



Desarrollo de la Educación en Salud Pública: Desafíos para el Siglo XXI

XIX Conferencia de la Asociación Latinoamericana y
del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESp)

La Habana, 2- 4 de julio de 2000

Transición Paradigmática y Desarrollo Curricular en Salud pública

Jairnilson Silva Paim

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional
de la Organización Mundial de la Salud

TRANSICIÓN PARADIGMÁTICA Y DESARROLLO CURRICULAR EN SALUD PÚBLICA

Jairnilson Silva Paim¹

Resumen

En el presente trabajo se examina el “desarrollo curricular y los nuevos paradigmas para la educación en salud pública” con el objetivo general de ordenar un conjunto de reflexiones y cuestiones propias de la dimensión pedagógica, estimular debates entre sujetos sociales y fundamentar la formulación de propuestas y estrategias para el fortalecimiento de las instituciones de educación en salud pública (IESP). Se presenta una breve contextualización, teniendo en cuenta el movimiento de reforma en el ámbito de la salud, la crisis de la salud pública institucionalizada y el surgimiento de nuevos paradigmas. Se pone de relieve la importancia del desarrollo curricular como proceso dinamizador de cambios en la educación en salud pública, concentrando la reflexión sobre los “sujetos dinamizadores” desde una perspectiva estratégica, y se examinan algunos desafíos para la transformación de las IESP a partir de la transición paradigmática, así como las posibles contribuciones de la cooperación internacional. El trabajo concluye con un análisis de las posibles repercusiones del desarrollo curricular en los procesos de cambio de las IESP, en vista de ciertas tendencias detectadas en la política, la economía y la cultura, destacando la importancia de postular ideas y valores centrados en la igualdad, solidaridad, democracia, autonomía y paz en los procesos de constitución de nuevos sujetos y acumulaciones sociales.

¹ Profesor titular de Política de Salud del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía

Introducción

“Las condiciones epistémicas de nuestras preguntas se inscriben en el reverso de los conceptos que utilizamos para responderlas. Cuestionar el paradigma de la ciencia moderna no es, en sí, una cuestión científica, y puede fácilmente transformarse en una falsa cuestión” (Santos, 2000:60).

La posibilidad de acelerar los cambios en las IESP, en vista de los nuevos paradigmas que se perfilan en este campo, las reformas sectoriales en curso y las funciones esenciales propuestas (OPS, 2000), llevó a la Asociación Latinoamericana de Educación en Salud Pública (ALAESp) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a elaborar un proyecto común para la educación en salud pública en las Américas. En ese sentido, para las IESP se señalaron cinco campos de acción: a) formación de recursos humanos; b) investigación en salud pública y desarrollo tecnológico; c) cooperación técnica; d) acción comunitaria directa y; e) liderazgo, articulación política y alianzas.

Estos campos de acción fueron sistematizados a partir de debates y textos producidos en los últimos años sobre la teoría y la práctica de la salud pública en la Región de las Américas (OPS, 1992; OPS, 1999). En ese sentido, la OPS, durante la década de 1990, convocó a las IESP para un amplio debate (Ferreira, 1992; Escuela de Salud Pública, 1993; Granda, 1994), destacando la necesidad de elaborar una agenda política común basada en la confluencia de tres temáticas que afloraron en su agenda político-institucional: “Reforma sectorial, renovación de la salud para todos” (RSPT) y la llamada “nueva salud pública” (OPS, 1999). Para apoyar la redefinición de las IESP, la OPS y la ALAESp propusieron recientemente (OPS, 2000) cinco procesos dinamizadores capaces de contribuir a la viabilidad de una política de cambios en la educación en salud pública: a) desarrollo curricular; nuevos paradigmas de la salud pública; b) desarrollo profesional, nuevas competencias; c) desarrollo educacional, educación a distancia y educación permanente; d) desarrollo de la acción y el compromiso intersectorial y; e) desarrollo de la calidad.

En el presente trabajo se examina el primero de esos procesos: “Desarrollo curricular y los nuevos paradigmas de la salud pública”. A pesar de que se reconoce la complementariedad de esos procesos, así como la de sus interfaces, es posible ordenar un conjunto de reflexiones y cuestiones propias de la dimensión pedagógica. Con el propósito de estimular debates y la formulación de propuestas y estrategias para fortalecer la educación en salud pública colectiva, el presente trabajo propone lo siguiente:

- Actualizar los marcos de referencia, contenidos curriculares y opciones metodológicas para revitalizar y reorientar el desarrollo conceptual, metodológico y operacional en salud pública, posibilitando la incorporación de nuevos paradigmas;
- Examinar la profundización y expansión de conocimientos científico-tecnológicos que han estimulado la renovación de las funciones esenciales y el surgimiento de nuevas prácticas de salud pública;

- Señalar los procesos de transformación y reformas sectoriales que han producido cambios sustanciales en el mercado, la organización del trabajo y sus distintas modalidades, dando urgencia a la incorporación de competencias nuevas y perfiles educacionales innovadores;
- Analizar la posibilidad de una revisión curricular propiciada por el desarrollo de programas compartidos y complementarios mediante consorcios de instituciones que realicen intercambios de información técnica a fin de generar competencias, cursos y módulos y crear asociaciones para compartir la producción, distribución, utilización y evaluación del material didáctico;

Breve contextualización: la importancia del desarrollo curricular y los “nuevos paradigmas”

El análisis de las repercusiones de los nuevos paradigmas de la salud pública en el desarrollo curricular exige una revisión de los principales movimientos ideológicos² que históricamente construyeron el campo social de la salud, especialmente en el siglo XX.

El área de la salud, en lo que se refiere al ámbito colectivo-público-social, ha pasado por movimientos sucesivos de recomposición de las prácticas sanitarias resultantes de las distintas articulaciones entre sociedad y Estado, que definen, en cada coyuntura, las respuestas sociales a las necesidades y los problemas de salud definidos históricamente.

Tales movimientos surgen con el advenimiento del capitalismo en la segunda mitad del siglo XVIII, con la higiene por un lado y la policía médica por el otro. Al siglo siguiente, en los países europeos y también en Estados Unidos, surgen propuestas para comprender la crisis sanitaria como proceso político y social, con la denominación “medicina social” en Francia y Alemania, y “salud pública” en Inglaterra y Estados Unidos (*Rosen*, 1980).

A principios de este siglo, con el Informe *Flexner*, se redefinen la enseñanza y la práctica médica (Arredondo, 1993) y Estados Unidos se crean las primeras escuelas de salud pública (*Fee*, 1987). En la década de 1940, se proponen cambios en la enseñanza de la medicina basados en el discurso de la prevención, seguidos de la creación de departamentos de medicina preventiva que sustituyen a las cátedras de higiene tradicionales. El movimiento de la medicina preventiva, junto con el de la salud comunitaria³ (*Desoriers*, 1996), se difunde en América Latina en las décadas de 1960 y 1970 (*Paim*, 1986).

En 1978, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, se incorpora el discurso de la salud comunitaria, la cual propone la atención primaria de salud

² En diversos artículos en portugués y en español se presentan reseñas sucintas de este tema y críticas de la llamada “nueva salud pública” en comparación con la “salud colectiva” (Paim y Almeida Filho, 1998; Almeida Filho y Paim, 1999).

³ Esta denominación se usa en Europa y Canadá para designar departamentos de medicina preventiva y social, sin ninguna connotación de acción asistencial en la comunidad (Grundy y Mackintosh, 1958).

(APS) como estrategia para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 (SPT-2000). En esa misma década, el Informe *Lalonde* (Canadá, 1974) pone en marcha el movimiento de promoción de la salud (Canadá, 1986), el que en Estados Unidos se conoce con las siglas HPDP (*Health Promotion Disease Prevention*; en español, “Promoción de la salud y prevención de enfermedades”).

En el movimiento de promoción de la salud, en la década de 1980, surge la vertiente conocida como “ciudades sanas” (WHO, 1995). La OMS promueve el debate sobre una “nueva salud pública” (WHO, 1995a), en tanto que la OPS estimula la reflexión en el continente americano sobre “la teoría y práctica de la salud pública” (PAHO,1992; OPS, sin fecha).

De esas iniciativas emanan las propuestas relacionadas con las funciones esenciales de la salud pública (FESP), incluidas en las orientaciones estratégicas y programáticas para el período 1995 - 1998 (OPS, 1995), junto con la noción de “desarrollo humano sustentable y la propuesta de la renovación de la salud para todos” (RSPT)⁴.

