas a la realidad de la formación de los recursos humanos en Salud Pública. Asimismo, la propuesta abrió un espacio para el debate y la definición de objetivos comunes y una oportunidad para desarrollar una red que facilitará el foro permanente y el consenso.

El propósito de esta propuesta local es “el fortalecimiento y articulación de los posgrados de Salud Pública y de otros campos conexos que se ofrecen

en el país a través de la creación de diversos mecanismos de intercambio y el desarrollo de algunos servicios comunes de cooperación técnica”.

Los participantes de este primer encuentro discutieron la iniciativa evaluando si esta propuesta respondía a las necesidades reales de los posgrados en la Argentina.

Se discutieron aspectos relacionados con:

- **Aspectos de tipo político y conceptual:** la fragmentación del campo de la Salud Pública, la construcción de un nuevo papel del salubrista, la relación Ministerios de Salud Pública y Escuelas-posgrados de Salud Pública, un nuevo posicionamiento de las escuelas-posgrados para el rescate de valores y principios y su relación con los contenidos del programa de enseñanza, el análisis de la reforma del sector salud.
- **Aspectos relacionados con la organización de la red:** la participación del grupo convocado originalmente, la democratización de la participación en red, la direccionalidad de los trabajos, la necesidad de mantener un grupo pequeño en la Red inicialmente, el intercambio con otros países, la construcción de las agendas de trabajo a mediano y largo plazo, los debates abiertos.
- **Dificultades financieras de los posgrados:** la necesidad de contar con sistemas electrónicos, compra de revistas especializadas en Salud Pública, disponibilidad de documentos de análisis importantes, actualización de centros de documentación.
- **Construcción de consensos académicos:** sobre la base de la información que cada institución formadora pueda aportar con base en criterios comunes, encuentros ampliados, intercambio de docentes, directores de tesis y jurados.
- **Concretar algunos temas de trabajo tales como:** flexibilidad curricular, renovación de metodologías docentes innovadoras; mercado-sociedad civil y Estado, educación a distancia, curriculum por competencias, acreditación.

Los acuerdos de trabajo

En esta convocatoria se establecieron los siguientes acuerdos:

1. Formación de un Banco de Datos sobre las Escuelas-Posgrados.
2. Cada Escuela-Posgrado escribirá un documento con información sobre:

- Tipo de formación ofrecida: propósitos y orientación.
 - Competencias de los egresados.
 - Número de estudiantes y egresados en los últimos 10 años. También número de estudiantes que desertaron. Número de titulados (con tesis).
 - Formación básica de los estudiantes.
 - Número de docentes.
 - Programa de estudio.
 - Orientación pedagógica.
 - Prácticas en servicio.
 - Financiamiento.
 - Investigaciones realizadas desde el posgrado.
3. Construcción de consensos académicos sobre la base de: la información del banco de datos, criterios comunes, encuentros ampliados, intercambio de docentes, directores de tesis y jurados.
 4. Concretar temas de trabajo tales como: flexibilidad curricular, renovación de metodologías docentes innovadoras; mercado- sociedad civil y Estado, educación a distancia, curriculum por competencias, acreditación.
 5. Crear distintos ámbitos de discusión: grupo específico de la red y grupo ampliado por temas específicos.
 6. Trabajar una agenda de temas sobre políticas nacionales a presentar en charlas, debate, foros.
 7. Pensar en reglas mínimas de operatividad para la red y en los requisitos para entrar a formar parte. Pensar además en otros organismos financiadores.

Recomendaciones a la OPS/OMS

El grupo elaboró un serie de recomendaciones que consideraron necesarias para impulsar la formación de la red.

- Proponer a la OPS cooperación internacional para: capacitación docente, la movilización de los recursos nacionales, consultorías locales e internacionales, apoyo bibliográfico con documentos de OPS.
- Que la OPS contribuya al acercamiento del gobierno y los posgrados y gestione la posibilidad que los posgrados participen en eventos internacionales.

- Apoyar en el diseño y análisis de la base de datos.
- Distribuir a los posgrados información substancial sobre Salud Pública.

El funcionamiento de la red

Se propuso considerar a la OPS local como la coordinadora y administradora de la red, con facultad para realizar la compilación de la base de datos, las convocatorias, el envío de información bibliográfica y la organización de la base electrónica de la red. Sin embargo, esta situación inicial no impide que la coordinación sea una función que fuera rotando y que determinadas actividades fueran convocadas y coordinadas por uno o más posgrados.

Nuevos desafíos para los profesionales de Salud Pública

Un momento destacable en este proceso fue la conferencia desarrollada por el Dr. Charles Godue, asesor regional del programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud y coordinador de las áreas de Educación Médica y Salud Pública.

El Dr. Godue explicó las dos grandes iniciativas que la Organización está promoviendo en este momento, motivadas en gran parte por dos preocupaciones: la marginación de la Salud Pública en los procesos de reforma que se desarrollan en el continente y la falta de protagonismo e influencia de las instituciones de formación de Salud Pública en dichos procesos.

Las iniciativas son: 1) la propuesta sobre “La Salud Pública en las Américas”, que intenta analizar las prácticas sociales de salud, actualizar las corrientes del pensamiento y definir las funciones esenciales de la Salud Pública y 2) la “Propuesta de agenda para las instituciones de formación y capacitación en Salud Pública y marco de referencia par la cooperación técnica” que busca promover un debate interno en las escuelas de formación, definir cinco campos de acción sobre los intereses de las escuelas, establecer convergencia de esfuerzos, cooperación entre las instituciones y la cooperación técnica de OPS/OMS y llegar a un nivel de consenso y compromiso entre los actores involucrados.

La segunda propuesta, responsabilidad del programa de Recursos Humanos en ese momento aún sin finalizar, se había originado a partir de una se-

rie de reuniones con ALAESP y de la consulta a las instituciones de formación de Salud Pública del continente.

Otra iniciativa que en esos momentos impulsaba la OPS/OMS era la “red de redes”, la red internacional de valorización de los diferentes aportes, las redes nacionales y subregionales y las mini redes temáticas.

Para las miniredes temáticas se organizaron cinco grupos temáticos en torno a las siguientes problemáticas:

1. Calidad: acreditación, evaluación formativa, etc.
2. Estudiantes trabajadores: educación a distancia.
3. Competencias.
4. Cambios curriculares.
5. Investigación y desarrollo tecnológico

La conferencia del Dr. Godue estuvo centrada además en los nuevos desafíos que se presentan para los salubristas: La cooperación multilateral por un lado y las demandas que a nivel panamericano se están volviendo esenciales para el desarrollo de las propuestas nacionales; la globalización-mundialización y lo global-local. Si la globalización marca un cambio cualitativo distinto, las respuestas cualitativas tienen que ser distintas también.

En un análisis más específico sobre este concepto, citó como ejemplo las consecuencias para el campo de la Salud Pública de la reciente reunión de la Organización Internacional del Comercio en Seattle. En esa reunión se trataron temáticas relacionadas con la importación de la carne bovina, el cambio de políticas en USA sobre uso de gasolina sin plomo, el cierre de inmigración para trabajadores de tabaco en Tailandia y la prohibición de producción de medicamentos sobre SIDA en los países africanos por las exigencias de las patentes.

Las conclusiones de esa reunión, permitieron pensar como idea fuerza en los aspectos de libre comercio que, no pueden ser fines en sí mismo, en términos de regulación. Por lo tanto, resulta necesario plantear un nuevo sistema de gobernanza global que se encuentre relacionado con el bien común.

En este contexto de tanta complejidad, Godue planteaba que:

- Las instituciones de Salud Pública y la formación de Salud Pública son espacios estratégicos.
- Es necesario trabajar y acercar las relaciones entre lo global y lo local.
- Rescatar el marco de valores y principios comunes: equidad, justicia social, solidaridad, derechos humanos.

- Pertinencia de nuestro contexto, el trabajo que se realiza en nuestras instituciones.
- Compromiso con la calidad académica, basada en evidencias.

A modo de conclusión el Dr. Godue subrayó la importancia de tener presente la relevancia entre lo local y lo global, la capacidad de unirse en redes y contribuir con procesos de intercambio en el aspecto global.

En este sentido, es importante asumir las responsabilidades de capacitación masiva, fortaleciendo los niveles de calidad.

Asimismo, existe la necesidad de mantener equilibrio entre los desarrollos teóricos, la capacitación profesionalizante, con accountability y dentro de la lógica de competencias.

De igual modo, es necesario sostener discusiones sobre la complejidad de los actores de Salud Pública. Preguntarse qué es un buen generalista en Salud Pública. Una primera respuesta sería pensar que es un experto en el manejo de las interfases con la inteligencia necesaria para relacionarse con una serie de actores del campo.

La Situación de los Posgrados de Salud Pública en la Argentina

En noviembre del 2001 se llevó a cabo otra convocatoria para intercambiar experiencias y discutir las perspectivas de la educación en Salud Pública en América Latina con la presencia del Dr. Giorgio Solimano de la Escuela de Salud Pública de Chile, presidente de la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (ALAESP). En esa reunión se discutió la situación de los posgrados participantes en la Red.

En ese momento, la mayoría de los posgrados que, financieramente se los considera autosostenibles, presentaban como característica dominante la carencia de recursos para su buen desarrollo debido a la disminución de alumnos.

En años anteriores, algunos de ellos contaban con alumnos que provenían de Obras Sociales y Sanatorios, pero que al romperse la cadena de pago producto de la crisis económica que atravesó el país, se han perdido. Por tanto, se encuentran en la búsqueda de la obtención de becas y otros mecanismos de financiamiento.

Algunos posgrados han comenzado a ofrecer cursos cortos que tienen financiamiento de diversas instituciones, así como también actividades extra-curriculares para provincias vecinas.

Los posgrados funcionan con docentes que perciben honorarios por horas cátedras, mientras que otros requieren de docentes extranjeros para determinados temas. Esta situación hace que sea muy difícil desarrollar las actividades de articulación con la investigación, la cooperación técnica y la vinculación con la sociedad. Uno de los objetivos de los posgrados ha sido modificar el perfil de la actividad de la docencia-aprendizaje, haciéndola cada vez más participativa y focalizada en el desarrollo de investigaciones operativas. Pese a este impulso, se identifican aún tendencias escolares tradicionales, que tienden a fortalecer el desempeño de un oficio y el aprendizaje de un servicio.

La investigación es considerada como prioritaria y su objetivo es que los alumnos adquieran el hábito de investigar. Sin embargo, se identifican dificultades tanto en la presentación de las tesis como en el propio desarrollo de investigaciones a lo largo del programa. Resulta además difícil poder establecer investigaciones interdisciplinarias. Algunos posgrados mantiene relaciones con universidades e instituciones extranjeras para fines de subsidios y de desarrollo de trabajos conjuntos, así como también, para compartir experiencias y docentes.

El Dr. Giorgio Solimano presentó un resumen de la historia de la Asociación y la voluntad sostenida por parte de las instituciones formadoras y la OPS para reactivar esta Asociación y establecer objetivos y metas de trabajo con mayor énfasis.

Presentó algunos acuerdos importantes emanados de la XIX Conferencia de ALAESP, celebrada en la Habana en Julio de 2000 en relación con la ampliación de la membresía, la reforma de los estatutos y la nueva directiva, constituida por la escuela de Salud Pública de Chile con la presidencia, el Instituto de Salud Pública de Cuba con Radamés Borroto como vicepresidente y la Escuela de Malariología de Maracay, Venezuela, con Evelyn Escalona como secretaria.

El énfasis de la conferencia de la Habana fue colocado en la búsqueda de mejorar la formación de los posgrados en la región y en el fortalecimiento y recreación de los grupos nacionales. Se identificaron estrategias para que ALAESP y OPS funcionen como agentes catalizadores entre las escuelas de esta región y escuelas de otras regiones y las asociaciones de Salud Pública de Europa y USA.

Presentó un diagnóstico de las instituciones educativas:

- Falta de discusión teórica de las bases de la Salud Pública moderna.

- Desvinculación del quehacer académico con la práctica en salud. Crisis de los mecanismos de integración docente-asistencial. Los convenios siguen vigentes pero con serias dificultades.
- Escasa interrelación de la salud pública con las disciplinas básicas y clínicas de la medicina y otras ciencias afines.
- Escasa incorporación de nuevos conocimientos y métodos de enseñanza en la formación de recursos humanos frente a las nuevas demandas.
- Falta de relevancia de la investigación que se realiza en salud pública.

El Dr. Solimano expuso algunas propuestas de ALAESP entre las que se contaban contribuir a generar un nuevo paradigma de Salud Pública. Desarrollar una identidad propia, globalizar las capacidades, pero no los temas ni las formas de abordarlos. Generar Liderazgo, empoderar a los investigadores y a las nuevas generaciones. Formar recursos humanos en íntima relación con el desarrollo y los resultados teóricos y prácticos de la investigación. Establecer mecanismos de cooperación y colaboración.

Finalmente, propuso “reencantar” a los profesionales de la salud pública para que se involucren creativamente.

Algunas ideas de debate en la Red de posgrados

La discusión se orientó en la necesidad de fortalecer los componentes de ciencias sociales y antropología, el desarrollo de la investigación y el trabajo corporativo, y la necesidad de definir y debatir la identidad del campo de la Salud Pública, que condujera al rescate de determinados principios y valores, tema además discutido desde la primera reunión de la Red.

La incorporación de científicos sociales en diferentes estrategias dentro de los posgrados se sugiere como estrategia fundamental para incorporar diferentes miradas de los problemas de salud pública, así como la definición de espacios de discusión en temas relevantes de investigación. Los trabajos de investigación no consiguen trascender dentro de las políticas científicas del país, quedándose en el conocimiento particular del alumno.

Además, tanto la producción de investigaciones como la propia docencia se encuentra desvinculada de las instituciones que realizan servicios de salud pública (ANMAT, Malbran, Sociedades Científicas, etc). La Red pudiera servir de puente con estas instituciones, apelando a algunas soluciones ingenio-

sas y, al mismo tiempo, pudiera ser convocante de otras instituciones y grupos como las sociedades científicas.

También se reflexionó acerca de las diferentes modalidades de trabajo como la investigación acción, el planeamiento estratégico y las disciplinas de fronteras.

Gestión de Calidad de los Posgrados en Salud Pública

La reunión en donde se realizó la discusión del documento Gestión de Calidad de los Postgrados en Salud Pública preparado por el Dr. Mario Rovere a pedido de ALAESP y el Programa Regional de Recursos Humanos de la OPS, constituye otro de los momentos que merece ser destacado en este proceso. Asimismo, este material operó como documento central del Congreso de ALAESP en Brasilia en julio de 2003.

Además ésta reunión operó como anticipo de un Foro virtual que ALAESP y OPS estaban lanzando con ayuda del Núcleo de Tecnología Educacional en Salud de la Universidad Federal de Río de Janeiro. Allí se abriría la discusión a todos los posgrados que lo deseen de América Latina y en donde se esperaba instalar un debate y un registro de “buenas prácticas” o experiencias innovadoras recientes de los posgrados en el sentido de la Calidad.

Un elemento adicional que distinguió esta reunión fue la incorporación del Director de la Escuela de Salud de Paraguay que plasmó en los hechos una de las sugerencias conversadas en reuniones previas en el sentido que la red podría poner en contacto también experiencias de países vecinos.

La reunión permitió abrir varios interrogantes alrededor del tema de calidad en los posgrados de Salud Pública. Una cuestión recurrente es el planteo de quien hace o debería hacer la acreditación. En éste sentido, quedó claro que los criterios que utiliza la CONEAU (Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria) no son suficientes, ya que sus evaluaciones no toman en cuenta los elementos distintivos de la formación en el campo de la salud pública.

Entrando en el debate, se resaltó que el documento presentado enfatiza la relación docencia-investigación – gestión, que propone herramientas concretas, que hace énfasis en una visión crítica de la gestión educativa y la necesidad de analizar los procesos de trabajo en un diálogo común que conduzca al derecho a la atención.

En éste sentido, se planteó la necesidad de debatir acerca de las Funciones Esenciales de Salud Pública, que constituyen para la región una importante agenda de temas, como el monitoreo y análisis de la salud de la Población.

Los participantes expusieron las experiencias realizadas en sus posgrados referidos a la gestión de Calidad. En la Maestría de la Universidad de Tucumán se realizó una innovación en los contenidos y en la metodología, se introdujo la enseñanza basada en problemas y la participación de los alumnos. La participación de los alumnos como docentes en temas de profesionalización de los servicios de salud.

Otro tema de discusión fue la participación de los alumnos con su doble inserción, como usuarios de los servicios y como profesionales del mercado laboral. En este sentido, también se señaló como novedosa la expectativa que los alumnos tienen en los estudios de posgrado como posibilidad de mejorar o posibilitar su inserción laboral.

La preocupación por la baja producción de tesis de los maestrandos configuró otro momento de la discusión. En sus dos vertientes, como indicador planteado por la CONEAU para acreditar las Maestrías y como problema detectado en los alumnos de posgrado. A la falta de interés demostrada por la investigación entre los alumnos se suma su carencia en el manejo de las metodologías pertinentes, en la dificultad de “escribir” y la falta de financiamiento para realizar los trabajos de campo.

Una iniciativa en este tema fue expuesta por la Maestría en Salud Pública de la UBA que incorporó un taller de escritura de tesis a cargo de los docentes de Lingüísticas de la Facultad de Filosofía de la UBA.

A modo de cierre, el Dr. Rovere propuso asumir que la Salud Pública es un campo de conocimientos atravesado por varias dimensiones. Un espacio complejo y de convergencia de diversas prácticas, saberes y perfiles profesionales. Y además, intenta sostenerse en un punto de equilibrio inestable entre la ciencia y la política en un espacio de dialogo conflictivo que viene atravesando fuertes procesos de transformación.

En otro sentido, planteó la Red de Postgrados como un espacio de encuentro en donde no necesariamente se arriba al consenso. Dentro de ella pueden funcionar pequeños consorcios que avancen en cuestiones comunes.

Estos debates dieron origen a documentos en donde posgrados reconocidos, como la Maestría de Salud Pública de la Universidad de Tucumán, la Escuela de Salud Pública de la UBA, el Instituto Juan Lazarte de la Universidad de Rosario y la Maestría de Salud Pública de la UBA, refieren experiencias innovadoras

que pueden ser enmarcadas en el tema de buenas practicas en la formación de Salud Pública y ejes prioritarios que hace falta profundizar: la investigación y la vinculación de los posgrados en Salud Pública con la sociedad civil.



Anexo: Catálogos de Posgrados

Maestrías en Salud Pública
Por orden alfabético de Universidad

Universidad	Maestría	Dependencia	CONEAU Categoría	Citada en
Universidad de Buenos Aires	Maestría en Salud Pública	Consejo Superior UBA	B 274/00	MR
Universidad Nacional de Catamarca	Maestría en Salud Pública	Facultad de Ciencias de la Salud	B 722/00	INAP
Universidad Nacional de Córdoba	Maestría en Salud Pública	Facultad de Ciencias Médicas.	Proyecto de Acreditación En trámite	INAP MR
Universidad Nacional de La Plata	Maestría en Salud Pública	INUS Facultad de Ciencias Médicas	Proyecto 108/03 124/03 125/03	
Universidad Nacional de Rosario	Maestría en Salud Pública	Instituto de Salud Juan Lazarte	B 608/99	MR INAP
Universidad Nacional de Salta	Maestría en Salud Pública	Facultad de Ciencias de la Salud	-	MR INAP
Universidad del Salvador	Maestría en Salud Pública	Facultad de Medicina Facultad de Medicina	-	MR INAP
Universidad Nacional de Tucumán	Maestría en Salud Pública		Cn 422/01	MR INAP

TOTAL 8 Maestrías en Salud Pública

MR: Miembro de la Red de Posgrados de Salud Pública

**Maestrías en áreas afines a la Salud Pública:
Gestión de servicios de Salud y otras.
Organizado por Universidades en orden alfabético**

Universidad	Maestría	Dependencia	CONEAU Referencias
Universidad de Buenos Aires	Maestría en Administración de Sistemas y Servicios de Salud	Escuela de Salud Pública Facultad de Medicina Departamento de Salud Pública	Bn 370/00 MR INAP
	Maestría en Efectividad Clínica	Escuela de Medicina Htal. Italiano de Buenos Aires (Convenio)	
Universidad del Aconcagua	Maestría en el uso indebido de Drogas.	Centro de Estudios Avanzados	
	Maestría en Políticas Sociales	Facultad de Cs. Sociales Facultad de Psicología	
	Maestría en Psicología Social Comunitaria		
	Maestría en Educación y Comunicación para la Salud	Facultad de Ciencias Sociales y Administrativas	
	Maestría en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud	Facultad de Ciencias Sociales y Administrativas	
Universidad CAECE	Maestría en Administración Hospitalaria y Sistemas de Salud	Secretaría de Posgrado	
	Maestría en Administración y Gestión de Enfermería		

Universidad Católica Argentina	Maestría en Administración de Salud	Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud	INAP
	Maestría en Ética Biomédica	Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud	
Universidad Católica de Córdoba	Maestría en Administración de Servicios de Salud	Instituto de Ciencias de la Administración (IC-DA)	
Universidad Nacional de Córdoba	Maestría en Drogadependencias	Facultad de Ciencias Médicas.	
	En Gerencia y Administración de Servicios de Salud	Facultad de Ciencias Médicas.	C 613/99
	Maestría en Salud Materno Infantil	Facultad de Ciencias Médicas.	B 414/99
	Maestría en Gerontología	Facultad de Ciencias Médicas.	B 413/00 INAP
Universidad Nacional de Cuyo	Maestría en Bioética	Facultad de Cs. Médica	MR
Universidad Favaloro	Maestría en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud	Facultad de Ciencias Médicas	369/00 MR INAP
Facultad Latinoamericana De Ciencias Sociales FLACSO	Maestría en Ciencias Sociales y Salud		
	Maestría en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales	FLACSO-CEDES	MR Res. 679/99.
Instituto Universitario ISALUD	Maestría en Economía y Gestión de la Salud		Bn 423/01

	<p>Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología</p> <p>Maestría en Gestión de Servicios de Salud Mental</p> <p>Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social</p>		<p>Cn 422/01 MR INAP</p>
<p>Universidad Maimonides</p>	<p>Maestría en Administración de Salud</p> <p>Maestría en Gestión Integral de Servicios de Enfermería</p> <p>Maestría en Manejo Ambiental</p> <p>Maestría en Psicogerontología</p>	<p>Facultad de Ciencias Médicas</p> <p>Facultad de Ciencias Médicas.</p> <p>Cs. Aplicadas</p> <p>Área Humanidades</p>	<p>MR INAP</p>
<p>Universidad de Morón</p>	<p>Maestría en Gestión de Sistemas de Salud</p>	<p>Vicerrectorado de Extensión Universitaria</p>	
<p>Universidad Nacional de Lanús</p>	<p>Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud.</p> <p>Maestría en Salud Mental Comunitaria</p>	<p>Posgrado</p> <p>Departamento de Salud Comunitaria</p>	<p>Bn Nº 610/99</p> <p>Resolución Nº 642/99 y Categorizada Bn. MR</p>
<p>Universidad Nacional de La Plata</p>	<p>Maestría en Economía de la Salud y de los Servicios Sociales y en Gestión de Organización de Servicios de la Salud</p>	<p>Facultad de Ciencias Económicas.</p>	<p>Bn 614/99 INAP</p>

Universidad Nacional del Nordeste	Maestría en Desarrollo Social	Facultad de Humanidades	MR
Universidad Nacional de Rosario	Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud	Centro de Estudios Interdisciplinario CEI	MR INAP
	Maestría en Administración de servicios de Enfermería	Facultad de Medicina. Escuela de Graduados	Cn 612/99
	Maestría en documentación y sistemas de información Sanitaria	Cs. Exactas, Ingeniería y Agrimensura Fac. Cs. Médicas	
Universidad Nacional de Tucumán	Maestría en Salud Ambiental	Facultad de Medicina	Cn 350/01
	Maestría en Educación Médica	Facultad de Medicina	Proyecto 411/99 MR INAP
Universidad Nacional de Salta	Maestría en Políticas Sociales	Facultad de Humanidades	MR INAP
Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES)	Maestría en Administración de Servicios en Salud	Departamento de Posgrados	INAP

TOTAL 40 Maestrías en el Área de Salud.

**Carreras de Especialidad en
Campos afines a la Salud pública
por Universidades en orden alfabético**

Universidad	Carrera	Dependencia
Universidad de Buenos Aires	En Planeamiento del Recurso Físico en Salud	Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo
	En Política y Gestión de Salud Mental	Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Cuyo	En Promoción y Educación para la Salud	Facultad de Educación Elemental y Especial
Universidad de General San Martín y Asociación de Médicos de General San Martín y Tres de Febrero.	En Medicina Legal	Escuela de posgrado Instituto para el Desarrollo Humano
Universidad Favaloro	En Medicina del Trabajo	Facultad de Cs. Médicas
Instituto Universitario ISALUD	En Economía y Gestión de la Salud En Medicina Legal En Sistemas de Salud y Seguridad Social	ISALUD
Universidad Maimónides	Especialista en Geriátrica	Área de Humanidades
Universidad Nacional del Nordeste	En Terapéutica Farmacológica y auditoria de medicamentos En Gestión y auditoria en Salud.	Facultad de Medicina
Universidad de Rosario	En Epidemiología	Facultad de Medicina
Universidad del Salvador	En Medicina Legal	Escuela de Posgrado
Universidad Nacional de Tucumán	En Sistemas de Salud	Dirección de Posgrado

Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES)	En Medicina del Trabajo En Políticas y Administración en Salud Mental	Dirección de Posgrado Dirección de Posgrado
--	--	--

TOTAL 16 Especializaciones en Áreas Afines a Salud Pública

Maestrías en Salud Pública

Por orden alfabético de Universidad

Universidad de Buenos Aires
Maestría en Salud Pública (dependiente del Consejo Superior). Acreditado y Categorizado "B" por la CONEAU, Resolución N° 274/00
Dirección: Dra. Noemí Bordoni (Coordinadora Ejecutiva) Dr. Mario Rovere (Coordinador Asociado) Dr. Hugo Mercer (Coordinador Asociado)
Título: Magíster de la Universidad de Buenos Aires en Salud Pública, con mención de su título de grado.
Requisitos de Admisión: Graduado de la Universidad de Buenos Aires con título correspondiente a una carrera de cinco años de duración como mínimo o graduado de otras universidades argentinas o extranjeras, con títulos equivalentes. Lectura comprensiva de idioma inglés.
Duración y modalidad de la Cursada: 2 años presencial .Actividades presenciales (incluyendo talleres y actividades de integración). Actividades de estudio independiente y preparación de tesina. Actividad de investigación y campo.
Objetivo: Su propósito general es crear espacios de reflexión, de debate y de contrastación de propuestas focalizadas en la construcción y articulación de intereses entre las organizaciones del Estado y la sociedad civil respecto de la salud en sus diferentes dimensiones y la formación de recursos humanos en esos escenarios. Desde la perspectiva universitaria, la Maestría se plantea como una instancia desde donde pueden operarse estrategias de cambios para la educación superior interactuando entre diferentes actores para cooperar en el cumplimiento de las responsabilidades cívicas y sociales de la Universidad
Información Adicional: Uriburu 950 1°Piso. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel. 4508-3624 int. 219. E-mail: masp@rec.uba.ar WEB http://maestria.rec.uba.ar
Esta información fue construida desde la webmaster www.uba.ar. Septiembre 2003.

Universidad Nacional de Catamarca
Maestría en Salud Pública Rm. 0550/99
Director: Dr. Vicente Mazzafero
Título: Magíster en Salud Pública
Requisitos de Admisión: Egresados de Carreras de Grado de las Cs. Biológicas, Médicas, de la Administración y Medio Ambiente. Mínimo 3 años de Egresados. Duración y modalidad de la Cursada: 2 años presencial.
Objetivo:
Información Adicional: Facultad de Cs. de la Salud. Departamento Postgrado Sr. Leonardo Castelli. Secretaría de Posgrado e Investigación. Hospital San Juan Bautista. Tel. 03833-450645 E-mail domingo@inforvía.com
Esta información fue construida desde la web del INAP. Septiembre 2003

Universidad Nacional de Córdoba.
Maestría en Salud Pública Acreditación de CONEAU en tramite Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas.
Director: Prof. Dr. Juan Carlos Estario
Título: Magíster en Salud Pública Expedido por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba
Requisitos: Egresados universitarios de carreras de cinco (5) años o más de duración, que desempeñan su actividad en instituciones relacionadas con los servicios de salud.

Duración y modalidad de la cursada Cuatro cuatrimestres. Dinámicas grupales; clases dialogadas teórico – prácticas. Las sesiones presenciales se desarrollan los días viernes (en horario de 15.00 hs. a 19.00 hs.) y sábados (en horario de 9.00 hs. a 14.00 hs.) con frecuencia quincenal.

Objetivos:

- Formular y realizar el diagnóstico integral de salud a nivel poblacional tanto en la definición y determinación de necesidades, como en la organización de la prestación de servicios.
- Elaborar e implementar políticas de salud en distintos ámbitos sanitarios : municipal, provincial, nacional.
- Aplicar métodos y técnicas de investigación clínica y epidemiológica necesarios para comprender la situación de salud y adecuar los procesos de gestión de servicios sanitarios.
- Conocer métodos y técnicas necesarios para poder analizar las organizaciones, planificar y dirigir los servicios, gestionar sus recursos humanos y económicos y evaluar las intervenciones y programas de salud.
- Diseñar y gerenciar proyectos de capacitación de recursos humanos en el ámbito de la salud pública.
- Desarrollar proyectos de investigación en materia de salud pública.
- Trabajar con las comunidades en promoción y protección de la salud de las mismas.
- Participar activamente en equipos interdisciplinarios y desarrollar procesos de cambio ante las múltiples y variadas circunstancias que presenta el cuidado de la salud y el desarrollo de las comunidades.
- Reconocer y asumir la responsabilidad ética y legal al planificar, ejecutar y evaluar la atención que demandan las poblaciones en situación de riesgo o daño a su salud.