Aunque muchos de esos movimientos se limitan al plano ideológico, algunos logran influir en políticas, instituciones, programas y prácticas de salud. La especificación y pormenorización de las FESP, por ejemplo, con las respectivas atribuciones del Estado y el Ministerio de Salud, fueron sistematizadas por la OPS en 1998, y debatidas en la conferencia de México del mismo año (OPS, 1999). Las FESP suponen la ampliación genérica de la participación del Estado en el campo de la salud, pero, al mismo tiempo, implican una reducción de las responsabilidades de los ministerios de salud, sin que se expliciten las responsabilidades de los niveles regionales, municipales y locales. Además de la omisión en lo que se refiere a la prestación de servicios, ya que no se indican las acciones y servicios que se transfieren al nivel local, se traslada el campo de acción de los ministerios de salud a formulaciones muy vagas, como regulación, conducción, “rectoría”, etc.

Esa propuesta parece reducir tales instituciones a meros organismos reguladores, que

reemplazan las burocracias ministeriales (...) con un grupo de personas designadas por el Poder Ejecutivo teniendo en cuenta sus conocimientos técnicos y competencia administrativa y aprobadas por el Senado. Esos “reguladores” tienen el mandato (...) y la obligación, en nombre del interés público y de los consumidores (...), de controlar la seriedad, la eficiencia y la universalización de los servicios (...). De este modo, al privatizar y dar concesiones de servicios públicos, el Estado, ya no con una forma burocrática, sino con personajes nuevos, continúa con su función social y reguladora (Cardoso, 1998:10).

Bajo la aparente propuesta de reforma del Estado y la modernización de las burocracias tiene lugar, en realidad, un proceso de desmantelamiento del organismo capaz de reducir el

⁴ En ese sentido, se elaboró un documento como referencia conceptual para apoyar los procesos nacionales de reforma del sector salud de la Región (OPS, 1997), en el cual se advierte que “la experiencia regional muestra claramente el carácter nacional de las reformas y la imposibilidad de formular recetas universales” (OPS, 1997:12).

paralelismo de las acciones y servicios de salud, es decir, el Ministerio de Salud se hace responsable por la gestión nacional del Sistema Único de Salud⁵.

Por tanto, para reflexionar sobre esa temática en la actualidad, es necesario examinar los “movimientos” del mercado (no sólo del mercado de trabajo), el Estado (no sólo las políticas de salud y la organización social de los servicios) y la comunidad, entendida como el espacio de la sociedad civil en el cual pueden circular valores no mercantiles, tales como la justicia, la libertad y el respeto de las diferencias.

Desde esa óptica pueden señalarse ciertos procesos sociales del contexto que podrían contribuir a la revitalización de las IESP, tales como: a) la reforma del Estado para volverlo efectivamente público; b) el control público de los aparatos del Estado y la burocracia; c) la difusión de la “cultura de la calidad”; d) la corrección de las desviaciones corporativistas de los movimientos de profesionales de salud; e) la reorientación política de entidades de la sociedad civil y; f) la identificación de líderes sectoriales y autoridades municipales como protagonistas sociales, los cuales son agentes privilegiados del proceso político de la salud (*Paim, 1998*).

El dinamismo de ciertas sociedades permite vislumbrar algunas iniciativas que, por medio de la educación, la cultura y la política, favorecen la defensa de los derechos de los ciudadanos y la incorporación de valores comunitarios arraigados en la solidaridad y la equidad. El desarrollo curricular, en el ámbito de las IESP, representa una de esas iniciativas relevantes en la medida en que permite actualizar los estudios sobre esos temas. Al mismo tiempo, el examen crítico de los paradigmas en el campo de la salud pública permite cuestionar los fundamentos de sus prácticas sociales, así como la poca eficacia de sus intervenciones.

La educación en salud pública y los “nuevos paradigmas”

Antes de sistematizar una reflexión sobre la educación en salud pública y los nuevos paradigmas es necesario explicitar las distintas connotaciones del término paradigma, algunas elásticas y otras más rigurosas.

Originario del griego, en el sentido de mostrar o manifestar, el término paradigma fue utilizado inicialmente en el campo de la salud para orientar la formulación de planes de estudio que facilitarían la incorporación de la enseñanza de las ciencias sociales mediante variables psicosocioculturales pertinentes (*García, 1971*). En esta acepción se aproxima a la noción de modelo, en el sentido de representación simplificada y esquemática de la realidad que retiene

⁵ En el caso brasileño, este proceso de dismantelamiento del Ministerio de Salud se inicia en 1998, con la creación del Organismo Nacional de Vigilancia Sanitaria, tras una avalancha de denuncias de falsificación de medicamentos que involucraron incluso a empresas farmacéuticas multinacionales. Al año siguiente se creó el Organismo Nacional de Salud Suplementaria, cuya tarea consiste en reglamentar el seguro de enfermedad y otros planes de salud de la llamada asistencia médica supletoria. Actualmente se está organizando el Organismo Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Por consiguiente, la coordinación, el carácter integral, la equidad y la eficacia dejan de constituir, en la práctica, principios fundamentales del sistema de salud.

sus rasgos más importantes, como el paradigma de la “Historia natural de la enfermedad” de *Leavell-Clark* (1976) o del “Campo de la salud” (Canadá, 1974)⁶.

Otra connotación del término paradigma se refiere a distintos movimientos ideológicos que se sucedieron en el campo de la salud, como el “flexnerismo”, la medicina preventiva, la salud comunitaria y, más recientemente, la salud colectiva, la “nueva salud pública” (*Paim y Almeida Filho*, 1998) o el movimiento de promoción de la salud (*Deccache*, 1997) explicado anteriormente⁷. Este uso menos riguroso del término corresponde a un conjunto de nociones, supuestos y creencias, relativamente compartidos por un segmento determinado de sujetos sociales, que sirve de referencia para la acción. En ese sentido, se ha notado un cierto abuso del su empleo en años recientes, y en muchos casos se lo ha reducido a la idea de enfoque⁸.

En el caso del análisis del desarrollo científico, los paradigmas corresponden a las “realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante un tiempo, plantean problemas y soluciones modelo para una comunidad de practicantes de una ciencia” (*Kuhn*, 1975:13). Según este autor, en determinados momentos de crisis podrían producirse rupturas con los supuestos, conceptos y valores aceptados por una comunidad científica, lo cual favorecería el surgimiento de teorías científicas y el desarrollo de una disciplina o campo interdisciplinario determinado⁹.

⁶ Otro ejemplo en el caso de la salud pública es la investigación del carácter paradigmático inscrito en una norma como el Código Sanitario. Tras un estudio de los paradigmas tecnológicos de las tres revoluciones industriales, se señaló la categoría “flexibilidad tecnológica” como la que mejor traduce el Nuevo Código Sanitario del Estado de São Paulo, Brasil, correspondiente a la tercera revolución tecnológica del capitalismo (*Iram*, 1994). Algunos autores examinan nuevos paradigmas científicos (*Schwab y Syme*, 1997) correspondientes al carácter interdisciplinario e intersectorial, abordando las relaciones entre salud, ambiente y desarrollo (*Souza*, 1998), mientras que otros abordan el paradigma de la ética de la responsabilidad (*Garrafa*, 1995).

⁷ A partir de un análisis crítico de la índole del modelo, el paradigma o la propuesta disciplinaria, se ha realizado una reflexión sobre los marcos teórico-conceptuales establecidos en el ámbito académico de la salud pública: sanitarista, biomédico, epidemiológico clásico, higienista preventivo, ecologista, epidemiológico social, sociomédico de la corriente del materialismo histórico y sociomédico neoconservador (*Arredondo*, 1993).

⁸ Cabe destacar que las áreas productivas tienen paradigmas para su gestión (taylorismo, fordismo, toyotismo, etc.), mientras que el área social oscila entre burocratismos estatales y privatizaciones desastrosas porque le faltan los paradigmas de gestión correspondientes (*Dowbor*, 1999). En esa misma línea se trata de elaborar una conceptualización de la administración pública e indicar paradigmas para un proceso de cambio para el Sistema Único de Salud (*Sá*, 1993).

⁹ En el campo de la salud, en varios documentos doctrinarios se ha usado el término con su connotación común como “paradigma de la atención primaria de salud”, “paradigma de la salud pública”, “paradigma de la administración pública” y “paradigma de la salud integral”. De ahí la pertinencia de revisitar de forma crítica la obra de *Kuhn* “buscando reafirmar la investigación científica como una práctica institucional, fundamentalmente basada en un marco de referencias, representaciones, valores y actos que se denomina ‘paradigma’ ” (*Almeida Filho y Paim*, 1997).

Sin embargo, en el análisis de las revoluciones científicas, la visión kuhniana se inclina a favor de las ciencias naturales, reconociendo el carácter preparadigmático de las ciencias sociales.