Información adicional: sgcs@fcm.unc.edu.ar / www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar

Esta información fue construida desde la webmaster www.unc.edu.ar,04/09/03

Universidad Nacional de La Plata
Maestría en Salud Pública
<p>INUS - Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud Con orientación en: SISTEMAS DE SALUD SISTEMAS MUNICIPALES DE SALUD ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA (Resolución CONEAU 608/99 Categoría0 B)</p>
<p>Director: General del Programa de Posgrado: Prof. Dr. José María Paganini Prof. Dr. Horacio L. Barragán (Establecimientos y Servicios de Atención Médica) Prof. Dr. Horacio O. Pracilio (Sistemas Municipales de Salud) Prof. Dra. María de los Angeles Mestorino (Sistemas de Salud)</p>
<p>Título: Magíster en Salud Pública</p>
<p>Duración y modalidad de la Cursada: 2 años. Presencial. Carga horaria total: 1200 horas, Dirigida a: Profesionales relacionados con las ciencias de la salud y otras disciplinas, que ejerzan funciones de liderazgo, ya sea en la dirección, gestión, docencia, investigación epidemiológica y en sistemas y servicios de salud. Objetivo General: Se espera que al término de la Maestría los profesionales hayan adquirido conocimientos, habilidades y actitudes para: Conducir, programar y administrar sistemas y/o servicios de salud, con el enfoque de la gerencia estratégica, aplicando una estrategia integral de salud pública orientada hacia la producción social de la salud. Desarrollar en forma autónoma y en equipos interdisciplinarios, investigaciones epidemiológicas, diagnósticos de situación de salud y de atención de la salud de grupos de población, identificando los condicionamientos biológicos, ecológicos, sociales, económicos, culturales y organizativos que determinan distintos niveles de salud y de calidad de vida. Dirigir y ejecutar intervenciones desde instituciones de salud y seguridad social, a nivel nacional, provincial y/o en programas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. Proporcionar asistencia técnica y capacitación en instituciones de salud públicas o privadas en áreas de su competencia.</p>

Asumir el compromiso social y ético de procurar la universalidad, solidaridad, equidad, calidad y participación social en la transformación de los sistemas de salud, respetando la cultura, autonomía e integridad de las personas y las comunidades.

Información Adicional: Calle 60 y 120 - 1900 - La Plata - Buenos Aires, Argentina Fax: (54-221) 423-5755 Tel: (54-221) 427-7399 / 423-5755
E-mail: cinus@netverk.com.ar

**Esta información fue construida desde la webmaster
www.unlp.edu.ar. 03/09/03.**

Universidad Nacional de Rosario

Maestría en Salud Pública

(Resolución CONEAU 608/99 Categoría B)
Instituto de la Salud Juan Lazarte

Director: Dr. Mario Rovere

Título: Magíster en Salud Pública

Duración y modalidad de la cursada: dos (2) años de cursado y dos (2) años más para la presentación de la tesina. Presencial.

Objetivo General: está destinada a la profundización de conocimientos científicos sociales, teórico, metodológicos e instrumentales relativos a la problemática de la salud pública, para la resolución de los problemas y la realización de trabajos de investigación en el área.

Objetivos Específicos: - Formar graduados con capacidad para investigar y utilizar conocimientos científicos para la resolución de problemas en el campo de la salud pública: políticas de salud, condiciones de salud de la población, recursos de salud, organización y gerencia de servicios y/o sistemas de salud, eficiencia, eficacia e impacto de las intervenciones, calidad de atención.- Profundizar el conocimiento de los fundamentos teórico metodológicos de las disciplinas que conforman el cam-

po específico de la salud pública, en particular la Epidemiología; la Planificación y Gestión de Servicios de Salud y las Políticas de Salud.- Profundizar el conocimiento de las políticas de salud, su análisis y definición en el marco de las políticas sociales y su formulación a nivel organizacional; del sistema y servicios de atención, su organización, gerencia y planificación en relación con los modelos de atención y la situación de salud en la población; de las condiciones colectivas de salud/enfermedad, jerarquizándose un enfoque social y la contextualización de los problemas de la población.- Promover el desarrollo de una actitud analítica crítica y creativa frente a los problemas que plantea su campo específico de acción.

Información Adicional: Sede de Gobierno UNR. Maipú 1065 P. 3 Of. 309/311. Te: (54-341) 4802781. Tel.-Fax: (54-341) 4802699.
cei-acad@unr.edu.ar / www.unr.edu.ar/cei

Esta información fue proporcionada por el Instituto de la Salud Juan Lazarte. (unidad de gestión) Tel-Fax: (54- 341) 4372742 maestríadesaludpublica@asocmedrosario.com.ar Septiembre 2003.

Universidad Nacional de Salta

Maestría en Salud Pública

Directora: Mg. Mónica Elena COUCEIRO de CADENA

Título: Magíster en Salud Pública con mención en Atención Primaria de la Salud

Requisitos de Admisión:

- Poseer título universitario de grado, entendiéndose por tal aquel que resulte del cursado de una carrera con una carga horaria mínima de 2600 horas reloj o su equivalente y desarrollada en un mínimo de cuatro años, según Res. 6/97 del Ministerio de Cultura y Educación.
- En el momento de la inscripción deberá presentar fotocopia autenticada por Escribano del Título Universitario, y en el caso de que la Comisión Académica así lo requiera, el certificado analítico de estudios
- Aval de la Institución en que se desempeñe, para el caso de postulantes que traba-

jen en relación de dependencia. • Currículum vitae actualizado (sólo enunciativo, sin documentación probatoria)
Duración y modalidad de la Cursada: 2 años de cursado (con modalidad semipresencial) y una Tesis. Carga horaria total: 1620 horas (Al aprobar el 1º año se obtiene el título de Especialista en Salud Pública)
Objetivos: Formar profesionales capaces de: <ol style="list-style-type: none">1. Contribuir mediante la investigación a diagnosticar los problemas de salud de la comunidad y establecer prioridades para su abordaje2. Diseñar, ejecutar y evaluar Programas de Salud Pública, que atiendan las necesidades de la comunidad, con énfasis en la estrategia de Atención Primaria.3. Generar acciones que permitan mejorar los servicios esenciales y fortalecer la gestión de los sistemas locales de salud4. Participar en la formación y desarrollo de Recursos Humanos en Salud Pública, especialmente en Atención Primaria de la Salud.5. Profundizar los aspectos del diagnóstico y abordaje de la situación de salud de la comunidad, para diseñar programas y proyectos con una visión transdisciplinaria en el marco de la estrategia de atención primaria de la salud
Información Adicional: Facultad de Cs. de la Salud. Av. Bolivia 5150 - 4400 Salta. Tel-Fax 0387 - 4255479 - 4255332 E-mail: maestsp@unsa.edu.ar Departamento Postgrado Sr. Leonardo Castelli: postgsal@unsa.edu.ar WEB: www.unsa.edu.ar/salud
Esta información fue proporcionada por la Maestría en Salud Pública 27/10/03.

Universidad del Salvador
Maestría en Salud Pública RM 0543/02 RM 0135/97
Directora: Dra. Liliana Licciardi
Título: Magíster en Salud Pública
Requisitos de Admisión:
Duración y modalidad de la Cursada: 2 años.
Objetivo: Formar profesionales capacitados para diagnosticar, planificar, programar, y ejecutar acciones a través de intervenciones sustantivas y oportunas. Adiestrarlos en la evaluación de los servicios de salud y en el gerenciamiento de los recursos disponibles a fin de promover el mayor bienestar biopsicosocial de la población.
Información Adicional: Facultad de Medicina (anexo) - Rodríguez Peña 552, Capital Federal. http://www.postgradosusal.com
Esta información fue construida desde la web INAP Septiembre 2003

Universidad Nacional de Tucumán
Maestría En Salud Pública Carrera creada por el Honorable Consejo Superior de la UNT por Resolución N° 2618/97. Carrera Acreditada y Categorizada como "Cn" por la CONEAU, por resolución N° 609/99
Directora: Dra. Elsa Moreno
Título: Magíster en Salud Pública

Requisitos de Admisión:

- a) Dirigido a profesionales egresados de Universidades Nacionales, Provinciales, Privadas y/o Extranjeras, reconocidas por autoridades competentes, acreditados con Carreras de Grado de cinco años o más.
- b) Que se estén desempeñando laboralmente en el Sector Salud (Público, privado, de la seguridad social, docencia universitaria).
- c) Con una experiencia de trabajo profesional mínima de cinco años.
- d) Entrevista personal
- e) Aprobar un examen básico de inglés: lectura y traducción de material técnico.
- f) Presentar, adjunto a la nota el formulario de inscripción en el Magíster, lo siguiente: Fotocopia legalizada del Título Profesional Universitario. Curriculum Vitae actualizado, que demuestre su desempeño en el área de la salud. Un aval institucional.

Duración y modalidad de la Cursada: 2 años presencial.

Objetivo:

- a) Brindar la posibilidad de perfeccionamiento de posgrado en el área de la Salud Pública a las diversas profesiones de Ciencias de la Salud, mediante un Curso formal que posibilite el desarrollo de sus potencialidades a través de una capacitación multiprofesional e interdisciplinaria.
- b) Desarrollar en los alumnos la capacidad de reflexión crítica y creatividad profesional necesarias, que le permita realizar investigaciones de Salud Pública, con énfasis en el área de Investigación de Servicios de Salud.
- c) Preparar personal de salud para actuar con solvencia en la comunicación del conocimiento y lo habilite para la docencia de grado y posgrado y la extensión, en el área de Salud Pública.

Información Adicional: Buenos Aires 296 - (4000) S.M. de Tucumán. Tel/Fax: (+54) 381 4311200 ó 4311896 ó 4312041, Dirección de posgrado int. 201/211. E-mail: posgrado@ct.unt.edu.ar. WEB: www.unt.edu.ar

Esta información fue construida desde la Web de la UNT. Septiembre 2003. Guía de Posgrado, Editada por la Secretaría de Posgrado

Maestrías en áreas afines a la Salud Pública: Gestión de servicios de Salud y otras.

Organizado por Universidades en orden alfabético

Universidad de Buenos Aires
Maestría en Administración de Sistemas y Servicios de Salud Escuela de Salud Pública
Director: Dr. Jorge Gilardi
Título: Magíster de la Universidad de Buenos Aires en Administración de Sistemas y Servicios de Salud.
Duración y Modalidad de la Cursada: dos años. "Presencial.
Objetivos: que los estudiantes posean conocimientos, aptitudes y destrezas para: <ul style="list-style-type: none">• Describir, analizar y explicar las características del proceso salud-enfermedad y del proceso de atención, desarrollando la investigación y la docencia.• Participar adecuadamente en los procesos de generación y formulación de políticas y estrategias sectoriales, institucionales y de servicios de salud, así como intersectoriales vinculadas con ellos.• Administrar servicios y sistemas de salud con capacidad crítica e innovadora respecto de enfoques, métodos y técnicas acordes con las necesidades y demandas de la población.
Información Adicional: Escuela de Salud Pública, Marcelo T. de Alvear 2202 2do. piso, (1122) Buenos Aires. Teléfono: 4508-3851 Fax: 4508-3666. e-mail: espuba@yahoo.com.ar www.fmed.uba.ar/depto/saludpublica
Esta información fue construida desde la webmaster www.uba.ar / 03/09/03

Maestría en Efectividad Clínica
Director: Dr. Adolfo RUBINSTEIN
Título: Magíster de la Universidad de Buenos Aires en Efectividad Clínica, con orientación en "Salud Pública" ó en "Investigación y Gestión".
Duración y Modalidad de la Cursada: dos años. Presencial.
Objetivos: <ul style="list-style-type: none">• Desarrollar la capacidad de diseñar, evaluar e implementar proyectos de investigación y de desarrollo en el área clínica y/o de servicios y políticas de salud.• Evaluar el impacto que las políticas de salud tienen sobre la organización del sistema de servicios de atención médica.- Formalizar explícita y racionalmente el proceso de toma de decisiones frente a diferentes situaciones clínicas.• Aplicar los principios de la Medicina basada en la evidencia tanto para las intervenciones clínicas como para las relacionadas con la atención médica.• Desarrollar adecuadamente técnicas de evaluación económica de cursos alternativos de acción en relación con la implementación de nuevos programas, servicios o tecnología para la atención médica.• Aplicar las técnicas adecuadas para la medición de resultados y el conocimiento de los procesos de mejoramiento de calidad en atención médica.• Introducir a los alumnos en los conceptos básicos que guían la definición y la evaluación de prioridades en la implementación de políticas de salud.- Implementar nuevas herramientas de gerenciamiento médico afines al nuevo contexto de transformación de los sistemas y servicios de salud.
Información Adicional: Facultad de Medicina, Hospital Italiano. Gascón 450 CP: C1181ACH.Teléfono: 4-959-0381. E-mail: gjordan@hitalba.edu
Esta información fue construida desde la webmaster del INAP 03/09/03

Maestría interdisciplinaria en la problemática del uso indebido de drogas (Programa de posgrado creado por Res. C.S. 2282/99)
Director: Dr. Miguel Angel Materazzi Subdirector: Lic. Alberto Bialakowsky :
Título: Magíster de la Universidad de Buenos Aires en la Problemática del Uso Indebido de Drogas. La carrera de especialización otorgará el título de especialista en la Problemática del Uso Indebido de Drogas con mención del título de grado.
Objetivo General: <ol style="list-style-type: none">1. Formar profesionales e investigadores a nivel de posgrado, desde una perspectiva interdisciplinaria con relación a la problemática del narcotráfico y abuso de drogas.2. Promover la investigación científica interdisciplinaria a fin de producir, profundizar y transferir conocimientos sobre esta temática.
Objetivos Específicos: Formar especialistas de nivel de posgrado de carreras universitarias, para la investigación y la asistencia con relación a la problemática del narcotráfico y el abuso de drogas, con formación básica común interdisciplinaria y profundización en el rol que el graduado debe desempeñar en el equipo interdisciplinario, según las incumbencias propias de su título de grado. Crear un ámbito científico para la producción, intercambio y difusión de trabajos referidos a los problemas del uso indebido de drogas y del control del narcotráfico. Desarrollar modelos de análisis e investigación interdisciplinaria sobre el tema. Promover la realización de trabajos de investigación sobre el tema. Promover el diseño de modelos de acción preventiva y de estrategias asistenciales adecuadas a las necesidades y posibilidades de nuestro país.
Duración y modalidad de la cursada: Miércoles y jueves de 18 a 22 hs. Los cursos correspondientes al Primer Ciclo son comunes a la Maestría y a la Carrera de Especialización. Los alumnos que optaren por la Carrera de Especialización deberán aprobar dos (2) materias obligatorias del Segundo Ciclo y deberán elegir un (1) tema para el trabajo final, que deberá desarrollarse a partir de una pasantía en instituciones específicas relacionadas con la problemática del uso indebido de drogas.
Requisitos de Admisión: La Maestría estará abierta a graduados universitarios de las Carreras de Medicina, Psicología, Biología, Farmacia, Bioquímica, Sociolo-

gía, Antropología, Ciencias de la Educación, Trabajo Social, Abogacía y Ciencias de la Comunicación y todos aquellos graduados universitarios de las universidades argentinas o sus equivalentes extranjeras; con planes de estudios de no menos de CUATRO (4) años de duración. En el caso en que los estudios de grado se hubieran cursado en Universidades extranjeras, la Comisión de Maestría analizará a pertinencia de su aceptación. La admisión a la Maestría no implicará la reválida de los títulos de grado

La evaluación de los candidatos será realizada por la Comisión de Maestría en base a antecedentes y entrevistas personales.