Mientras que en las ciencias naturales el desarrollo del conocimiento posibilitó la formulación de un conjunto de principios y teorías sobre la estructura de la materia que son aceptadas sin discusión por toda la comunidad científica, conjunto que Kuhn denomina paradigma, en las ciencias sociales no hay consenso paradigmático, por lo cual el debate tiende a atravesar verticalmente todo el conocimiento adquirido (Santos, 2000:67).

Esta acepción más precisa del término paradigma es la que se adopta en epistemología, y desde esta óptica puede considerarse la salud colectiva como campo abierto a nuevos paradigmas (Paim y Almeida Filho, 1998).

Por consiguiente, la incorporación de nuevos paradigmas en el desarrollo curricular de la salud pública supone la crítica teórica permanente de los diversos movimientos ideológicos que han atravesado el campo social de la salud y la reflexión epistemológica sobre los fundamentos científicos que sustentan actualmente las distintas disciplinas que lo integran. La identificación de “nuevos problemas” y la búsqueda de “soluciones modelo” (Kuhn, 1970) representan, por lo tanto, responsabilidades institucionales intransferibles de las IESP, sea en la formulación de planes de estudio, la cooperación técnica o el desarrollo científico y tecnológico.

La oportunidad para concebir el complejo “promoción-salud-enfermedad-atención” en una nueva perspectiva paradigmática, mediante políticas públicas saludables y participación de la sociedad en las cuestiones de salud, condiciones y estilos de vida, implica la “necesidad de construir un marco teórico-conceptual¹⁰ capaz de reconfigurar el campo social de la salud, actualizándolo frente a los signos de agotamiento del paradigma científico que sustenta sus prácticas” (Paim y Almeida Filho, 1998).

Romper con los paradigmas vigentes no significa un rechazo puro y simple. Impone movimientos de crítica, elaboración y superación. Se trata de una construcción en el plano epistemológico al mismo tiempo que se movilizan voluntades en el ámbito de la praxis para alimentar el pensamiento y la acción. De ahí que se recurra a la noción de “transición paradigmática” (Santos, 1997), tanto para explicar las luchas frente a distintos paradigmas y las dimensiones social y política en la posmodernidad como para describir el período que estamos por comenzar.

Según Santos (2000), los paradigmas socioculturales nacen, crecen y mueren. El paradigma de la modernidad surgido entre los siglos XVI y XVIII, se centraba en dos pilares: reglamentación y emancipación. El primero estaba constituido por los principios del Estado (Hobbes), el mercado (Locke y Adam Smith) y la comunidad (Rousseau). El segundo estaba formado por las racionalidades weberianas: estético-expresiva (artes y literatura), cognoscitivo-

¹⁰ Para los fines de este texto, por “marco conceptual” se entiende un caudal doctrinario estructurador de un campo científico determinado, y su paradigma predominante, y un ámbito de prácticas.

instrumental (ciencia y tecnología) y moral-práctica (ética y derecho). El paradigma sociocultural de la modernidad, aunque ambicioso y revolucionario, enfrenta las contradicciones entre los dos pilares, generando promesas incumplidas y déficit irremediables. De ese modo, “lo que más nítidamente caracteriza la situación sociocultural de este fin de siglo es la absorción del pilar de la emancipación por el de la reglamentación” (Santos, 2000:55).

El campo de la salud pública-salud colectiva no es inmune ni a la crisis de paradigmas ni a la transición paradigmática. La salud pública institucionalizada, rehén de la reglamentación, enfrenta la crisis “entre más mercado, más Estado o más comunidad”, en tanto que la salud colectiva se presenta como un campo abierto a nuevos paradigmas en una lucha antihegemónica a favor de la emancipación. La crítica histórico-epistemológica pasa por la epidemiología (Ayres, 1995), posibilitando la búsqueda de alternativas que superen los distintos formatos de la disciplina: “epidemiología de la constitución, epidemiología de la exposición y epidemiología del riesgo” (Ayres, 1997). En el ámbito de las ciencias sociales y el pensamiento estratégico, se trata de distinguir entre la “determinación” y la “constitución” mediante un examen del tránsito de las prácticas de la vida cotidiana a la conformación de los sujetos epistémico, evaluador y público (Testa, 1997).

En el caso de la contribución de Ayres, “es posible entreverla en el reaprovechamiento del concepto kuhniano de paradigma, pero para encontrarla plenamente en la propuesta de los conceptos de proyecto antrope emancipador y proyecto tecnoconservador” (Mendes-Gonçalves, 1995a:17). Al considerar la crítica habermasiana de la acción instrumental y la acción estratégica que informa ciertas reflexiones sobre la planificación (Gallo et al, 1992; Merhy, 1997), cabe pensar en espacios de la acción comunicativa poco explorados “pero cuyas promesas teóricas son más decisivas: se trata, evidentemente, de la presencia esencial de los consumidores de servicios de salud, los educandos, los receptores de mensajes, los usufructuarios de las objetivaciones estéticas, los necesitados de filosofías” (Mendes-Gonçalves, 1995b:23).

Por lo tanto, en el ámbito de la praxis, la salud colectiva puede participar en la transición epistemológica criticando el paradigma dominante y concibiendo “los primeros pasos de horizontes emancipadores nuevos en los cuales eventualmente se anuncie el paradigma emergente” (Santos, 2000:16). En el ámbito de la producción de conocimiento, el paso más importante será ciertamente reconfigurar el objeto "salud"¹¹.

Se puede considerar que el objeto posible de la “promoción-salud-enfermedad-atención” es muy complejo y que sólo se define en su configuración más amplia, ya que tiene facetas y ángulos distintos, cuya óptica no da acceso a su carácter integral. Se trata, en fin, de un objeto por definición complejo y contextualizado, típico del neosistemismo de las nuevas

¹¹ No se trata de un objeto que obedezca a las determinaciones de la predicción, a las previsiones limitadas y limitantes, rigurosas y precisas. Efectivamente, el objeto salud se muestra mucho más tolerante con respecto a normas aproximadas de previsión de su proceso, lo cual pone de relieve la naturaleza no lineal de su determinación y la imprecisión o borrosidad de sus límites. Forma parte de una nueva familia de objetos científicos, construido como objeto totalizado y complejo (Almeida Filho y Paim, 1999).

aperturas paradigmáticas. La lógica que debe predominar en tales objetos posibles, por consiguiente, sería múltiple y plural, sin expresarse de forma codificada, pero susceptible de ser reconocida por sus efectos (Almeida Filho y Paim, 1999).

Tal como señala *Almeida Filho* (1997:10), “la ciencia se configura cada vez más como una práctica de construcción de modelos, de formulación y solución de problemas en un mundo en constante mutación”. Parte de la crisis de paradigmas se explica por el hecho de que la práctica científica produce de forma continua objetos nuevos que no se encuadran en la organización convencional de las disciplinas autónomas. De ahí su superación “por nuevas modalidades de la praxis científica, instaurando formas alternativas de disciplinaridad” (*Almeida Filho*, 1997:11)¹².

Si se considera la salud como un “punto ciego” del campo de la salud colectiva, las siguientes interrogantes de fondo constituyen problemas teóricos que es preciso resolver:

1. ¿Cómo conceptualizar la salud por medio de los planos en que surgen los fenómenos y procesos que la definen concretamente? ¿Será posible definirla como algo único, por medio de una teoría capaz de transmitir del plano individual-singular al plano colectivo-social?
2. ¿Cómo incorporar la noción intuitiva de salud como ausencia de enfermedad en una concepción positiva de la salud? ¿Cómo articular esta incorporación en los distintos planos en que se dan la salud y la enfermedad?
3. ¿Cómo avanzar en dirección a una concepción positiva de la salud, contemplando la historicidad del concepto y su aplicabilidad como noción subsidiaria de procesos de transformación de la situación sanitaria? (*Almeida Filho*, 2000).

Estas preguntas, formuladas a partir de una investigación sobre la noción de salud en diferentes discursos contemporáneos, plantean cuestiones epistemológicas más profundas ancladas en el paradigma científico que fundamenta el campo de la práctica social y técnica reconocido como salud colectiva o salud pública (*Almeida Filho*, 1989; *Ribeiro*, 1991; *Rodríguez*, 1994).

Por tanto, en los debates contemporáneos sobre la salud pública se encuentran elementos discursivos y extradiscursivos ligados a la constatación de un agotamiento de los paradigmas vigentes, desafiados por la “crisis de la salud pública”. En el caso de los elementos discursivos, cabe destacar los supuestos de que el desarrollo de la salud supone la exclusión de la enfermedad y que la ciencia y la técnica disponen de un potencial inagotable para superar la enfermedad. Como elementos extradiscursivos se encuentran las restricciones económicas que comprometen la capacidad del Estado para sufragar a largo plazo el costo creciente de la atención de salud, particularmente la atención médico-hospitalaria, además de que esta asistencia no ha garantizado un grado mayor de bienestar (*Paim y Almeida Filho*, 1998).

¹² En este estudio, dicho autor hace un examen crítico de las nociones de multidisciplinaridad, pluridisciplinaridad, interdisciplinaridad auxiliar, metadisciplinaridad, interdisciplinaridad y transdisciplinaridad.

Estos elementos histórico-concretos no pueden pasarse por alto en el análisis de los nuevos paradigmas en el campo de la salud colectiva-pública, ya que los campos disciplinarios no se llenan con entidades abstractas tales como nociones, conceptos y modelos. Son ocupados permanentemente por sujetos históricos organizados en “comunidades científicas” y vinculados al contexto sociopolítico general (*Almeida Filho, 1997*). Estos sujetos son quienes, en su práctica concreta, dentro y fuera de las IESP, reconstruyen paradigmas y tratan de introducirlos en las respectivas praxis.

La educación en salud pública y el desarrollo curricular: conceptualización

La elaboración y actualización de planes de estudio en el campo de la salud pública sufren influencias diversas y pueden orientarse intencionalmente por un conjunto de valores, paradigmas, conocimientos acumulados y análisis de la realidad. El estudio clásico de Juan César García, de la enseñanza de la medicina en América Latina, continúa proporcionando elementos teórico-conceptuales para el análisis del proceso de producción de recursos humanos en salud (*García, 1972*).

De acuerdo con ese marco teórico, puede entenderse la educación como “práctica”, proceso de transformación de un “objeto-sujeto” en un “sujeto-producto” por medio del trabajo humano de determinados “sujetos-gentes”. Esta práctica se realiza en una sociedad determinada por medio de instituciones o aparatos específicos, cuyo objetivo fundamental es viabilizar el ejercicio de la hegemonía (cultural y política) de una clase social determinada para reproducir la estructura social. Siendo social, comporta enfrentamientos entre clases y grupos sociales, así como entre sus respectivos intelectuales orgánicos en un movimiento dialéctico, cuya resultante puede ser un modo determinado de producir agentes que reproducen o recrean las distintas prácticas sociales (*Paim, 1994*).

Con este fin, cabe distinguir preliminarmente procesos de “innovación conceptual” y procesos “político-institucionales”. Los primeros se refieren al cuerpo doctrinario. Los segundos se relacionan con situaciones concretas que implican conservación o cambio. En el caso de estos últimos, no puede hacerse caso omiso de las macrotendencias que se manifiestan en los campos económico, político y cultural, las necesidades de salud históricamente definidas y los problemas de los servicios y sistemas de salud, además de diversos intereses y proyectos ético-políticos.

En realidad, los modos de producción de los agentes de las prácticas de salud son determinados por el modo de producción dominante en la sociedad y condicionados por el dinamismo del enfrentamiento de proyectos político-ideológicos entre clases, fracciones de clase y grupos sociales, así como por la organización social de los servicios de salud y las políticas públicas que definen determinados mercados, relaciones y formas de trabajo en salud. Dentro de esos límites pueden pensarse y concebirse las posibilidades de cambios (*Paim, 1994*).

La revisión y el desarrollo curricular pueden ser medidas necesarias para actualizar las instituciones de enseñanza¹³ frente a la reorganización de las prácticas de salud, pero son insuficientes para alterar el modo de producción de los agentes. La difusión de ideologías modernizantes e innovaciones curriculares¹⁴, aunque relevantes para el componente cultural de un determinado proyecto ético-político de transformación de la enseñanza, ha sido insuficiente para promover cambios importantes y continuados en la formación de recursos humanos en salud. Por tanto, los aspectos técnicos e ideológicos de las prácticas educativas deben colocarse en el lugar que les corresponde y encarar el espacio político donde deberá moverse cualquier proyecto consiguiente de cambio.

Desde esa óptica, pueden introducirse cambios en las instituciones de enseñanza con la producción de hechos que generen acumulaciones sociales (*Matus, 1996; Rovere, 1994*), por medio de un repertorio de experiencias, militancia político-institucional y saldos institucionales que influyan en las reglas básicas del aparato escolar y la sociedad (*Paim, 1994*).

Puede entenderse por "cambio" en las instituciones de enseñanza, las alteraciones de los procesos, las relaciones y los contenidos de la educación (*Almeida, 1999*). En ese sentido, se han señalado tres planos de profundidad de los cambios: el fenoménico, el de los actores sociales y el estructural. Estos planos corresponden a un mismo objeto que puede ser "sometido a diferentes niveles de análisis y/o intervención, según la realidad concreta abordada" (*Almeida, 1999:9*).

En el "plano fenoménico" predominan las relaciones técnicas, y los componentes del proceso de enseñanza se concentran en los métodos para el desarrollo educacional, la carga horaria, los recursos, etc. Los resultados obtenidos con la acción en este plano se limitan a la innovación. En este caso se alteran los contenidos, los procesos o las relaciones.

En el "plano de los actores sociales" se destacan las relaciones sociales, de modo que los componentes del proceso de enseñanza buscan la interdisciplinariedad, la participación social, la articulación enseñanza-servicio-comunidad, etc. Los resultados de la intervención se concentran en el nivel de la "reforma". En ese sentido pueden alterarse los contenidos, los procesos y/o las relaciones.

Ya en el "plano estructural", tienen mayor expresión las relaciones políticas, de modo que el proceso de enseñanza pasa a favorecer la articulación estudio-trabajo, el carácter intersectorial, el control social, etc. En este plano, las acciones emprendidas tienden a alterar conjuntamente los contenidos, los procesos y las relaciones, de suerte que el resultado alcanzado corresponde a una "transformación".

¹³ Véase, por ejemplo, el examen del contenido de los programas de las escuelas de salud pública (*Puentes-Markides, 1991*) y el plan curricular del programa de licenciatura de la Escuela de Salud Pública de México, centrado en un sistema de formación en el servicio a fin de contribuir al proceso de descentralización de los servicios de salud (*Grupo de Trabajo, 1995*).

¹⁴ En algunos casos de elaboración de currículos se han usado técnicas de consenso para generar ideas y buscar soluciones para problemas específicos (*Bobadilla et al., 1991*).

Al construir este marco teórico para investigar las posibilidades de cambio en la formación médica y de salud, *Almeida* (1999) recalca que, en el primer plano, el llamado fenoménico, también denominado funcional o de los flujos, se producen los cambios superficiales de la educación. El autor dice:

las innovaciones, generalmente puntuales, localizadas, particulares y parciales, se concentran en las actividades, los medios y las relaciones técnicas entre los agentes de enseñanza y el proceso de enseñanza. Se desarrollan en paralelo, respetando el predominio de lo tradicional sin preocuparse por profundizar el análisis de los factores que determinan el modo dominante de formación (*Almeida*, 1999:10).

En el segundo plano, el llamado de los actores sociales, correspondiente al de las acumulaciones sociales o las fenoestructuras, de acuerdo con el flujograma situacional de *Matus* (1996), las alteraciones de las relaciones técnicas afectan a las relaciones sociales, posibilitando nuevas articulaciones entre los sujetos sociales involucrados. En este plano circulan muchos proyectos de reformas curriculares.

Finalmente, el tercer plano, llamado plano estructural, corresponde a las posibilidades de transformación. Supone la acción en el nivel de las reglas básicas o las genoestructuras sociales. Abarca relaciones sociales esenciales del sistema de producción, donde se realizan los cambios que procuran instaurar un nuevo orden en el proceso de producción de los agentes de las prácticas de salud y en sus relaciones con la estructura socioeconómica. Es decir, “abarca la esencia del propio proceso de producción del conocimiento, la construcción de nuevos paradigmas y los determinantes histórico-sociales” (*Almeida*, 1999:11).

En el caso de la educación en salud pública, este marco teórico presenta un gran potencial para orientar el desarrollo curricular, distinguiendo por consiguiente las iniciativas orientadas a la innovación, la reforma o la transformación. Apunta, asimismo, al hecho de que la opción de valorizar nuevos paradigmas impulsa el desarrollo del plan de estudios hacia una acción en el plano estructural, requiriendo intervenciones en los ámbitos de la producción de conocimientos (investigación y desarrollo tecnológico), las relaciones políticas (militería político-institucional, mediación estratégica, articulación con movimientos sociales, el Parlamento, líderes políticos, ONG, partidos, sindicatos, etc.) y los determinantes histórico-sociales (globalización económica y de la información, redefinición de los Estados nacionales y las relaciones internacionales). Por consiguiente, la transformación de las IESP para alcanzar relevancia impone la superación de los análisis e intervenciones en los planos fenoménico y fenoestructural y la preferencia por el plano genoestructural.