Información Adicional: Uriburu 950 1er. Piso Tel.4508-3624
Email info@cea.uba.ar www.cea.uba.ar

**Esta información fue construida desde la webmaster www.uba.ar.
28/09/03**

Maestría en Políticas Sociales

Secretaria Académica: Master Margarita Rozas Pagaza.

Título: Magíster en Políticas Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

Objetivos: La Maestría en Políticas Sociales tiene como objetivos:

- 1) Promover el desarrollo de la investigación en materia de políticas sociales, a partir de la adquisición de rigurosidad científica para el análisis e interpretación del campo disciplinario.
- 2) Generar la capacitación de recursos humanos de excelencia para la docencia de grado y posgrado en políticas sociales
- 3) Desarrollar acciones de transferencia de conocimiento adecuado para la intervención pública en el más alto nivel en materia social.

Duración y modalidad de la cursada: El Programa de Maestría en Políticas Sociales tiene una carga horaria total de 768 hs, equivalentes a 48 créditos (debe tenerse en cuenta que 400 hs = 25 créditos corresponden a la Carrera de Especialización en Políticas Sociales.)

<ul style="list-style-type: none"> • 128 hs (8 créditos) corresponden a actividades de formación central. • 160 hs (10 créditos) corresponden a las actividades de Taller de Tesis. • 80 hs. (5 créditos) corresponden a las actividades de Seminarios orientados. Desarrollados en 3 trimestres.
<p>Requisitos de admisión: Los postulantes para la Maestría en Políticas Sociales deberán ser egresados de la Carrera de Especialización en Planificación y Gestión de Políticas Sociales y deberán completar los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentar el diploma de Especialista en Políticas Sociales • Presentar un proyecto de tesis
<p>Información Adicional: Secretaría de Posgrado. M.T. de Alvear 2230 1° P. Of. 107. Tel/Fax: 4508-3828, ó 4508-3800/02/04/06 internos 112</p>
<p>Esta información fue construida desde www.fsoc.uba.ar/posgra2/mapoli 28/10/03</p>

<p>Maestría en Psicología Social Comunitaria</p>
<p>Directora: Susana Seidmann..</p>
<p>Título: Magíster en Psicología Social Comunitaria</p>
<p>Objetivos: Formar graduados capaces de formular esquemas interpretativos relativos al proceso de construcción de significaciones compartidas socialmente y de configuraciones de la subjetividad, en un espacio sociohistórico. Elaborar y/o aplicar propuestas y metodología de intervención en dicho proceso para la resolución de situaciones problemáticas en grupos, instituciones y comunidades. Crear y desarrollar un espacio destinado a la investigación de los procesos psicosociales involucrados en la temática de que se trata y de los métodos y técnicas destinados a la construcción de conocimientos. Contribuir a la comprensión de los procesos y fenómenos resultantes de la interacción entre personas y realizar aportes para la solución de conflictos emergentes y la satisfacción de las necesidades de la comunidad. Contribuir a la generación y actualización permanente de recursos humanos con</p>

formación universitaria de posgrado en el área de la Psicología en general y de la Psicología social en especial.
Duración: 2 años
Requisitos de admisión: Graduados de carrera mayor de cuatro años de duración como mínimo, de universidades argentinas o extranjeras.
Información adicional: Centro de Posgrado de la Universidad de Buenos Aires Dirección de Posgrado de la Facultad de Psicología Tucumán 3035, 2º piso (1189) Buenos Aires, Argentina 4964-9454 Horario de atención: 10 a 19 Email: posgrado@psi.uba.ar
Esta información fue construida desde la web http://www.psi.uba.ar/posgrado/maestrias/ 30/10/03

Universidad del Aconcagua
Maestría en Educación y Comunicación para la Salud
Director: Dr. Juan José Barboza y la Lic. Mirian Zelarayán;
Título: Magíster en Educación y Comunicación para la Salud.
Objetivo General: Formar un profesional con sólidos conocimientos científicos para intervenir en el diseño de políticas, investigación, planificación y ejecución de programas de educación para la salud
Objetivos Específicos: Apropiarse de propuestas teóricas y metodológicas válidas para desarrollar competencias que le permitan al participante intervenir eficazmente en programas de educación para la salud, generados desde ámbitos gubernamentales, o en ONG. Profundizar los contextos históricos, políticos y sociales que le dan significación a la educación para la salud e insertar el contexto actual para una mejor comprensión de la propia práctica y el mejoramiento de la misma a la luz de las transformaciones que vive el mundo.

<p>Identificar las grandes líneas de mediación desde la pedagogía y la comunicación en los procesos de educación para la salud. Adquirir técnicas para el abordaje de problemas, el diagnóstico, la planificación, evaluación y la validación de materiales producidos en el marco de la educación para la salud.</p>
<p>Duración y Modalidad de la Cursada: 2 años. Presencial. Cursado dos veces por mes viernes de 8 :30 a 20 :30 hs. y sábados de 9 a 13 hs. Total de horas académicas: 1200</p>
<p>Requisitos de Admisión: Licenciados en Comunicación Social, Trabajo Social, Sociología, Ciencias de la Educación. Odontólogos, Bioquímicos, Fonoaudiólogos, Nutricionistas, y otros profesionales de salud.</p>
<p>Información Adicional: Facultad de Ciencias Sociales y Administrativas Universidad del Aconcagua. Catamarca 147, 1er. piso. Mendoza - Argentina. CP (5500).Tel: (0261) 420-1257 Fax : (0261) 420-0702. Horario de atención: Lunes a Viernes de 9 a 21 hs. E-mail: uda@lanet.com.ar</p>
<p>Esta información fue construida desde la webmaster www.uda.edu.ar 4/09/03</p>

<p>Maestría en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud</p>
<p>Director: Dr. Juan Farrés Cavagnaro.</p>
<p>Título: Magíster en Gerencia y administración de sistemas y servicios de Salud.</p>
<p>Objetivos Generales: Capacitar a directores, gerentes y personal de nivel superior de servicios de organizaciones de salud en los principios y técnicas de administración y gerenciamiento que les permita maximizar su actuar y conducir eficazmente los mismos.</p>
<p>Objetivos específicos: a) Desarrollar habilidades para formular presupuestos financieros y utilizar métodos de costos en clínicas, sanatorios, hospitales y sistemas de medicina prepaga.</p>

<p>b) Crear destrezas en el proceso de administración de personal con el propósito de facilitar las relaciones interpersonales y lograr un adecuado comportamiento organizacional.</p> <p>c) Desarrollar capacidades y habilidades para la administración y gerenciamiento de servicios de salud</p> <p>d) Desarrollar habilidad y destrezas para gerenciar programas de salud.</p>
<p>Duración y Modalidad de la cursada: La duración será de 5 semestres. Clases presenciales dictadas los viernes de 9 a 13 y de 15 a 18y sábados de 9 a 13 en semanas alternadas.</p>
<p>Requisitos de Admisión: Poseer Título universitario de grado, tales como: médico, bioquímico, odontólogo, nutricionista(con título de grado),contador, Lic. en Administración de Empresas(con título de grado) psicólogo, asistente social (con título de grado) etc.</p>
<p>Información Adicional: Informes e Inscripción: Facultad de Ciencias Sociales y Administrativas - Universidad del Aconcagua Catamarca 147, 1er. piso. Mendoza, Argentina. CP (5500)Tel.: (0261) 420-1257 Fax : (0261) 420-0702 / 520 1648 Horario de atención: Lunes a Viernes de 9 a 21 hs. e-mail: uda_fcsa@lanet.com.ar WEB www.uda.edu.ar</p>
<p>Esta información fue construida desde la webmaster www.uda.edu.ar. 5/09/03</p>

<p>Universidad CAECE</p>
<p>Maestría en Administración Hospitalaria y Sistemas de Salud</p>
<p>Director: Ing. Ernesto Ledesma</p>
<p>Título: Magíster en Administración Hospitalaria y Sistemas de Salud</p>
<p>Duración y Modalidad de la Cursada: 2 años presencial.</p>

Objetivos:
Información Adicional: Av. de Mayo 866- Tel.: 5217-7888.

Maestría en Administración y Gestión de Enfermería (Educación a distancia).
Director: Ing. Ernesto Ledesma
Título: Magíster en Administración y Gestión de Enfermería
Duración y Modalidad de la Cursada: 2 años presencial.
Objetivos:
Información Adicional: Av. de Mayo 866- Tel.: 5217-7888.
Esta información fue solicitada personalmente 14/09/03

Universidad Católica Argentina
Maestría en Administración de Salud
Director: Argentino Luis Pico
Título: Magíster en Administración de Salud
Requisitos de Admisión: Título de grado universitario en ciencias de la salud (médicos, odontólogos, bioquímicos, farmacéuticos, psicólogos, enfermería profesional, etc.) con más de cinco años de egresado; y graduados universitarios en otras disciplinas, que acrediten antecedentes en niveles de conducción o asesoramiento en instituciones del área de salud y de la seguridad social. Dominio de lectura y comprensión de un idioma extranjero, preferentemente inglés.

<p>demostrar interés en la gestión de servicios de salud, capacidad de liderazgo, autonomía e iniciativa profesional.</p> <p>Experiencia y antecedentes de excelente desempeño profesional en el sector.</p>
<p>Duración y modalidad de la cursada: 2 años. Carga horaria: 818 hs. (658 hs. teóricas - 160 hs. de tesis)</p>
<p>Objetivo: formar un profesional especializado con aptitudes y actitudes necesarias para planificar, programar, conducir, liderar y evaluar el proceso técnico-administrativo de gestión en los diferentes niveles de la organización sanitaria y en los distintos escenarios emergentes, que asegure la equidad y la solidaridad, así como la efectiva extensión de cobertura de servicios de salud a la población, el uso racional de las tecnologías médicas disponibles, la eficiencia institucional y el nivel de calidad de la atención médica, inspirado en la Doctrina Social de la Iglesia, en el enfoque sistémico, en la planificación estratégica y en la medicina basada en la evidencia, en el marco de la realidad política, económica, social y cultural del medio con una concepción humanista sustentada en principios de la ética biomédica.</p>
<p>Información Adicional: Facultad de Posgrado en Ciencias de la Salud. Dirección: Avda. Alicia Moreau de Justo 1500 4° (C1107AFD), Buenos Aires, Argentina. Teléfono: (54-11) 4349-0200. Teléfono: (54 11) 4349-0419 / 20. E-mail: cssalud@uca.edu.ar</p>
<p>Esta información fue construida desde la webmaster www.uca.edu.ar 3/09/03</p>

<p>Maestría en Ética Biomédica</p>
<p>Director: Prof. Alberto Bochaty Chaneton O.S.A</p>
<p>Título: Magíster en Ética Biomédica</p>
<p>Duración y modalidad de la Cursada: 2 años.</p>
<p>Objetivo: Dar una formación de posgrado calificada a profesionales interesados en</p>

el área de Bioética, quienes, con idoneidad, podrán organizar e integrar Comités de Bioética, así como también analizar la oportunidad y viabilidad de futuros proyectos científicos y tecnológicos en el campo de la investigación biomédica en relación con el respeto y la dignidad que se le debe a la persona humana.

Información Adicional: Avda. Alicia Moreau de Justo 1500 4° (C1107AFD), Buenos Aires, Argentina. Teléfono: (54-11) 4349-0200/ 4349-0419/20. E-mail: cs-salud@uca.edu.ar

Esta información fue construida desde la webmaster www.uca.edu.ar 3/09/03

Universidad Nacional de Córdoba

Maestría en Gerencia y Administración de Servicios de Salud (Acreditación CONEAU C 613/99)

Responsable: Prof. Roberto Tafani.

Título: Magíster en Gerencia y Administración de Servicios de Salud..

Duración: 4 semestres

Requisitos de admisión: Título profesional universitario, de una carrera de cinco o más años, expedido por universidad del País.

Información Adicional: E-mail. mgss@fcm.unc.edu.ar. WEB:www.unc.edu.ar

Esta información fue construida desde la webmaster www.unc.edu.ar 3/09/03

Maestría en Drogadependencias
Validación otorgada por el Ministerio de Cultura y Educación de la Nación según Res. 2510 (03/12/98) Acreditación otorgada por CONEAU según Res. 613/99 Responsable: Prof. Dr. Miguel Angel Dahbar.
Título: Magíster en Drogadependencias.
Duración y modalidad de la Cursada: Cuatro cuatrimestres
Requisitos de admisión: Título de grado de universidades nacionales, privadas u otras instituciones universitarias de reconocido prestigio (carreras de cinco o más años).
Información Adicional: E-mail: mdahbar@biomed.fcm.unc.edu.ar <u>WEB:</u> www.unc.edu.ar
Esta información fue construida desde la webmaster www.unc.edu.ar 3/09/03

Maestría en Salud Materno Infantil
Acreditación otorgada por CONEAU según Res. 414/99
Responsable: Lic. Bonifacia Colman
Título: Magíster en Salud Materno Infantil.
Duración: 2 años.
Requisitos de admisión: Poseer título profesional de carrera universitaria de cinco o más años de duración. Aprobar un examen de inglés. Cumplir con una entrevista personal.
Información Adicional: Lugar donde se dicta: Pabellón Escuela de Enfermería.

Secretaría de Graduados en Ciencias de la Salud E-mail. mgss@fcm.unc.edu.ar
 WEB: www.unc.edu.ar

**Esta información fue construida desde la webmaster www.unc.edu.ar
 3/09/03**

Maestría en Gerontología

(Acreditación de CONEAU B 413/99 Validación otorgada por el Ministerio de Cultura y Educación de la Nación según Res. 1149 (29/06/98)

Responsable: Prof. Dr. Pedro Saracho Cornet

Título: Magíster en Gerontología

Duración: 4 semestres.

Requisitos de admisión: Título profesional universitario afín, de una carrera de cinco años o más, expedido por universidad del país.

Información Adicional: Lugar donde se dicta: Cátedra de Medicina Preventiva y Social, Pabellón Argentina. burbacristina@hotmail.com; geronto@biomed.uncor.edu

**Esta información fue construida desde la webmaster www.unc.edu.ar
 3/09/03**

Universidad Católica de Córdoba

Maestría en Administración de Servicios de Salud

Director:

Título: Magíster en Administración de Servicios de Salud.

- Objetivos:** • Aportar herramientas que consoliden y amplíen conocimientos y que sean aplicables a la gestión de la empresa: Fomentar la creatividad en la solución de problemas nuevos devenidos de la prestación del propio servicio o mercado.
- Promover actitudes de responsabilidad y compromiso en el servicio profesional hacia la comunidad, obrando como agente de mejoramiento de la realidad.
 - Desarrollar el hábito hacia la búsqueda de una visión futura y prospectiva para lograr la anticipación a situaciones coyunturales del mercado.
 - Destacar la importancia y estimular el trabajo interdisciplinario en los ámbitos de los Servicios de Salud.
 - Actualizar a los participantes sobre la problemática de los distintos aspectos relacionados con los Servicios de Salud.
 - Fomentar la relación y vinculación con otras organizaciones.
 - Proveer a los participantes de metodologías y prospección aplicables al sector de las empresas de Salud.