El desarrollo curricular como dinamizador de la transformación de las IESP: los desafíos

Las instituciones académicas y de servicios del campo de la salud podrían actualizar sus concepciones y prácticas acerca de la salud pública (*Loos*, 1995; *Harmon*, 1996) y explorar

oportunidades de diálogo y de formación de alianzas entre organizaciones no gubernamentales (ONG) y organismos de gobierno para hacer frente a los problemas y desafíos de la salud. Sin embargo, más que diálogos y alianzas, las instituciones académicas y de servicios podrían producir nuevos conceptos, teorías y prácticas que, en un proceso de “interfertilización”, sean capaces de influir en las políticas de salud vigentes (*Paim y Almeida Filho, 1998*).

En la Primera Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública (ALAESP, 1994), realizada en Rio de Janeiro en 1994, se destacó la necesidad de nuevos profesionales, capaces de desempeñar distintos papeles: desde una función histórico-política de “rescatar del propio proceso histórico de construcción social de la salud los conocimientos, éxitos y fracasos de la humanidad en su lucha por la ciudadanía y el bienestar” hasta una “función que agregue valor” por medio de la producción y gestión del conocimiento científico-tecnológico; desde una función de “gerencia estratégica” de recursos escasos y mediador estratégico de las relaciones entre las necesidades y los problemas de salud, por una parte, y las decisiones políticas, por la otra, hasta una función de promoción de causas, utilizando el conocimiento “como instrumento de denuncia, promoviendo la movilización creciente de la sociedad para exigir la realización de su potencial de salud y el ejercicio del derecho de ciudadanía” (Rodríguez, 1994). De ahí la propuesta de crear espacios de excelencia que funcionen como “redes institucionales que agreguen valor”.

La idea básica es desarrollar procesos de formación y capacitación sistemáticos, creativos e innovadores, cuyos ejes fundamentales sean la investigación y la articulación con los servicios de salud y otros sectores pertinentes, produciendo líderes sectoriales e institucionales. De este modo, la reflexión sobre las posibilidades de incorporación de nuevos paradigmas se inscribe, aunque no en su totalidad, en el capítulo de las políticas de salud. No se trata de una determinación mecánica de las políticas en la materia sino, en última instancia, de una influencia decisiva, ya que pueden concebirse situaciones en las cuales los productos de ese campo del saber alteren, aunque de forma parcial, la organización de las prácticas de salud (*Paim, 1998*).

La problemática del sujeto epistémico, evaluador y público¹⁵ (*Testa, 1997*) está inmersa en las iniciativas de desarrollo curricular, redefinición de los campos disciplinares (*Almeida Filho, 1997*) y renovación de las escuelas de salud pública. Este enfoque tiende a trasladar la discusión pedagógica del espacio formalista y normativo de los diseños curriculares al terreno de las estrategias. Es decir, si el propósito es producir cambios, cabría formular y desarrollar estrategias orientadas a trazar un mapa de los sujetos sociales y actores institucionales,

¹⁵ Mario Testa desarrolla un esquema de análisis que parte de las prácticas de la vida cotidiana, considerando los componentes precientíficos en que el “sujeto de la vida”, reforzando los aspectos del psiquismo relativos a la “objetividad”, se transforma en “sujeto epistémico” en el proceso de investigación. A partir de un “aparato” de la administración científica, la evaluación deja de ser objetiva, y el sujeto epistémico, transformado en “sujeto evaluador”, se somete a la práctica del mundo social de la vida que sufre la determinación ideológica. Se constituye en sujeto público mediante un “mecanismo de apelación” de organizaciones de divulgación científica. Según el autor, “la constitución de ese sujeto público no está ligada a una investigación o conocimiento singular” (Testa, 1997:155). La nueva conciencia del sujeto público en ese proceso puede integrar la construcción antihegemónica capaz de generar un nuevo pensamiento y líderes capaces de proponer una nueva manera de “hacer las cosas” (Testa, 1997:156).

identificar los aliados estructurales y coyunturales, analizar las posibles ventajas y desventajas para los sujetos-actores que se adhieran a tales procesos y examinar los incentivos para el cambio y los desincentivos para el statu quo. Por consiguiente, en el caso de la actualización de las IESP, uno de los mayores desafíos consiste en reeducar a los educadores, sujetos que, concretamente, pueden ser los dinamizadores de procesos de transformación de las IESP.

En consecuencia, el "desarrollo curricular" puede entenderse como un proyecto dinamizador (Testa, 1995), desde la óptica de la planificación estratégica, capaz de contribuir a la construcción de la viabilidad de la propuesta de fortalecimiento y renovación de las IESP¹⁶. Sin embargo, son los educadores y los educandos los "sujetos dinamizadores" de esos procesos de cambio.

Evidentemente, las reformas curriculares por sí solas tal vez no sean suficientes para los cambios que se necesitan en esas instituciones. Debido al tiempo que toma su formulación, discusión, implementación y evaluación, muchas veces se vuelven obsoletas en función de la transformación de la propia realidad sanitaria y social. No obstante, pueden propiciar el desencadenamiento de procesos sociales e institucionales, produciendo hechos y acumulaciones capaces de generar nuevos procesos, independientemente de la fijación de una imagen-objetivo.

Análisis del potencial del desarrollo curricular y los nuevos paradigmas de la salud pública: la cooperación internacional deseable

La importancia de preservar una enseñanza innovadora y ampliar la autonomía relativa de las IESP para problematizar las prácticas y la situación sanitaria y sus determinantes, no debe eludir, por tanto, el significado de la redefinición de las políticas de salud y el control democrático de las instituciones como parte del desarrollo de ese campo. En realidad, el "complejo médico-financiero-industrial" que constituye el "nuevo orden mundial" influye en las políticas de salud, incluidas las reformas sectoriales e, indirectamente, en la formación de recursos humanos.

Tal análisis no significa una postura inmovilista o pesimista. En realidad, el proceso político en salud comporta la acción de diversas fuerzas sociales que pueden reivindicar y conquistar nuevos espacios de actuación¹⁷. Los nuevos paradigmas, que podrían ser asimilados

¹⁶ Véase, por ejemplo, la experiencia de la Escuela de Salud Pública de Quito, que tiene en cuenta en la reforma curricular el contexto económico, político y social, la situación universitaria, el perfil epidemiológico, el desarrollo de la salud pública y su institucionalización, y entiende el proceso curricular como una dinámica de interrelación de conocimientos, sujetos, saberes y prácticas (Granda et al., 1994).

¹⁷ Al examinar algunos cambios observados en el modo en que se forman especialistas en salud colectiva en Brasil, pueden analizarse ciertos obstáculos en el desarrollo de actividades prácticas en lo que concierne a la organización social de los servicios de salud. Se constata también que el trabajo teórico realizado por algunos centros de posgrado permitía superar las diferencias de marcos conceptuales de las escuelas de salud pública y los departamentos de medicina preventiva y social, con repercusiones importantes en el campo de saber y prácticas que se constituía. En la medida en que esas unidades académicas realizaban el trabajo teórico antedicho, surgieron nuevas estrategias de formación de recursos humanos que se acercaban a los servicios de salud y las comunidades (Paim, 1986). Algo semejante podría ocurrir actualmente con la propuesta de

por los campos de la salud colectiva o la salud pública, requieren procesos de construcción-desconstrucción en el interior de los planes de estudios y en distintos momentos del proceso de enseñanza y aprendizaje. En consecuencia, el desarrollo curricular resultante de tales procesos no emanaría de una yuxtaposición acrítica de contenidos o disciplinas, sino de una práctica continuada, apoyada en un trípode que abarca el análisis de situaciones concretas, la producción científica y la reflexión teórico-epistemológica.

Un análisis de los artículos publicados sobre reformas curriculares revela más fracasos que éxitos (*Boulos, 1997; Sweeney, 1999*). Al mismo tiempo, ofrece críticas y nuevas propuestas¹⁸ en diversos frentes: graduación, residencia, especialización, licenciatura, educación permanente, etc. La participación política con proyectos de reforma en salud y la construcción de “puentes” con los círculos académicos han llevado, a su vez, a propuestas de actualización de la enseñanza.

En ese sentido, la producción científica disponible permite sugerir un marco teórico provisorio capaz de servir de base para la producción de especialistas en salud colectiva-salud pública. En ese caso, habría que pensar en las contingencias impuestas por la división técnica y social del trabajo en salud, basada en la estructura de producción de servicios vigente en cada país y en los procesos de producción de esos especialistas.