Duración y modalidad de la cursada:

Requisitos de admisión:

- Título Universitario correspondiente a una carrera de grado expedido por Universidad Estatal o Privada del país o del extranjero, de acuerdo a disposiciones vigentes.
- Experiencia laboral en tareas de conducción o de asesoramiento a quienes la realizan dentro del sector administrativo de servicios de salud.
- Cumplimentar los requisitos establecidos por la normativa de la Universidad Católica de Córdoba.
- Entrevista preliminar con un directivo del I.C.D.A

Información adicional: Consultas e informes: Obispo Trejo 323 - Córdoba - CP X5000IYG - Argentina, de 8 a 22 hs. Teléfono/fax 0054 351 4213213 - email: icda@uccor.edu.ar

**Esta información fue construida desde la webmaster www.uccor.edu.ar
30/10/03**

Universidad Nacional de Cuyo
Maestría en Bioética Organizadores: Programa Regional de Bioética – Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud Secretaría de Posgrado - Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Cuyo - Argentina
Directores: Dra. Marta Fracapani (U.N.Cuyo) Dr. Fernando Lolas Stepke (OPS)
Título: Magíster en Bioética
Objetivos: Generar un espacio de deliberación social adecuada en el respeto por la democracia, para optar éticamente respecto de los desafíos que plantea el desarrollo acelerado de la tecnociencia. Impulsar la elaboración y difusión de normativas jurídicas y administrativas que promuevan los derechos y deberes de las personas. Mejorar la atención y el cuidado de la salud de la población potenciando los aspectos éticos. Formar expertos y consultores en Bioética capaces de gestionar, de modo eficaz y eficiente, los Comités hospitalarios de Ética, los Comités de Ética de Investigación y propiciar la creación de Comités de Atención Primaria de la Salud. Mejorar la docencia de grado y posgrado en programas de formación en Bioética. Desarrollar la investigación en el área. Facilitar la formación de recursos humanos que estructuren un sistema de salud efectivo y equitativo, que desarrolle acciones técnicamente apropiadas, políticamente factibles y éticamente sustentables.
Duración y modalidad de la cursada: El Programa de Maestría en Bioética tiene una duración de dos años. Cada uno de los cursos está dividido en 7 módulos a desarrollarse durante 7 semanas. Intensivo
Requisitos de admisión: Título de grado universitario de no menos de cuatro años de duración: profesionales relacionados con el área. Lectura e interpretación de textos en inglés. Manejo de las herramientas informáticas El Comité Académico efectuará la selección de los postulantes teniendo en cuenta el curriculum vitae. Ante antecedentes equivalentes se podrá requerir entrevista.
Información adicional: Secretaría de Posgrado - Facultad de Ciencias Médicas. U.N.Cuyo Tel. 054-0261-4494045 / Fax. 054-0261-4494135 E-mail: bioetica@fc-

m.uncu.edu.ar - posgrado@fcm.uncu.edu.ar Programa Regional de Bioética: Dr. Fernando Lolas Stepke: bioetica@chi.ops_oms.org Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Cuyo - Ciudad de Mendoza – República Argentina

Esta información fue construida desde la web www.uncu.edu.ar 30/10/03

Universidad Favaloro

Maestría en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de la Salud
(Res. MCyE N° 146/96) - (Res. CONEAU 369/00, Cat. C)

Director: Dr. Ricardo A. J. Rezzónico

Título: Magíster en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud

Duración y modalidad de la cursada: 2 años. Modalidad extensiva: lunes y miércoles de 18.30 a 21.30 hs. Modalidad intensiva: segundo jueves (14:00-21:00 hs), viernes (08:00-21:00 hs) y sábados (08:00-14:00 hs) de cada mes, para interior del país.

Información Adicional: Solís 454, planta baja, Cap. Fed. WEB: www.favaloro.edu.ar/posgrado/gss.asp.htm

Esta información fue construida desde la webmaster www.favaloro.edu.ar 3/10/03

Facultad Latinoamericana en Ciencias Sociales (FLACSO)

Maestría en Ciencias Sociales y Salud

Dirección: La Coordinación Académica es compartida por un representante de cada institución. Los responsables son Silvina Ramos, investigadora titular del CE-

DES, y Pablo Vinocur (docente-investigador de FLACSO). Como nexo entre la Coordinación Académica y los/as estudiantes, la Maestría dispone de una Coordinación de Estudiantes, cuya responsable es Mariana Romero, investigadora del CEDES.

Título: Magíster en Ciencias Sociales con mención en Salud. Título intermedio Especialización en Ciencias Sociales con mención en Salud.

Duración y modalidad de cursada: La duración de la Maestría es de 2 años, articulados en 6 trimestres de 12 semanas cada uno. La Maestría está organizada en base a un sistema de créditos. Cada crédito corresponde a 36 horas presenciales de clase. Por período trimestral deben cursarse 2 créditos. Para completar el cursado de la Maestría deben sumarse 15 créditos. El cursado y la aprobación de 13 créditos, sumado a una evaluación integradora individual, habilita a los/as estudiantes al diploma de Especialización en Ciencias Sociales con mención en Salud. Para alcanzar el título de Magíster en Ciencias Sociales con mención en Salud deben completar los 15 créditos y aprobar la tesis respectiva.

Requisitos de admisión: 1. Poseer título de licenciatura o nivel equivalente en alguna de las ciencias sociales, psicología, trabajo social o disciplinas afines, o en alguna de las carreras en salud, de duración no inferior a cuatro años. Excepcionalmente, se considerarán solicitudes de graduados en otras disciplinas o de personas con méritos y antecedentes suficientes
2. Tener capacidad comprobada de lectura en inglés

Destinatarios: La Maestría está dirigida a: funcionarios/as de las administraciones públicas de la salud y de la seguridad social; licenciados/as en ciencias sociales (sociólogos/as, antropólogos/as, economistas, etc.); médicos/as, enfermeros/as, obstétricas y otros profesionales de la medicina interesados en incluir en la práctica asistencial, la gestión de servicios, la docencia y el diseño de intervenciones, consideraciones acerca de las dimensiones sociales, culturales y económicas que las afectan; trabajadores/as sociales y psicólogos/as de los servicios de salud; y becarios/as e investigadores/as jóvenes en las distintas ciencias sociales, que deseen proseguir ulteriormente un doctorado.

Información adicional Ayacucho 551- Buenos Aires. Argentina. Tel.54-11-4375-2435. Fax: 54-11-4375-1373. WEB: www.flacso.org.ar/maestrias.

**Esta información fue construida desde la webmaster www.flasco.org.ar
3/10/03**

Maestría en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales

Acreditada ante la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) del Ministerio de Cultura y Educación, según Res. 679/99.

Director Académico: Alfredo Monza

Objetivos: Profundizar el desarrollo conceptual y metodológico para el análisis de las condiciones de vida de la población y de los factores que determinan los procesos de pobreza, vulnerabilidad y exclusión social; Contribuir a la formación de especialistas de alto nivel en el diseño y gestión de programas sociales para alcanzar una mayor eficiencia en la acción del estado y de las organizaciones no gubernamentales;

Formar especialistas en investigación y docencia universitaria en el campo de las políticas sociales; y favorecer la inclusión de los temas sociales en los procesos de integración regional a través de la formación de especialistas de los países miembros del MERCOSUR y de América Latina.

Duración y modalidad de la cursada: tiene una duración de dos años académicos divididos en tres trimestres cada uno. Las clases se dictan los viernes de 17 a 22 hs. y los sábados por la mañana.

Requisitos de admisión: La Maestría está dirigida fundamentalmente a:

1. Funcionarios del área social de la administración pública en sus diferentes jurisdicciones (nacional, provincial y municipal); 2. funcionarios de organizaciones no gubernamentales; y 3. graduados en disciplinas del área social que se dediquen a la investigación o docencia.

En todos los casos, se requiere un dominio básico de lectura en idioma inglés.

Información adicional Ayacucho 551 (1026) Buenos Aires Tel. (54-11) 4375-2435 (líneas rotativas) Fax: (54-11) 4375-1373 Email: polsoc@flasco.org.ar Attn: Sra. Jimena García Delgado

**Esta información fue construida desde la webmaster www.flacso.org.ar
28/10/03**

Instituto Universitario ISALUD

Maestría en Economía y Gestión de la Salud

Aprobada por Resolución N° 184/99 – M.C.E.- Acreditada por la CONEAU Res. 423/01

Director: Lic. Arturo Schweiger

Título: Magíster en Economía y Gestión de la Salud

Duración y modalidad de la cursada: 2 años de curso y tesis. Se cursa tres días seguidos una vez por mes. Presencial.

Objetivo General: Que los participantes interpreten los principios, conceptos y técnicas económicos, de la administración, y de la salud pública a fin de que sean capaces de desarrollar por sí mismos aplicaciones, y apreciar críticamente los resultados, con el fin último de que ello les sea útil en sus futuros esfuerzos hacia una provisión eficiente y efectiva de servicios de salud.

Objetivos Específicos:

- Formar gerentes para instituciones, organismos y/o empresas dedicados a la salud.
- Promover enfoques inter y transdisciplinarios que posibiliten una visión totalizadora de objetos de estudio compartidos por distintas formaciones de grado básicas, integrando equipos interdisciplinarios de profesionales a fin de realizar actividades de investigación, docencia y gestión.
- Abordar problemáticas que vinculan la economía, la administración y la salud pública, no previstas en la formación de grado y cuyo impacto se torna relevante para el ejercicio de distintas profesiones, en virtud de las nuevas exigencias que plantea el proceso de complejización de la sociedad y los sistemas de salud; o Implementar actividades de actualización y alto nivel académico y científico para el tratamiento interdisciplinario de los problemas que plantean las organizaciones

públicas y privadas dedicadas a la salud, con el propósito de formular respuestas viables.

- Aplicar conocimientos y técnicas desde la perspectiva económica a las cuestiones sanitarias, analizando las características, funcionamiento y consecuencias de los sistemas y servicios de salud.

Requisitos de Ingreso: Ser egresado de Universidades Nacionales, Provinciales, Privadas o Institutos Universitarios reconocidos oficialmente, con título de grado en:

- Ciencias de la salud, ciencias sociales, de la economía y la administración,
- otros títulos de nivel equivalente que, a juicio del Comité de Selección de la Maestría, reúna los requisitos o antecedentes académicos y/o de desempeño profesional, que posibiliten su ingreso en la Carrera.
- Cumplimentar los requisitos para el ingreso determinado por las normas del Instituto y toda otra norma complementaria que surja de la reglamentación de la Carrera, vigente al momento del ingreso.

Información adicional FUNDACION ISALUD. Venezuela 925/31 C1095AAS. Buenos Aires - Argentina Tel.: (54-11) 4334-7766 Fax: (54-11) 4334-0710 E-mail: informes@isalud.org. WEB: www.isalud.org

Esta información fue construida desde la webmaster www.isalud.org 01/10/2003

Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología

Aprobada por Resolución N° 275/00 M.E - Acreditada por la CONEAU Resolución N° 88/02

Director: Lic. María Cristina Lombardi

Título: Magíster en Gestión de Servicios de Gerontología.

Duración y modalidad de la cursada: 2 años de cursos y tesis, tres días seguidos una vez por mes

Objetivo:

- Desarrollar un ámbito de formación de alto nivel académico y rigor científico para el tratamiento interdisciplinario de los problemas en el campo del envejecimiento y la gestión de servicios para la tercera edad.
- Preparar a los titulados para asumir el liderazgo y la iniciativa en el campo de las políticas y programas sociales de la vejez, dentro de su propia especialidad, dando importancia sustantiva a la calidad de vida de los adultos mayores.
- Aplicar conocimientos y herramientas para planificar, gestionar y evaluar programas y servicios para la Tercera Edad, asegurando calidad y eficiencia en los mismos.
- Promover trabajos de investigación que contribuyan al conocimiento del proceso de envejecimiento, los servicios destinados a los adultos mayores y los condicionantes que deben tenerse en cuenta para la elaboración de políticas específicas.

Requisitos para el Ingreso: Ser egresado de Universidades Nacionales, Provinciales, Privadas o Institutos Universitarios reconocidos oficialmente, con título de grado en:

Ciencias Sociales: Sociología, Trabajo Social, Antropología, Derecho, Ciencias de la Comunicación, Ciencias Políticas, Ciencias de la Educación, Ciencias de la Salud: Medicina, Odontología, Bioquímica, Farmacia, Psicología, Nutrición, Enfermería Universitaria; · Ciencias Económicas: Contaduría, Economía, Administración; Recursos humanos. Otras Disciplinas: Arquitectura, Ingeniería, Estadística; · Otros títulos universitarios de nivel equivalente y de las mismas áreas disciplinarias mencionadas, que, a juicio del Comité de Selección de la Maestría, reúna los requisitos o antecedentes académicos y/o de desempeño profesional, que posibiliten su ingreso en la Carrera.

Cumplimentar los requisitos para el ingreso determinado por las normas del Instituto y toda otra norma complementaria que surja de la reglamentación de la Carrera, vigente al momento del ingreso.

Información adicional FUNDACION ISALUD. Venezuela 925/31 C1095AAS. Buenos Aires - Argentina Tel.: (54-11) 4334-7766 Fax: (54-11) 4334-0710 E-mail: informes@isalud.org. WEB: www.isalud.org

Esta información fue construida desde la webmaster www.isalud.org, 01/10/2003

<p>Maestría en Gestión de Servicios de Salud Mental Aprobada por Resolución N° 499/02 Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología.</p>
<p>Director: Lic. Arturo Schweiger</p>
<p>Título: Magíster en Gestión de Servicios de Salud Mental</p>
<p>Duración y modalidad de la cursada: 2 años de cursos y tesis, tres días seguidos una vez por mes Objetivo General: Formar Profesionales con competencias para: Identificar las necesidades de la población, gestionar políticas y programas de Salud Mental, Diseñar, conducir y gerenciar organizaciones y redes de Salud Mental, Aplicar normas y procedimientos para el desarrollo de la calidad de la atención en Salud Mental.</p>
<p>Objetivos específicos: o Desarrollar un ámbito de formación de alto nivel académico y rigor científico para el tratamiento interdisciplinario de las problemáticas propias del campo de la Salud Mental y la gestión de los servicios respectivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparar a los titulados para asumir el liderazgo y la iniciativa en el campo de las políticas y programas sociales del área de Salud Mental, dentro de su propia especialidad, dando importancia sustantiva a la calidad de vida de las personas con padecimiento psíquico. • Aplicar conocimientos y herramientas para planificar, gestionar y evaluar programas y servicios de Salud Mental, asegurando calidad y eficiencia en los mismos. • Promover trabajos de investigación que contribuyan al conocimiento del proceso de salud y enfermedad mental, los servicios destinados a la Salud Mental y los condicionantes que deben tenerse en cuenta para la elaboración de políticas específicas
<p>Requisitos para el ingreso: Ser egresado de Universidades Nacionales, Provinciales, Privadas o Institutos Universitarios reconocidos oficialmente, con título de grado en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cs. Sociales: Sociología, Trabajo Social, Antropología, Derecho, Cs.de la Comunicación, Ciencias Políticas, Ciencias de la Educación, • Cs. de la Salud: Medicina, Odontología, Bioquímica, Farmacia, Psicología, Nutrición, Enfermería Universitaria;

- Ciencias Económicas: Contaduría, Economía, Administración; Recursos Humanos
- Otras Disciplinas: Arquitectura, Ingeniería, Estadística;
- Otros títulos universitarios de nivel equivalente que, a juicio del Comité de Selección de la Maestría, reúna los requisitos o antecedentes académicos y/o de desempeño profesional, que posibiliten su ingreso en la Carrera.
- Cumplimentar los requisitos para el ingreso determinados las normas del Instituto y toda otra norma que surja de la reglamentación de la Carrera vigente al momento del ingreso.

Información adicional FUNDACION ISALUD. Venezuela 925/31 C1095AAS. Buenos Aires - Argentina Tel.: (54-11) 4334-7766 Fax: (54-11) 4334-0710 E-mail: informes@isalud.org. WEB: www.isalud.org

Esta información fue construida desde la webmaster www.isalud.org 01/10/2003

Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Aprobada por Resolución N° 184/99 – M.C.E. - Acreditada por la CONEAU Res. 422/01

Director: Dr. Rubén Torres

Título: Magíster en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Duración y modalidad de la cursada: 2 años y tesis. Tres días seguidos una vez por mes.

Objetivo General: Desarrollar capacidades para la conducción y gerencia estratégica de sistemas de salud y de seguridad social, con un amplio conocimiento de las tendencias e instrumentos de reforma, permitiendo formular y gestionar políticas y planes, así como cumplir funciones de investigación y consultoría en este campo.

Objetivos Específicos: Propiciar un encuentro de alto nivel académico y rigor

científico para el tratamiento interdisciplinario de los problemas que plantean las organizaciones públicas y privadas dedicadas a la atención de la salud y la seguridad social de la población procurando formular respuestas viables;

Abordar la problemática de la administración de la salud y la seguridad social a fin de generar conocimientos científicos de aplicación directa acerca de las características, funcionamiento y consecuencias de los sistemas de salud y seguridad implantados;

Capacitar para el asesoramiento en el diseño y aplicación de políticas de salud que privilegien la democratización de la gestión social;

Promover enfoques inter y transdisciplinarios que posibiliten una visión totalizadora e integradora de objetos compartidos por distintas formaciones de grado básicas; y

Propiciar trabajos de investigación que contribuyan al conocimiento del complejo proceso salud-enfermedad y de los condicionantes que deben tenerse en cuenta para la elaboración de políticas.

Requisitos para el ingreso: Ser egresado de Universidades Nacionales, Provinciales, Privadas o Institutos Universitarios reconocidos oficialmente, con título de grado en ciencias de la salud, ciencias sociales, de la economía y la administración, u otros títulos de nivel equivalente que, a juicio del Comité de Selección de la Maestría, reúna los requisitos o antecedentes académicos y/o de desempeño profesional, que posibiliten su ingreso en la Carrera. Cumplimentar los requisitos para el ingreso determinados las normas del Instituto y toda otra norma que surja de la reglamentación de la Carrera vigente al momento del ingreso

Información adicional FUNDACION ISALUD. Venezuela 925/31 C1095AAS. Buenos Aires - Argentina Tel.: (54-11) 4334-7766 Fax: (54-11) 4334-0710 E-mail: informes@isalud.org. WEB: www.isalud.org

Esta información fue construida desde la webmaster www.isalud.org, 01/10/2003

Universidad Nacional de Lanús
Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud CONEAU Bn Resolución N° 610/99
Director: Dr. Hugo G. Spinelli .Co-Director Dr. Leonardo Werthein Título: Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud.
Objetivos: El programa de Maestría provee una oportunidad para profundizar el estudio de los principales aspectos y problemas que enfrentan la atención de la salud y servicios. Los principales objetivos del programa son: Proveer una amplia perspectiva sobre organización y gerencia de programas, servicios y/o sistemas de salud en relación con los modelos de atención, jerarquizándose el enfoque social y la contextualización de los problemas "en" y "de" salud. Desarrollar un amplio conocimiento acerca de la epidemiología y de sus usos para realizar diagnósticos de salud, para evaluar la eficiencia y eficacia de las intervenciones sanitarias y para la aplicación a los sistemas y servicios de salud. Brindar un marco referencial para el análisis de las políticas públicas de salud y para el estudio, la formulación y evaluación de las políticas organizacionales. Desarrollar la capacidad de investigar desde un enfoque crítico y creativo que vincule la teoría y la práctica a fin de dar respuesta a los problemas que se enfrentan. Desarrollar habilidades y destrezas para una gerencia efectiva, la implementación de políticas y para el uso de la epidemiología. Generar un sistema que produzca estudios e información confiable sobre servicios de salud. Promover la elaboración de proyectos para el mejoramiento de la calidad de los servicios de atención de la salud articulando con la formación del personal de salud, ya sea a través de la capacitación en servicio como a través de la especialización en el Programa de Maestría. Proveer asistencia técnica a organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en las áreas de competencia de la Maestría.
Requisitos de admisión: Ser egresado de cualquier Universidad oficialmente reconocida con título de grado final correspondiente a carreras de cuatro años de duración como mínimo. Podrán admitirse graduados de carreras con menor duración siempre que cuenten con antecedentes de investigación o desempeño profesional relevante y cumplan con los requisitos complementarios que la comisión de Maestría establezca.

Duración y modalidad de la cursada: 2 años presencial.
Información adicional Oficina de la Maestría: Instituto Superior Octubre, Venezuela 346 2° Piso (C1095AAH), Ciudad de Buenos Aires. Teléfono: (011) 4342-4361/4672 int. 17 E-mail: megyps@unla.edu.ar
Esta información fue construida desde la webmaster www.unla.edu.ar 13/09/03

<p>Maestría en Salud Mental Comunitaria Acreditada por CONEAU, Resolución N° 642/99 y Categorizada Bn. Asociada a la Red MARISTAN e integrada a sus programas académicos y de investigación, (Universidad de Granada, España; Universidad de Sevilla, España; Nova Universidad de Lisboa, Portugal; Royal Free Hospital, Universidad de Londres, Inglaterra; Universidad Mayor de San Simón, Bolivia; Universidad de Concepción, Chile; Universidad Fundación Facultad de Medicina, Porto Alegre, Brasil; Universidad Nacional de Lanús, Argentina) Plan de Estudios:</p>
<p>Director de la Carrera Comité Académico: Prof. Valentín Varenblit Prof. Francisco Torres Gonzalez (España) Prof. Colin Rickard (Inglaterra) Dra. Silvia Bermann.</p>
<p>Título: Magíster en Salud Mental Comunitaria.</p>
<p>Duración y modalidad de la cursada: 5 cuatrimestres, más un cuatrimestre de Taller de Tesis.</p>
<p>Requisitos de admisión: Podrán inscribirse a la maestría profesionales universitarios, con título de grado de carreras con un mínimo de cuatro años de duración, expedido por cualquier universidad nacional o extranjera. Podrán provenir de distintas disciplinas, pero deben acreditar el desempeño en alguna institución de Salud Mental, ya sea asistencial, de planificación o dirección de programas comunitarios, o de funciones académicas, pública o privada, con un mínimo de un año previo a su inscripción en la maestría. Se deberá presentar la siguiente documentación: DNI original y fotocopia Ira. y 2da. Hoja Título original y fotocopia Foto 4x4 color Currículo Vitae Una carta</p>

dirigida al Director de la Maestría explicando los motivos inscripción
Información adicional Departamento de Salud Comunitaria 29 de Septiembre 3901 Remedios de Escalada – Lanús Prov. de Buenos Aires. De lunes a viernes: de 10 a 13 y de 14 a 18hs Tel.: 4202-9207 Interno: 123 Correo electrónico: egalende@unla.edu.ar, egalende1@arnet.com.ar.
Esta información fue construida desde la webmaster www.unla.edu.ar 30/10/03

Universidad Nacional de La Plata
Maestría en Economía de la Salud y de los Servicios Sociales en Gestión de Organizaciones de Servicios de Salud Escuela de Economía de la Salud y Administración de Organizaciones de la Salud
Director: Lic. Héctor Angel CALVO
Título: Magíster en Economía de la Salud y Administración de Organizaciones de Salud
Objetivo: Objetivar y determinar el campo de aplicación de la economía de la salud y los servicios sociales, sus fundamentos y la vinculación de los procesos económico-sociales con la mejor distribución de bienes y servicios destinados a mejorar la calidad de vida de la población. Desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas en la estrategia de planificación y gerenciamiento de los servicios sociales en general y del sector salud en particular. Promover la formación de recursos humanos capacitados para revertir la actual situación de falencia en lo relativo al correcto desempeño de los gerentes y administradores en las diversas alternativas de ejecución e impacto de las políticas sociales en general y de salud en particular. Profundizar el estudio del sector salud, sus características e integración así como sus oportunidades futuras y los nuevos procedimientos de gestión en tal ámbito.
Duración: 2 años. Presencial. Materias: 14 y Tesis. Carga horaria: 1266 (con Conferencia) 1268 (sin Conferencia).

<p>Requisitos: graduados universitarios en las carreras de Medicina, Ciencias Económicas, Administración de Empresas, Ciencias Sociales y otras vinculadas a las Políticas Sociales y de Salud Convenio: de Cooperación Técnico-Científica entre la Facultad de Ciencias Económicas y la Fundación José María Mainetti para el Progreso de la Medicina. (21-12-95)-Con la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Nacional de Mar del Plata (2001).-Con FECLIBA (Federación de Clínicas y Sanatorios Privados de la Provincia de Buenos Aires) Sede: Facultad de Ciencias Económicas. 4to Piso-Oficina 401. Tel: 425-1496.</p>
<p>Información adicional Sede Facultad de Ciencias Económicas, 4to Piso-Oficina 404. Tel: 425-1496. E-mail: econsalud@infovia.com.ar escuelaeconsalud@econo.unlp</p>
<p>Esta información fue construida desde la webmaster www.unlp.edu.ar 13/09/03</p>

<p>Universidad Maimónides</p>
<p>Maestría en Administración de Salud Resolución del Ministerio de Cultura y Educación de la Nación 56/91</p>
<p>Director: Dr. Julio Norberto Bello</p>
<p>Título: Magíster en Administración de Salud</p>
<p>Duración y modalidad de la Cursada: Dos años. Frecuencia quincenal los días viernes de 14 a 21 Hs. y sábados de 9 a 13 Hs.</p>
<p>Objetivo: Capacitar Profesionales en Administración de Sistemas y Servicios de Salud.</p>
<p>Requisitos de admisión: Graduados de carreras universitarias de 5 o más años de duración que se desempeñen o aspiren a desempeñarse en la conducción gerencial de programas e instituciones de salud, o en actividades docentes, de consultoría o investigación</p>

Información adicional Hidalgo 775, Ciudad de Buenos Aires C1405BCK. Tel: (54-11) 4982-8488 int 179 / Fax int. 115. E-mail: maimomagister@ciudad.com.ar / magistersalud@maimonides.edu www.maimonides.edu.ar

Esta información fue construida desde la webmaster www.maimonides.edu.ar 01/10/2003

Maestría en Gestión Integral de Servicios de Enfermería (e/t)

Directora: Mg Lic. María Teresa Ricci

Título: Magíster en Gestión Integral de Servicios de Enfermería

Duración y modalidad de la Cursada: 1 año y medio; Clases presenciales los días sábados.

Objetivos: La carrera está pensada para formar Administradores - gerentes de Enfermería del más alto nivel con fuerte orientación hacia la Administración de Recursos Humanos, en el marco de las nuevas incumbencias (Administración y/o Dirección de Establecimientos de Salud) fijadas por las leyes del ejercicio de la enfermería 24004 y 298.

Información adicional de Lunes a Viernes de 16 a 20 hs. Hidalgo 775 - C1405BCK Tel.: 4982-8488 / 8188 Int. 166 o 177. [http: www.maimonides.edu.ar](http://www.maimonides.edu.ar)

Esta información fue construida desde la webmaster www.maimonides.edu.ar 01/10/2003

Maestría en Manejo Ambiental

Acreditada por la CONEAU (Mayo 2003)

Director: Dr. Gustavo Zuleta

Título: "Maestría en Manejo Ambiental" con tres orientaciones optativas:(a) pre-

<p>vención y planificación,(b) conservación de la naturaleza, (c) saneamiento y restauración de ecosistemas.</p>
<p>Duración y modalidad de la cursada: dos años. La Maestría tiene una duración de dos (2) años organizados en cuatro (4) semestres, con una carga horaria total de 1800 horas, durante las cuales los alumnos cursan asignaturas teórico-prácticas (600-800 horas, con énfasis en trabajo de campo), realizan pasantías (mínimo de 400 horas en empresas privadas, organismos gubernamentales, ONGs, centros de investigación) y elaboran y defienden una Tesis de investigación o desarrollo (mínimo de 600 horas).</p>
<p>Objetivo: ofrece integrar, en un mismo programa, una formación científica, técnica y social para aquellos graduados universitarios interesados en conciliar el desarrollo humano con una adecuada calidad ambiental de vida. Desde el punto de vista práctico, la Maestría está particularmente orientada a capacitar profesionales en soluciones reales, creativas y aplicables al contexto cultural de nuestra región.</p>
<p>Requisitos de admisión: (a) título de grado de no menos de 4 (cuatro) años de duración, otorgado por universidades argentinas o extranjeras, en este último caso con título homologado por el Ministerio de Educación;</p> <p>(b) opinión escrita formal de dos (2) referencistas que hayan interactuado recientemente (menos de tres años) con el candidato;</p> <p>(c) desempeño académico en la carrera de grado con promedio mínimo: 7/10 (requisito conveniente pero no excluyente);</p> <p>(d) conocimientos a nivel de lectura comprensiva de Inglés científico, y de Castellano para los candidatos provenientes de países de habla no hispana;</p> <p>(e) conocimientos básicos de ciencias ambientales;</p> <p>(f) para los egresados de carreras poco afines a las ciencias ambientales, se exige la aprobación de cursos de nivelación cuya duración no será mayor a 2 meses. Las solicitudes de admisión son evaluadas por el Comité Académico</p>
<p>Información adicional Hidalgo 775. Piso 6. C1405BCK. Buenos Aires. Tel. 4982-8181/8188/8488 internos 180 (Secretaría; Téc. Magdalena Bigozzi) y 185 (Área Conservación). Fax: 4982-8181/8188/8488 interno 115. ecologia@maimonides.edu.ar. http://www.maimonides.edu.ar</p>
<p>Esta información fue construida desde la webmaster www.maimonides.edu.ar 01/10/2003</p>

Universidad de Morón
Maestría en Gestión de Sistemas de Salud Res. M:N:E: 324/91
Director: Dr. Carlos Alberto Díaz
Título: Magíster en Gestión de Sistemas de Salud
Duración y modalidad de la Cursada: 2 años presencial.
Objetivo: Desarrollar los conocimientos, habilidades y actitudes, requeridas por los profesionales que ocupen los cargos directivos en las organizaciones sanitarias de nuestro país. Esto implica: <ol style="list-style-type: none">Conocer las bases políticas, sociales, jurídicas y económicas implicadas en el sistema sanitario argentino.Conocer los principios de la administración y dirección sanitarias.Adquirir las aptitudes y destrezas necesarias para una correcta administración y dirección de los servicios sanitarios, como estrategia de orientación y fortalecimiento del sistema hospitalario.Disponer de las habilidades precisas para poder examinar críticamente el sistema sanitario en el que trabaja, reconociendo fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas.Poseer el conocimiento, las habilidades y aptitudes necesarias para abordar el proceso de toma de decisiones inherentes a las organizaciones sanitarias, enfatizando el proceso de toma de decisiones estratégicas, así como también en solución de problemas prácticos en la gestión sanitaria.Estar en condiciones de llevar a cabo con éxito la planificación, organización, gestión y evaluación de un centro o servicio sanitario.Ampliar la comprensión de las habilidades de comunicación liderazgo y desarrollo de equipos de trabajo multidisciplinarios.Manejar con soltura las técnicas y metodologías más comunes en la administración y dirección de los servicios sanitarios.
Requisitos de admisión: Graduado universitario egresado de carreras de grado de 4 años de duración.