A partir de ese trabajo teórico será posible reflexionar sobre la redefinición de los marcos conceptuales que orientan los cursos especializados de salud pública, las residencias en medicina preventiva y social (RMPS), y las licenciaturas y los doctorados en salud colectiva o salud pública. La “interfertilización” de esos conocimientos producidos puede impulsar a cada uno de esos cursos a modificar sus contenidos y actualizar sus métodos y campos de intervención e investigación, lo cual podría considerarse como una de las vías de desarrollo curricular con nuevos paradigmas en salud pública, a partir de la estructuración de una red de IESP, con el apoyo de la ALAESP y la OPS.

Desde esa óptica estratégica, no basta con señalar “procesos dinamizadores”. Éstos, en realidad, son conducidos o rechazados por sujetos concretos. De ahí la pertinencia de invertir en “sujetos dinamizadores” (educandos y educadores) que puedan identificarse en cada IESP y transformarse en “nodos estratégicos” de “redes institucionales que agreguen valor”.

En ese sentido, la cooperación técnica podría facilitar material didáctico de apoyo, guías metodológicas, educación a distancia y consultoría ad hoc y presencial. Esos “sujetos dinamizadores” desencadenarían los procesos de desarrollo curricular, teniendo en cuenta la capacidad de articulación política, investigación y producción de tecnologías, gestión moderna

organización de las IFSP en red, permitiendo el intercambio de experiencias y reflexiones colectivas sobre los campos de la salud colectiva y la salud pública.

¹⁸ Véanse, por ejemplo, los movimientos de reforma de la enseñanza de la medicina de 1765 al siglo XXI (Papa y Harasym, 1999).

de las escuelas y cooperación técnica, de conformidad con las recomendaciones de la II Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública (OPS, 1999).

Iniciar procesos, incluso en coyunturas desfavorables, teniendo en cuenta sus límites y posibilidades, representa una apuesta a la razón dialógica que debe inspirar una educación comprometida con la emancipación de los seres humanos. Tratar de ejercerla en lo cotidiano de las universidades y en las IESP, en particular, podría ser una forma de enfrentar con sabiduría la tensión entre las racionalidades orientadas al éxito y aquéllas orientadas a la acción comunicativa, al entendimiento (*Habermas*, 1990).

En ese sentido, cabe destacar las siguientes características que los profesionales de la salud, y de la salud pública en particular, necesitan adquirir en su formación:

- Capacidad de análisis del contexto en relación con las prácticas que realiza;
- Comprensión de la organización y gestión del proceso de trabajo en salud;
- Ejercicio de una acción comunicativa, además de la estratégica;
- Habilidad para promover causas, es decir, denunciar situaciones y convencer a los interlocutores;
- Tolerancia y diálogo en situaciones conflictivas;
- Atención de problemas y necesidades de salud;
- Sentido crítico en cuanto a la eficacia y ética de las intervenciones propuestas o realizadas;
- Cuestionamiento permanente del significado y el sentido de su trabajo y sus proyectos de vida.

En el caso específico de la formación en salud pública, cabría tomar como referencia para el proyecto educativo el concepto de “práctica de salud”. Esto significa favorecer, en un primer momento, ciertas dimensiones objetivas del proceso de trabajo (objetos, medios y actividades), sin pasar por alto las relaciones técnicas y sociales (*García*, 1972; *Mendes-Gonçalves*, 1995) que están presentes en tales prácticas, como tampoco los aspectos simbólicos y las representaciones incorporadas en la interacción de los agentes entre sí, de éstos con segmentos de la población y de ambos con organizaciones e instituciones.

El enfoque de las prácticas de salud, además de acercar la enseñanza al mundo del trabajo y, por consiguiente, a un compromiso de los círculos académicos con un sector determinado de la realidad, que incluye los "servicios de salud", permite reflexionar sobre los modelos operativos vigentes en distintas coyunturas y situaciones concretas como formas posibles (es decir, social e históricamente determinadas) de “organización social de las prácticas de salud.” Actualmente, con frecuencia surgen las siguientes preguntas en los cursos de salud pública o salud colectiva: ¿Quién es el sanitarista? ¿En qué consiste su trabajo? ¿Qué práctica o prácticas ejerce? ¿Qué prácticas ejerce en los servicios de salud? ¿Qué tipo de conocimientos teóricos y prácticos, así como de valores, debe poseer el sanitarista para hacer frente situaciones cambiantes y organizaciones que se redefinen en el campo de la salud? (*Paim*, 1993).

Por tanto, crece la conciencia de que la formación de los agentes de salud, especialmente la formación en salud pública, exige una ampliación de los campos de prácticas y, para ser redefinida, una incursión ampliada en la esfera de lo político. Supone cambios en las relaciones de poder de las instituciones de enseñanza y servicios de salud, pero sobre todo en el Estado y la sociedad. La cuestión que queda pendiente sin embargo, es “qué hacer” para acumular recursos de poder y, de ese modo, alterar la correlación de fuerzas prevalentes, sea en las instituciones, el Estado o la sociedad. Entretanto, la acción educativa puede invertir en personas que quieran ser ciudadanos plenos y ayudar a otros tantos a serlo mediante una “participación ciudadana”¹⁹.

Esta forma de participación no busca sustituir el Estado o el mercado. Como no se limita al campo popular, puede abarcar sectores de clase media e intelectuales con una dimensión cívica orientada al comportamiento solidario, a deberes y responsabilidades, incluso en relación con los segmentos sociales excluidos del ejercicio de los derechos. En ese sentido, los movimientos populares de carácter reivindicativo de las últimas décadas, que se oponían al Estado a pesar de tenerlo como blanco de sus reivindicaciones, así como las mingas y las alianzas, utilizadas actualmente como manipulación ideológica por gobiernos y organismos internacionales, no se confunden con esta noción de “participación ciudadana” (Teixeira, 1997).

Al examinar el desarrollo curricular y los nuevos paradigmas para la salud pública con esa óptica de análisis ampliada del espacio político, puede reconocerse la importancia y la validez de las intervenciones resultantes de ese “proyecto dinamizador” (Testa, 1995). Igual que las escuelas médicas, las IESP constituyen un “espacio estratégico para la reflexión y aplicación de innovaciones indispensables para enfrentar estos nuevos desafíos” (Almeida, 1999:1).

Abrir las IESP al entorno, así como a movimientos y sectores sociales, significa construir canales inductores de temas y nuevos objetos de problematización para la formación de recursos humanos, la investigación y la cooperación técnica²⁰. Del mismo modo, la realización de análisis continuos del proceso político del contexto donde se insiere la escuela de salud pública, la impulsa a forjar alianzas y buscar la articulación política necesaria para cumplir su misión institucional y asumir el liderazgo en la formulación de propuestas políticas, programas y proyectos, inclusive en la acción comunitaria directa. Estos campos de acción de las IESP se convierten en espacios de retroalimentación de nuevos temas generadores que, a su vez, inducen nuevos desarrollos curriculares.

¹⁹ Se trata de un proceso complejo y contradictorio en el cual “los actores redefinen sus papeles en el fortalecimiento de la sociedad civil, mediante la actuación organizada de individuos, grupos y asociaciones, teniendo en cuenta, por una parte, la asunción de deberes y responsabilidades políticas y, por la otra, la creación y el ejercicio de derechos en el control social del Estado y el mercado en función de parámetros definidos y negociados en los espacios públicos” (Teixeira, 1997:191).

²⁰ Esta ha sido la experiencia de algunas IESP de Brasil, como la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP), el Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía y la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo (Universidad Federal de Bahia, 1994; Nunes, 1998).

La articulación de los procesos de enseñanza con los de trabajo permite objetivar las relaciones sociales y técnicas subyacentes y considerar la interacción social que transporta la intersubjetividad al momento pedagógico. La problematización como estrategia de enseñanza posibilita la aplicación de técnicas, tales como el aprendizaje basado en problemas (*Venturelli, 1997*), la reflexión teórica, el análisis político y la síntesis de información y conocimientos. Finalmente, la identificación de lagunas del conocimiento, que normalmente se llenan con ideologías y sentido común, permite cuestionar tanto la “salud pública basada en creencias” como la “salud pública con base científico-estadística”, mediante la crítica teórico-epistemológica o la producción de conocimientos.

Si el currículo se entiende como un plan de estudios para la solución de problemas de complejidad creciente, puede programarse la oferta de oportunidades pedagógicas de acercamiento sucesivo de docentes y profesionales a distritos sanitarios y demás instancias de los sistemas de salud. La concepción básica que informa esta propuesta consiste en formar educadores que ayuden a los profesionales a “aprender a aprender”, a partir de problemas y desafíos señalados en el proceso de trabajo y en la interacción entre los sujetos de este proceso, es decir, entre los integrantes del equipo y entre éstos y personas sanas o enfermas, familiares, vecinos y demás integrantes de la comunidad. En ese sentido, pueden tomarse como ejes conductores de la formación de los docentes y discentes las prácticas sociales de salud y los modelos de atención alternativos, como la vigilancia de la salud, las “acciones programáticas” de salud y la oferta organizada de acciones y servicios de salud basada en el desarrollo integrado de nuevos modelos académicos, sistemas locales y la comunidad.