Información adicional Cabildo 134 (1708). Partido de Morón. Tel. 5627-2000
Int.:282. Correo Electrónico: posgrados@unimoron.edu.ar
WEB www.unimoron.edu.ar

Esta información fue construida desde la webmaster www.unimoron.edu.ar 01/10/2003

Universidad Nacional del Nordeste

Maestría y Especialización en Desarrollo Social (Módulo Salud Pública)

Dirección: Dr. Augusto Pérez Lindo. Dr. Alfredo Zurita (coordinador módulo de Salud Pública.)

Título: Magíster en Desarrollo Social

Requisitos de admisión:

Duración y modalidad de la cursada: tres sesiones presenciales de 4 hs, con dos trabajos grupales dirigidos intersecciones.

Objetivos: (módulo Salud Pública)

Conocer las bases epidemiológicas y sociales de una política de salud.

Conocer la epidemiología y las políticas de atención desarrolladas en la región, y el marco internacional y las políticas nacionales como futuros posibles.

Conocer las posibilidades del desarrollo social en cuanto estrategia de promoción de la salud, según el perfil social y epidemiológico regional, y las condiciones de su aplicación

Información adicional Avenida Las Heras N° 727 - CP.3500 - Resistencia – Chaco Correo Electrónico: maestria@hum.unne.edu.ar Teléfono: 03722-421864 / 03722-422257 Número de fax: 03722-446958

Esta información fue construida desde la webmaster www.unne.edu.ar 13/09/03

Universidad Nacional de Rosario
Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud Instituto de la Salud Juan Lazarte En proceso de acreditación ante CONEAU
Director: Adolfo Chorny
Título: Magíster en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud.
Duración y modalidad de la cursada: 2 años. Presencial.
Objetivo: Formar gerentes con capacidad para administrar los sistemas, redes y servicios de salud, teniendo como marco de referencia las necesidades y demandas del usuario, aquellas planteadas por la cultura de la institución en la cual vengan a desempeñar sus actividades y el contexto en el cual las instituciones están insertas.
Objeto de Estudio: El objeto de estudio es el proceso de gestión de los sistemas de salud y sus componentes, o sea, el complejo de estructuras y procesos relativos a la toma y puesta en práctica de las decisiones de política sanitaria y terminaciones organizacionales referidas a la gestión de corto y mediano plazo de las diversas unidades que componen esos sistemas. Para tales efectos se analizarán estructuras, procesos y resultados, en las esferas epidemiológica e individual. Para abordar esta problemática se emplearán tres ejes metodológicos: el que surge de las disciplinas englobadas dentro del campo de las ciencias de la administración, el relacionado con los conocimientos que se enmarcan en el campo de la información y sus áreas correlacionadas y la matriz proporcionada por la aplicación del método científico, en cuanto abordaje para el conocimiento de la realidad. A cada uno de estos ejes se corresponde un área de la carrera.
Información adicional Sede de Gobierno UNR. Maipú 1065 P. 3 Of. 309/311. Te: (54-341) 4802781 Tel-Fax: (54-341) 4802699. cei@sede.unr.edu.ar
Esta información fue proporcionada por el Instituto de la Salud Juan Lazarte. 3/09/ 2003.

<p>Maestría en Administración de Servicios de Enfermería Resolución N° 1153 - CONEAU N° 612/99</p>
<p>Directora: Carmen Santesteban</p>
<p>Requisitos de admisión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poseer título universitario de Lic. en Enfermería con tres (3) años de graduación • Poseer antecedentes de formación y practica en el campo de la administración de Servicios de Enfermería. • Presentar un plan de tesis que comprenderá el tema de investigación y el pre diseño de la misma co la conformidad del director de tesis. • Presentar un escrito en el cual se expliquen las expectativas y motivaciones que lo llevarán a la carrera, y la posible utilización futura del grado que se obtenga.
<p>Información adicional Escuela de Graduados - Oficina de alumnos de Posgrados (PB). Santa Fe 3100 - Rosario. Te: +54 (341) 480 4558 int. 335. E-mail: porgrado-med@fmedic.unr.edu.ar</p>
<p>Maestría en Documentación y Sistemas de Información Sanitaria</p>
<p>Información adicional Centro Universitario Rosario - Riobamba 245 bis. S2000EKE - Rosario, Santa Fe. TE/FAX +54-341-480-8546. Andrea Nocelli, Lunes a Viernes, de 16 a 20 E-mail: anocelli@fceia.unr.edu.ar. WEB: www.fceia.unr.edu.ar</p>
<p>Esta información fue construida de la web del INAP. 3/09/ 2003</p>

<p>Universidad Nacional de Tucumán</p>
<p>Maestría en Salud Ambiental</p>
<p>Director: Dr. Horacio Puga Mendilaharzu</p>
<p>Título: Magíster en Salud Ambiental</p>

Objetivos:

- Formar profesionales capaces de comprender su contexto social y económico y de transformar su entorno político, epidemiológico y ambiental para el mejoramiento y vigilancia de la salud.
- Desarrollar la capacidad técnica del participante, para la formulación de políticas ambientales saludables en el marco del desarrollo humano sostenido.
- Regular el desarrollo, la movilización de recursos, la promoción de la salud ambiental, la formulación y ejecución de proyectos.
- Evaluar el impacto ambiental en el marco de las actividades que permitan modificar su entorno ambiental.
- Contribuir y participar en la planificación y legislación ambiental de los países involucrados y, en la formulación de estrategias de desarrollo sostenible.
- Realizar evaluaciones integrales de impactos ambientales causados por el desarrollo urbano, industrial, y/o agrícola.
- Reconocer el impacto ambiental generado por el desarrollo económico y social, así como, la necesidad de racionalizar el uso de los recursos naturales.

Requisitos de admisión: Ser graduado en Biología, Ecología, Química, Medicina, Arquitectura, Ingeniería Agronómica, Sociología, Psicología, Odontología, Farmacia y cualquier otro profesional con experiencia en el campo.

Información adicional Buenos Aires 296 - (4000) S.M. de Tucumán. Tel/Fax: (+54) 381 4311200 ó 4311896 ó 4312041, Dirección de posgrado int. 201/211. E-mail: posgrado@ct.unt.edu.ar. WEB: www.unt.edu.ar

Esta información fue elaborada con base en la Guía de Posgrado de la Universidad de Tucumán. 11/09/03.

Maestría en Educación Médica

Acreditación CONEAU Cn 350/01

Director: Prof. Dominga Czekaj de Mónaco**Título:** Magíster en Educación Médica

Objetivos:

- a) Formular proyectos educativos de corto, mediano y largo plazo, flexibles, dinámicos que permitan la revisión crítica y adecuación permanente, con-forme a las nuevas concepciones sobre salud, prestadores de servicios de salud, pautas culturales y medio ambiente.
- b) Elaborar líneas de trabajo que promuevan la investigación como medio adecuado para optimizar el cuidado de la salud.
- c) Conformar un banco de datos con procesamiento pedagógico para ser volcado a la Red Informática.
- d) Constituir una red de información que garantice la circulación, divulgación e intercambio de la información.
- e) Elaborar propuestas y proyectos para el mejoramiento de la oferta educativa de las Facultades de Medicina, a partir de la Evaluación Institucional, del desempeño docente y del producto.
- f) Formar maestrandos con capacidad para planificar, ejecutar y evaluar programas de salud.

Requisitos de Admisión

- a) Poseer título universitario otorgado por Universidad Argentina o Extranjera oficialmente reconocida en su país o certificado de una institución extranjera acreditando estudios de nivel universitario de por lo menos 5 años calendario.
- b) Poseer experiencia docente de posterior a su graduación como mínimo de tres años en el sistema de educación formal (académica) o en el sistema de educación no formal (servicios de salud, sociedades científicas, Organizaciones no Gubernamentales, etc.)
- c) Aprobar un examen obligatorio de inglés y uno optativo de francés, alemán, italiano, portugués.
- d) Curriculum Vitae actualizado.
- e) Entrevista personal

Información adicional Facultad de Medicina. Buenos Aires 296 - (4000) S.M. de Tucumán. Tel/Fax: (++54) 381 4311200 ó 4311896 ó 4312041, Dirección de posgrado int. 201/211. E-mail: posgrado@ct.unt.edu.ar. WEB: www.unt.edu.ar Esta información fue elaborada con base en la Guía de Posgrados de la Universidad Nacional de Tucumán. 11/09/03.

Universidad Nacional de Salta

Maestría en Políticas Sociales

Director: Estela Vázquez

Título: Magíster en Políticas Sociales

Requisitos de admisión: Ser graduado universitario en carrera de grado de cuatro años de duración como mínimo y tener experiencia en el campo de las Políticas Sociales (no excluyente). Presentar curriculum vitae y formulario de inscripción. Se realizará una selección de interesados en caso de haber un número de alumnos que supere un cupo a establecer.

Los criterios de selección serán acordados por un tribunal ad-hoc, a través de un proceso que constará de las siguientes instancias: Análisis y evaluación del curriculum vitae de cada aspirante. Una evaluación escrita sobre temáticas afines a la especialidad. Entrevista, si lo considera pertinente el Comisión Evaluadora

Duración y modalidad de la cursada: La propuesta académica combina módulos, asignaturas y seminarios. Se dictará fin de semana de por medio con una carga horaria de 15 horas repartida entre los días viernes y sábado para permitir el cursado de los profesionales que trabajan y la asistencia de los profesores visitantes. Las asignaturas o módulos poseen una duración que oscila entre 20 y 60 horas cada uno. Los Seminarios de Integración, por sus características, serán distribuidos en encuentros presenciales, intercalados con el dictado de módulos o asignaturas.

Los contenidos mínimos de módulos y asignaturas serán desarrollados durante las clases presenciales y completados con la lectura del material bibliográfico.

Objetivo: adquieran los conocimientos específicos necesarios para investigar con profundidad las problemáticas sociales, en la perspectiva de conformar centros de producción de conocimientos y formación de recursos humanos capacitados para actuar en el área de las Políticas Sociales. El maestrando, además de adquirir la formación académica del especialista, deberá profundizar la formación teórica multidisciplinaria y las capacidades para la investigación, en profundidad, de los problemas que son la razón de las políticas sociales.

Información adicional Facultad de Humanidades - Universidad Nacional de Salta Tel: 0387-425 5327 Avda. Bolivia 5150 - 4400 - SALTA - Argentina mapolsoc@unsa.edu.ar

Esta información fue construida desde la www.unas.edu.ar/mapolsoc 29/10/03

Universidad de Ciencias Empresariales y sociales (UCES)

Maestría en Administración de Servicios de Salud

(R.M. N° 366/95)

Director: Prof. Dr. Jorge Daniel Lemus

Título: Magíster en Administración de Servicios de Salud

Duración y modalidad de la cursado: 2 años. Presencial

Requisitos: Egresados con título máximo de grado de las carreras de Medicina, Ciencias Económicas, Administración de Empresas, Ciencias Sociales y afines.

Objetivo: Brindar conocimientos y desarrollar habilidades y destrezas gerenciales requeridas para el sector salud. Se espera producir un profesional en condiciones de resolver problemas de planeamiento, de tomar decisiones acertadas y, merced a sus profundos conocimientos de esta problemática, con capacidad operativa en cualquiera de las áreas del sistema de salud.

Información adicional Departamento de Posgrados. Paraguay 1338, 6° Piso- (C1057AAV)- Bs. As.- Argentina. Tel.: (54-11) 4813-0228. E-mail: posgrados@uces.edu.ar WEB www.uces.edu.ar/masters/salud.php

Esta información fue construida desde la webmaster www.uces.edu.ar 11/09/03.

**Carreras de Especialidad en
Campos afines a la Salud pública**
por Universidades en orden alfabético

Universidad de Buenos Aires
Especialización en Planeamiento del Recurso Físico en Salud Carrera Acreditada y Categorizada por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria, CONEAU. Res 027/00.
Directora: Profesor Titular Consulto, Arquitecta Astrid B.de Debuchy.
Título: Especialista en Planeamiento del Recurso Físico en Salud. Carrera de Especialización, iniciada en 1980, a cargo del Centro de Investigación en Planeamiento del Recurso Físico en Salud, CIRFS, en el ámbito de la Escuela de Posgrado de la Facultad de Arquitectura Diseño y Urbanismo, de la Universidad de Buenos Aires.
Duración y modalidad de la cursada: período anual
Objetivos: Capacitar a nivel de posgrado a profesionales universitarios de diversas carreras, para que puedan formular, programar, proyectar, ejecutar y evaluar el recurso físico en salud en la Argentina y Latinoamérica.
Información Adicional: Secretaría de Posgrado y Relaciones Institucionales, FADU / UBA.Ciudad Universitaria, Pabellón III, 4º piso. Tel. (011) 4789-6235/36. Fax (011) 4789-6240. E-mail: posgrado@fadu.uba.ar . Centro de Investigación en Planeamiento del Recurso Físico en Salud. Ciudad Universitaria, Pabellón III, 4º piso. Tel. (011) 4789-6233. Fax (011) 4789-6233. Pag. Web: www.fadu.uba.ar/cirfs Gacetilla con información complementaria: http://www.fadu.uba.ar/cirfs/docencia/pos/gacetilla.pdf E-mail: arqsalud@fadu.uba.ar cirfs@fadu.uba.ar
Esta información fue proporcionada por el CIRFS www.fadu.uba.ar/cirfs 30/10/03

Especialización en Política y Gestión de la Salud Mental
Director: Juan Carlos Ferrali
Título: “Especialista en Política y Gestión de la Salud Mental”.
Objetivo: Formar especialistas en política y gestión de la salud mental capaces de gestionar instituciones tanto del ámbito público como de obra social y organizaciones no gubernamentales, brindando una perspectiva crítica, herramientas técnicas y conocimientos actualizados en implementación de políticas de Estado en relación con la salud mental de la población y la transformación de la sociedad. .
Duración y modalidad de la cursada: La carga horaria total de la carrera es de 512 horas distribuidas de la siguiente forma:400 horas teóricas 112 horas de trabajo final Créditos académicos totales: 32
Requisitos de admisión: Lic. en Psicología o equivalente y médicos, de universidades argentinas o extranjeras
Información adicional: Centro de Posgrado de la Universidad de Buenos Aires Dirección de Posgrado de la Facultad de Psicología Tucumán 3035, 2º piso (1189) Buenos Aires – Argentina 4964-9454 Horario de atención: 10 a 19 Email: posgrado@psi.uba.ar
Esta información fue construida desde la http://www.psi.uba.ar/posgrado/especializacion/saludmental/saludmental.php 30/10/03

Universidad Nacional de Cuyo
Especialización en promoción y educación para la Salud
Directora: Rosa Bustos
Título: Especialista en promoción y educación para la Salud.

Objetivos: Al finalizar la carrera de Especialización, los egresados poseerán competencias para la educación y promoción de la salud en ámbitos educativos, sanitarios, comunitarios y mediáticos.

Estas competencias comprenden conocimientos, habilidades y actitudes que los habilitarán para: Identificar necesidades de salud y evaluar factores protectores y de riesgo en diferentes ámbitos. Capitalizar los saberes de los distintos actores sociales para integrarlos en acciones de promoción y educación para la salud. Planificar e implementar acciones educativas y comunicacionales relacionadas con la promoción de estilos de vida saludables. Conocer e interpretar estadísticas demográficas y epidemiológicas a nivel local para el diseño de las acciones pertinentes. Integrar equipos multidisciplinarios fortaleciendo la promoción y la educación para la salud, como procesos dirigidos a grupos vulnerables y/o desfavorecidos. Conocer, desarrollar y aplicar estrategias educativas apropiadas para promover la “cultura de la salud”. Asesorar en la elaboración, modificación y aplicación de políticas de Estado referidas a la promoción y la educación para la salud.

Duración y modalidad de la cursada: Presencial: 2 encuentros por mes, los días viernes de 15 a 21 hs. y los días sábados de 8 a 14 hs.

Requisitos de admisión: Profesionales con título de grado universitario en educación, medicina, psicología, psicopedagogía, sociología, trabajo social, arte y diseño, o en otras disciplinas vinculadas directamente con la temática. Dado el carácter interdisciplinario, se deberá mantener un equilibrio adecuado de participación en cada disciplina. Se considerará este criterio en la selección de los postulantes.

Información adicional: Facultad de Educación Elemental y Especial - U.N.Cuyo. Domicilio: Sobremonte 81, Mendoza, Argentina. *Secretaría de Posgrado, Fac. de Educación Elemental y Especial:*

tel: 0261-4236671, int. 251. posgrado@feeye.uncu.edu.ar Dep. Educación y Comunicación para la Salud, Ministerio de Salud: tel: 0261-4293550. edu-salud@mendoza.gov.ar Horario para consultas: 9 a 13 hs.

Esta información fue construida desde la webmaster www.uncu.edu.ar 30/10/03

Universidad Nacional de General San Martín y Asociación de Médicos de General San Martín y Tres De Febrero
Especialización en Medicina Legal Título Oficial de Especialista Universitario reconocido y aprobado por el Ministerio de Cultura y Educación de la Nación (Resolución N° 1860) y por la CONEAU (Resolución N° 159 del 98).
Director: Dr. Osvaldo Raffo
Título: Medico Legista
Duración y Modalidad de la Cursada: 2 años. Las clases de 3 hs. cada una se dictan dos veces por semana
Requisitos de Admisión: Título de Médico con 5 años de graduado
Información Adicional: Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud. AMM, Pacheco de Melo 2034, Capital. Tel/Fax: 4805-1723/8075. Asociación de Médicos de General San Martín y Tres de Febrero, Ayacucho 2350 - San Martín. Tel/Fax: 4767-7575 y 4713-3889 Escuela de Posgrado: Belgrano 3563 (1650) San Martín , (54 1) 4580-7263/64/65 . Posgrado@unsam.ed.ar
Esta información fue construida desde la webmaster www.unsam.edu.ar 3/09/03

Universidad Favaloro
Especialización en Medicina del Trabajo
Director: Dr. Adolfo Jorge Taranto
Título: Especialista en Medicina del Trabajo
Duración y modalidad de la cursada: 1 Año. Quincenal, los días viernes de 12:00 a 20.30 hs. y los días sábados de 08:00 a 14:00 hs.

Objetivos: formar médicos con los debidos conocimientos y capacitados para actuar en forma interdisciplinaria con los demás profesionales integrantes de los equipos de salud en el trabajo y aptos para la función de prevenir los riesgos del trabajo.

Información Adicional: Solís 454, planta baja, Cap. Fed.
WEB: www.favaloro.edu.ar/posgrado/gss.asp.htm

Esta información fue construida desde la webmaster www.favaloro.edu.ar 3/09/03

Instituto universitario ISALUD

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Director: Contador Carlos Vasallo

Objetivo: aplicar la disciplina de grado, profundizando los conocimientos de economía y administración al campo de la gestión de las instituciones de salud.

Información Adicional: http://www.isalud.org/carreras_cursos/especializaciones.asp

Especialización En Medicina Legal

Director: Dr. Enio O. Linares

Duración y modalidad de la cursada: 2 años. Modalidad: semanal

Objetivo: Desarrollar un ámbito de formación de nivel académico y rigor científico para el tratamiento de las problemáticas de la Medicina Legal. Formar médicos especialistas.

Información Adicional: http://www.isalud.org/carreras_cursos/especializaciones.asp

Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Director: Dr. Rubén Torres

Duración y modalidad de la cursada: 2 años de cursos. Tres días seguidos una vez por mes.

Objetivo: estudiar los Sistemas de Salud y Seguridad Social como campo de aplicación de su disciplina de grado.

Información Adicional: http://www.isalud.org/carreras_cursos/especializaciones.asp

Esta información fue construida desde la webmaster www.isalud.org 3/09/03

Universidad Maimonides

Especialización en Geriátrica Director: Dr. René Knopoff

Título: Especialista en Geriátrica

Objetivos: El especialista en geriatría es un médico que debe conocer los fundamentos biopsicosociales y las características normales y patológicas de su área. El alcance del título abarca desde entender en la conducción de establecimientos asistenciales para mayores de 60 años, desarrollar investigaciones de los aspectos biomédicos, de prevención, asistencia y rehabilitación de los mismos, hasta elaborar programas de salud para los adultos mayores.

Duración y modalidad de la cursada: 2 años presencial

<p>Requisitos de admisión: - Título de Médico- Residencia o concurrencia a servicios de clínica médica o geriátrica. Entrevista individual para evaluar conocimientos y actitudes con respecto a los adultos mayores. Sin curso de ingreso</p>
<p>Información Adicional: Área Humanidades www.maimonides.edu/index2</p>
<p>Esta información fue construida desde la webmaster www.maimonides.edu.ar 01/10/2003</p>

<p>Especialización en Psicogerontología</p>
<p>Directora: Dra. Graciela Zarebski</p>
<p>Título: Especialista en Psicogerontología</p>
<p>Objetivos: Cumplir con tareas preventivas, asistenciales y de rehabilitación en psicogerontología. Planificar y dirigir programas de docencia, investigación y extensión comunitaria en el tema. Coordinar grupos de reflexión y terapéuticos para su aplicación preventiva, asistencial y de rehabilitación. Ofrecer asistencia psicoterapéutica a adultos mayores. Conducir el proceso psicodiagnóstico con la aplicación de técnicas especializadas. Participar en las técnicas de estimulación cognitiva en procesos demenciales. Conducir entrevistas y programas terapéuticos con la familia del adulto mayor. Planificar y dirigir Programas e Instituciones de Salud para adultos mayores. Condiciones de inscripción: Presentación del Título y del Currículum. Entrevista con la Directora.</p>
<p>Duración y modalidad de la cursada: 2 años. Carga horaria Total: 642 horas reloj</p>
<p>Requisitos de admisión: para profesionales con formación de grado en carreras afines a la salud mental: médicos psiquiatras, neurólogos o psicoanalistas, psicólogos, licenciados en terapia ocupacional, licenciados en músico-terapia, psico-pedagogos.</p>

Otros profesionales podrán cursarla, obteniendo el certificado correspondiente. Al aprobar la Carrera todo profesional estará en condiciones de completar su formación para obtener el Título: Master en Psicogerontología (en formación)

Información Adicional: Lunes a Viernes de 10 hs. a 17 hs., int. 159 o 160 E-mail: gerontologia@maimonides.edu.ar

Esta información fue construida desde la www.maimonides.edu.ar 30/10/03

Universidad Nacional del Nordeste

Especialización en Terapéutica Farmacológica y Auditoria de Medicamentos

Directores: Prof. Dr. Luis Alberto Malgor y Prof. Dra. Mabel Elsa Valsecia

Título: Especialista en Terapéutica Farmacológica y Auditoria de Medicamentos

Duración y Modalidad de la Cursada: Dos años, a distancia.

Objetivos: Inducir en los participantes de la carrera los conocimientos farmacológicos básicos y clínicos, la metodología y los hábitos de evaluación crítica permanente, para llevar a cabo la prescripción científica y racional de los medicamentos. Capacitarlos en la evaluación científica de los efectos farmacológicos y terapéuticos de nuevos medicamentos, mediante el conocimiento de la metodología de los ensayos clínicos controlados y el uso correcto de la bibliografía de reconocida aceptación científica.

Impulsar la participación en programas de fármaco vigilancia, estudios de utilización y auditoria de medicamentos.

Promover en los participantes la formación humanística que les permita reconocer a los medicamentos como un bien social, a los que deben tener acceso todos los seres humanos que los necesiten.

Información Adicional: Facultad de Medicina. Moreno 1240. Tel.: (54) 3783-

422290-436085 / Fax: (54) 3783-422290 C. P. 3400, Corrientes (capital), República Argentina.

Especialización en Gestión y Auditoría en Salud (a iniciarse) Dirección:
Título: “Especialista en Gestión y Auditoría en Salud”
Requisitos de Admisión:
Duración y Modalidad de la Cursada: 2 años presencial .
Objetivos:
Información Adicional: Secretaria De Posgrado. Rivadavia1741 En horario de 9:00 a 13 :00 Hs. Tel: 03783-434161 email:catedra6@med.unne.edu.ar
Esta información fue construida desde la webmaster www.unne.edu.a 13/09/03.

Universidad Nacional de Rosario
Especialización en Epidemiología (Resolución CONEAU 0342/00 Categoría C) Facultad de Ciencias Médicas Instituto de la Salud Juan Lazarte.
Director: Dr. Ernesto Taboada
Título: Especialista en Epidemiología
Requisitos de Admisión: Poseer título universitario de Médico, Bioquímico, Farmacéutico, Fonoaudiólogo, Odontólogo, Psicólogo, Médico Veterinario y Licenciado en Enfermería. Poseer antecedentes de formación y práctica en el campo

de la Epidemiología. Presentar un escrito en el cual se expliquen las expectativas y motivaciones que lo llevarán a inscribirse a la carrera y la posible utilización futura del grado que se obtenga.
<p>Objetivo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formar especialistas en Epidemiología capaces de contribuir al desarrollo de la especialidad como espacio específico de conocimientos y prácticas en los sistemas de salud locales y nacional. 2. Proveer elementos teóricos y metodológicos para la producción y aplicación de conocimientos epidemiológicos orientados a la resolución de problemas de salud de la población. 3. Promover en la formación de la especialidad una actitud analítica, crítica y creativa frente a los problemas que plantea el campo de la Epidemiología.
<p>Información Adicional: Sede de Gobierno UNR. Maipú 1065 P. 3 Of. 309/311. Te: (54-341) 4802781. Tel-Fax: (54-341) 4802699. cei@sede.unr.edu.ar</p>
<p>Esta información fue proporcionada por el Instituto de la Salud Juan Lazarte. Septiembre 2003.</p>

Universidad Nacional de Rosario
Universidad Del Salvador
Especialización en Medicina Legal
Director: Dr. Avelino Do Pico
Título: Médico Especialista en Medicina Legal
Duración y Modalidad de la Cursada: 2 años y medio. Los días martes y jueves de 19.00 a 22.00 horas y los Sábados de 09 a 12 (Hospital Borda).
Objetivos: Formar profesionales en un encuadre médico-jurídico que apunte no sólo al asesoramiento a magistrados y a la justicia como peritos, sino a la resolución

de todos los problemas que desde el punto de vista penal, civil, laboral y deontológico se le pueden presentar al médico en su tarea hospitalaria y en el ejercicio particular de su profesión

Información Adicional: Escuela de Posgrado, Tucumán 1845, 3° Piso, Cáp. Fed. . <http://www.postgradosusal.com>

**Esta información fue construida desde la webmaster www.usal.com
03.09.2003**

Universidad Nacional de Tucumán

Especialización en Sistemas de Salud

Director: Dr. Carlos Médici

Información Adicional: Buenos Aires 296 - (4000) S.M. de Tucumán. Tel/Fax: (+54) 381 4311200 ó 4311896 ó 4312041, Dirección de posgrado int. 201 - 211. E-mail: posgrado@ct.unt.edu.ar. WEB: www.unt.edu.ar

Especialización en Medicina del Trabajo

Director: Dr. Serafín Fernando Vera

Información Adicional: Buenos Aires 296 - (4000) S.M. de Tucumán. Tel/Fax: (+54) 381 4311200 ó 4311896 ó 4312041, Dirección de posgrado int. 201 - 211. E-mail: posgrado@ct.unt.edu.ar. WEB: www.unt.edu.ar

**Esta información fue construida desde la webmaster : www.unt.edu.ar
3/09/2003**

Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES)
Especialización en Políticas y Administración en Salud Mental
Directora: Psic. Silvia Chiarvetti
Título: Especialista en Políticas y Administración en Salud Mental, con mención del Título de Grado.
Duración y Modalidad de la Cursada: tres años (seis cuatrimestres).
Objetivos: En los últimos años, a todos los profesionales interesados en la articulación entre la política en salud y salud mental y la planificación, gestión y administración del sector y sus servicios, se les han planteado nuevas exigencias de formación y especialización a raíz de: Los nuevos problemas epidemiológicos (violencia urbana y familiar, adicciones, accidentes y suicidios, el incremento de trastornos psicossomáticos y depresiones vinculadas a la pérdida del empleo o a la amenaza de perderlo y al aumento de sufrimiento psíquico como resultado de los procesos de exclusión social). La necesidad de nuevos conocimientos y capacidades que faciliten la inclusión en los procesos de planificación que promuevan el desplazamiento del eje de la enfermedad mental hacia el eje de la promoción y prevención, así como a las acciones en salud mental comunitaria. Las transformaciones que se producen en el Sector Salud en Argentina que generan nuevos escenarios con nuevos actores y reposicionamiento de los tradicionales y que conlleva la exigencia de analizar críticamente las estrategias de Atención Primaria de la Salud, Descentralización, Hospital de Autogestión, Desregulación de Obras Sociales, regulación del Sector Privado, Programa Médico Obligatorio, Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica, etc. y su impacto en el campo de la Salud Mental. En el campo de la Salud Mental la cuestión del poder es central, ya sea en el plano más amplio de la formulación de políticas y la planificación en Salud, como en el de la administración y la gestión estratégica institucional.
Información Adicional: Paraguay 1338, Piso 6°, (1057) Ciudad Autónoma de Buenos Aires. T.E.:4813-0228 ó 4815-3290 int 360, Fax: 4814-5775 de 10:00 a 20:00 hs. E-Mail: posgrados@uces.edu.ar
Esta información fue construida desde la webmaster : www.uces.edu.ar 3/09/2003