El modelo pedagógico a desarrollar, con el trabajo como principio educativo, recurriría a la producción de “medios de enseñanza” diversos que a su vez podrían constituir “medios de trabajo” para los equipos de salud. En ese sentido, la producción de instrumentos y técnicas de identificación de problemas y necesidades de salud en un territorio determinado o en la demanda espontánea de una unidad, la elaboración de protocolos asistenciales y la confección de “bulas” o manuales de servicios y unidades de salud, constituirían una producción tecnológica en apoyo al proceso de enseñanza-aprendizaje y los procesos de trabajo en salud. Esas “tecnologías blandas y duras” se complementarían con prácticas de aceptación y apoyo, conformando “tecnologías blandas” (*Merhy, 1997*), y con “tecnologías duras” (enseñanza por *Internet*, teléfono y televisión, recensión bibliográfica por medio de *Medline, Lilacs*, etc.).

En épocas de incertidumbre puede recurrirse a la técnica de las situaciones hipotéticas, planteando por lo menos una “situación hipotética restrictiva” y una “situación hipotética progresista” para el sistema de salud, que constituirían contextos de la formación. Para cada una de esas situaciones podrían seguirse los siguientes pasos: a) definición de perfiles de egresos; b) formulación de objetivos educacionales; c) identificación de contenidos básicos; d) establecimiento de campos de prácticas; e) construcción de matrices de programación (objetivos, momentos de aprendizaje, contenidos, actividades, medios); f) comparación entre tipos de prácticas, actividades y campos de prácticas de ambas situaciones; g) revisión de contenidos programáticos de cada disciplina y análisis de factibilidad, coherencia y viabilidad de las propuestas de cambio; h) selección de bibliografía básica y complementaria y de las formas

de actualizarla e; i) preparación de ejercicios, guías para la discusión y material didáctico considerando los problemas de salud y de los servicios (Paim, 1994)²¹.

La educación en salud pública depende, por tanto, del desarrollo científico y tecnológico, la consolidación de nuevos paradigmas y la situación sanitaria, incluida la política pública, además de las inflexiones producidas en la pedagogía y los medios de aprendizaje. En ese sentido, los problemas y desafíos para el pensamiento y la acción en salud en el ámbito colectivo, requieren la constitución de sujetos sociales con diferentes grados de competencia formados en escuelas o institutos de salud pública-colectiva, así como en instituciones de salud. De modo que el desarrollo curricular para la formación en ese campo no puede abstraerse de la gran diversidad de niveles: doctorado, licenciatura, especialización, perfeccionamiento, actualización, graduación, medio para personal auxiliar y elemental para agentes comunitarios.

En el caso de los cursos de especialización, residencias y licenciaturas profesionales, por ejemplo, el plan metodológico podría abarcar cinco componentes: a) establecimiento de principios (trabajo como principio educativo, preferencia por el polo aprendizaje, el profesor como guía del proceso, etc.); b) realización de talleres pedagógicos (formulación de estrategias pedagógicas, planificación y organización de contenidos, selección de bibliografía, etc.); c) “momentos de interacción pedagógica”(análisis de la situación y elaboración de planes de acción); d) “momentos de interacción con el trabajo”(realización del “saber operante” y el “saber práctico” y; e) seguimiento y evaluación del proceso de calificación de los sujetos (UFBA/ISC, 2000)²².

En el caso de las licenciaturas y los doctorados, los modos de producción y circulación dominantes del conocimiento científico tienden a imprimir una lógica propia a la organización de los procesos de trabajo en las IESP, influyendo inercialmente en la conformación de los currículos. Los contenidos programáticos muchas veces reflejan las temáticas de publicaciones indexadas, descuidando problemas concretos de la situación sanitaria de cada país o localidad.

Con todo, en varios de esos cursos centrados en la investigación, el momento de interacción con el trabajo podría sustituirse por “momentos de interacción con la investigación”, en los cuales los educandos participarían en la labor cotidiana de los programas de investigación de las IESP, siguiendo el ejemplo de la inserción de los aprendices en las “tiendas” de los artesanos. Eso ofrece formas de pasar del modo de producción escolar

²¹ La iniciativa del Instituto Nacional de Salud Pública, con el apoyo de la Escuela de Salud Pública de México, posibilitó la planificación estratégica de la enseñanza de la salud pública para el 2005, a partir de la definición de situaciones hipotéticas probables y deseables (Cardozo Brum et al., 1990).

²² Esta propuesta está elaborándose y poniéndose a prueba en el ámbito del “Polo de Capacitación en Salud de la Familia” del ISC/UFBA/SESAB para distintos niveles de formación en salud colectiva, incluidos los agentes comunitarios de salud (SESAB, 1999). Ya se han realizado los primeros estudios de evaluación de ese modelo pedagógico (Nunes, 1999).

dominante, a modelos pedagógicos multirreferenciales (*Ardoino, 1993; Borba, 1998*), posibilitando la problematización también en el proceso de producción científica²³.

Posibles repercusiones del desarrollo curricular en los procesos de cambio de las IESP

La salud pública, como campo de saber y de prácticas que tiene como objeto las necesidades sociales de salud, independientemente del tipo de profesional o de organización de servicios, tiene un carácter histórico y estructural. En ese sentido, sus desafíos no se limitan al tipo de profesional ni al modelo institucionalizado, sea de servicios o académico. Tampoco se agotan en la reforma sectorial o el desarrollo curricular. Tales desafíos se extienden a toda la organización social, desde la producción, la distribución y el consumo de bienes y servicios hasta las formas de organización del Estado y sus aparatos en sus relaciones con la sociedad, incluida su cultura (*Paim, 1992*).

En ese sentido, la posibilidad de redimensionar su objeto, sus instrumentos de trabajo, sus actividades y relaciones sociales, considerando su articulación con la totalidad social, reabre alternativas metodológicas y técnicas para pensar y actuar en el campo de la salud pública. La incorporación de temas como la salud del consumidor, la violencia, la degradación del medio ambiente, los desastres naturales, el SIDA, el abuso de drogas, etc., en la agenda de las IESP puede ayudar, junto con otros procesos dinamizadores, a activar y acelerar los cambios esperados.

A pesar de que la teoría de la producción social (*Matus, 1996*) indica que las reglas básicas de la sociedad (modo de producción, relaciones económicas dominantes, y superestructura político-ideológica) determinan las acumulaciones sociales y el flujo de hechos. La dialéctica implícita en esta teoría permite considerar la hipótesis de que la generación de hechos técnico-institucionales en el plano fenoménico, posibilita nuevas acumulaciones sociales que, en condiciones históricas particulares, son capaces de alterar ciertas reglas básicas de la sociedad o producir hechos nuevos de relevancia político-social.

Cabe recordar que los sujetos sociales están presentes en todos los “momentos” del proceso de trabajo: objeto, actividades, relaciones técnicas y sociales, y medios de trabajo, además del propio agente. Por consiguiente, si el propósito es transformar las prácticas de salud mediante la redefinición de políticas y la reorganización de los procesos de trabajo, no puede subestimarse la cuestión pedagógica.

Recobra pertinencia, por tanto, preguntarse quién educa y cómo educar a los educadores que intervienen en los procesos sociales y técnicos antedichos. Si los recursos humanos en salud somos todos nosotros, alumnos y profesores, cabe recordar que ellos hacen cosas, tienen sueños, construyen e implementan proyectos. Por tanto, en el proyecto

²³ Para actualizar las estrategias y tácticas podrían considerarse los siguientes pasos: a) definición del marco teórico-conceptual; b) explicitación del marco normativo; c) análisis de la coyuntura en salud; d) análisis de la situación docente; e) análisis de la situación discente; f) análisis de los campos de práctica incluyendo los de investigación y; g) análisis de la infraestructura y la superestructura académica (*Paim, 1994*).

pedagógico hay que tener en cuenta la vida de esos sujetos (*Habermas*, 1991) para auxiliarlos en su transformación de “agente-sujeto” en “sujeto agente” (*Schraiber*, 1995).

Al examinar los “determinantes más generales”, como las tendencias de la economía y las repercusiones en el empleo, las políticas de salud y la organización de los servicios, debe aprovecharse las oportunidades de cambio en el modo de producción de esos agentes surgidas en la coyuntura con miras a constituir nuevos sujetos-agentes ético-políticos. Una de esas posibilidades sería invertir en el “modelo pedagógico” como espacio de constitución de sujetos sociales, no como mero adiestramiento para el mercado de trabajo, y en las “formas de organización del trabajo”, haciendo hincapié en las relaciones técnicas y sociales, la cultura institucional, el “hábitus” (*Bourdieu*, 1996) y el “mundo subjetivo” (*Habermas*, 1990) de esos agentes.

No obstante, para evitar posturas “voluntaristas y/o estructural-paralizantes” en el interior de las IESP, cabe formular dos preguntas (*Paim*, 1996):

1. ¿Qué actores sociales “pueden” llevar a cabo las propuestas formuladas para la renovación de la educación en salud pública?
2. ¿Cómo puede superarse la ambivalencia entre el voluntarismo y la parálisis política?

En el primer caso, es común que surja en las discusiones la afirmación “ellos no saben, ellos “no logran hacerlo”. Es más raro, sin embargo, que se diga de forma explícita la frase “ellos no pueden” o “ellos no quieren”. Es decir, normalmente se subestima el análisis del poder en salud, cuando en la cuestión de los recursos humanos en salud “poder” y “querer” son fundamentales. Si ellos pueden, ¿quieren invertir en cambios? Si ellos quieren, ¿pueden asegurar los cambios? Si ellos quisieran, podrían boicotear o sabotear tales cambios. Pero si ellos quisieran realizar los cambios, ¿dispondrían de poder suficiente para hacerlos? Esta es la contradicción arraigada en las políticas de recursos humanos en salud.

En el segundo caso no puede desdeñarse el trabajo teórico. El voluntarismo, tan presente en los responsables de la formación de recursos humanos en salud, calibrado por una buena teoría, puede orientar acciones, no sólo trazando “imágenes-objetivo” o “situaciones-objetivo” bien definidas, sino iniciando procesos que produzcan hechos, acumulen poder y promuevan cambios, incluso en el espacio micro de las instituciones, posibilitando nuevas acumulaciones sociales (*Rovere*, 1994).

Debido a que la educación en salud pública aborda problemas no estructurados o semiestructurados (*Matus*, 1996), no puede trabajar en la formación de sujetos epistémicos y evaluadores (*Testa*, 1997) con gran precisión. Para los que se encargan de la formación y el desarrollo de esos sujetos es indispensable buscar oportunidades, ejercer la creatividad, producir hechos y acumulaciones sociales que contribuyan a la emancipación de los seres humanos (*Paim*, 1996).

En ese sentido, cuando el análisis se traslada de las estructuras (en las cuales no se visualizan los elementos más dinámicos de los conflictos y la historicidad) al foco de los sujetos

sociales, imprime más audacia al trabajo docente. Para eso no basta con una buena causa: debe realizarse un análisis de viabilidad, abrir canales de diálogo, trazar estrategias, tomar iniciativas, producir hechos, acumular fuerzas y, sobre todo “examinar con atención la vida real”.

Comentarios finales

Las macro tendencias de la política y la economía, bajo la hegemonía del capital financiero y especulativo, amenazan cada vez más a la sociedad con el desempleo, la exclusión, la violencia, el hambre y la negación de la equidad, además de la paz y la democracia. En ese sentido, una visión de la salud para los próximos años reviste grandes dificultades frente a la transformación económica del mundo actual que redefine la propia autonomía de los Estados nacionales (*Paim, 1998*).

Al mismo tiempo, pueden investigarse ciertos movimientos o micro tendencias que no siempre tienen expresión fenoménica, en contraposición a tales macro tendencias. Éstos posibilitan el incremento de la participación política en salud con la consiguiente “liberación de energía para la constitución de sujetos sociales”. Categorías profesionales tales como médicos, enfermeros, sanitaristas y asistentes sociales, que se debatían contra la tendencia a transformarse en atarácicos para las tensiones sociales o en aceite del engranaje institucional, encuentran hoy nuevos espacios de trabajo y se revelan como actores relevantes en la movilización de familias y grupos comunitarios y en la construcción de la ciudadanía.

En ese sentido, la Asociación Internacional sobre la Política Pública (IAHP) ha destacado en sus últimas conferencias las preocupaciones contemporáneas en lo que se refiere a las tendencias antedichas y las reformas sectoriales. En el Noveno Congreso de Montreal, realizado en 1996, cuando se problematizó el espacio de la atención de salud se señaló que “los sistemas sanitarios, inclusive los más eficaces, no son capaces, por sí solos, de garantizar que se alcance y se mantenga un nivel óptimo de salud y bienestar” (IAHP, 1996). En ese sentido se plantearon varias cuestiones bastante críticas que deben ser consideradas en los procesos de desarrollo curricular de las IESP²⁴.

²⁴ ¿Cómo actuar sobre los determinantes de la salud? ¿Qué políticas públicas, respetando la ética, los derechos y las libertades, serían necesarias tanto para neutralizar los efectos nefastos de estos determinantes como para, si fuera el caso, aumentar su influencia positiva en la salud? ¿Cuáles son los papeles respectivos del mercado y el Estado en la reglamentación de los sistemas sanitarios? ¿Qué tipo de intervención ofrece las mayores probabilidades de influir de forma positiva en la salud? ¿Cuáles deberían ser las relaciones entre los niveles central y local en la organización de los servicios y en el mejoramiento de la salud? ¿Qué responsabilidades deberían asumir los distintos niveles de decisión política y de qué forma? ¿Cómo contribuye la sociedad civil a la formulación y ejecución de políticas sociales y de salud? ¿Cómo puede evitarse que esta acción refuerce los intereses particulares y contribuya a aumentar las desigualdades? ¿Cómo intervienen las relaciones internacionales para la asistencia oficial del desarrollo, la integración económica y la globalización de mercados, en el desarrollo de las políticas sociales y de salud? Organizaciones como el FMI, Banco Mundial, organismos de las Naciones Unidas tales como la OMS, la UNICEF, el PNUD y la FNUAP tienen como mandato influir en las políticas públicas ¿cómo puede evaluarse esa influencia? ¿Qué repercusiones tiene la creación de mecanismos de integración económica como la Comunidad Europea, TLCAN y Mercosur en las políticas públicas que afectan a las condiciones de vida y de salud? Si se llega a la conclusión de que para mejorar la salud y el bienestar es necesario, además de mantener las inversiones en los servicios, haciéndolo, tal vez, mejor que ahora, invertir en lo social, ¿cómo hacerlo? ¿Cuáles son las políticas que se imponen? ¿Cómo

Ya en la Conferencia de Perugia (IAHP, 1998), numerosos participantes destacaron que el neoliberalismo no solucionó los temas y problemas más candentes de la comunidad internacional: la distribución de ingresos y el impacto devastador de la economía en la calidad de vida y el ambiente. Otros aceptaban el control del mercado por medio de leyes y una acción política a fin de reducir sus efectos más nefastos. Se debatió también la tesis de la “justicia a nivel mundial”, a fin de no limitar la globalización a los mercados financieros y de las comunicaciones. Junto con la globalización de los mercados y la información debería defenderse la “globalización de los derechos básicos, entre ellos el derecho a la salud, la vida y el bienestar”.

Por tanto, podría recurrirse a valores tales como la solidaridad, la equidad y la justicia para la conformación de sabiduría y conocimiento por una nueva síntesis. El desafío de las IESP, junto con otras fuerzas políticas y sociales, sería postular ideas y valores centrados en la igualdad, la solidaridad, la democracia, la autonomía y la paz, al mismo tiempo que se ejercitan diferentes modos de acumulación y redistribución de poder político en el ámbito de la sociedad en sus espacios institucionales micro, meso y macro (Loureiro y Paim, 1998).

Una de las formas de enfrentar tal desafío podría ser la constitución de sujetos sociales comprometidos con nuevas utopías²⁵, estableciendo canales de comunicación con otros sujetos sociales que pasen de la condición de usuarios o destinatarios de servicios públicos y políticas de salud a un nivel más elevado de socios y ciudadanos. Las IESP seguramente podrán ayudar a alcanzar tales propósitos.

Nota de agradecimiento

El autor agradece especialmente al profesor *Naomar de Almeida Filho*, colaborador y motor de varias de las reflexiones contenidas en el presente trabajo, además de atento y generoso revisor de los originales.

asegurar que las políticas sanitarias y sociales coincidan y se combinen para producir los resultados necesarios ? (IAHP, 1996).

²⁵ En el sentido manheimiano, oponiéndose a la noción de ideología que normalmente justifica el statu quo. No se trata, por tanto, de algo irrealizable. Para Karl Manheim, la utopía trae la idea de esperanza. Algo que no tiene topos o lugar hoy pero que podrá tenerlo mañana. O como diría el poeta, “impreciso ahora, pero preciso, tan preciso mañana” (Caetano Veloso, 1976).