

DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD: LA EXPERIENCIA DOMINICANA

Compilado por:
Rosa María Borrell
y
Wilfredo Lozano



FLACSO

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales

Programa República Dominicana



Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Programa de Adiestramiento en Salud de Centroamérica y Panamá (PASCAP)

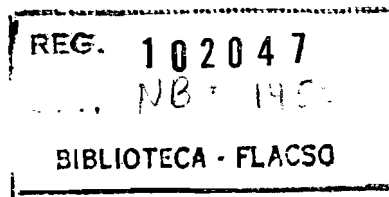
FLACSO/Programa República Dominicana
Apartado Postal 332-9
Santo Domingo, República Dominicana
Teléfono/Fax: (809) 541-11-62

OPS/OMS/PASCAP/Oficinas en Santo Domingo
República Dominicana:
Avenida San Martín No. 253
Edificio Santanita Apartamento 403
Teléfono: (809) 562-1519

Desarrollo de recursos humanos en
salud: la experiencia dominica-
na / Compilado por Rosa María
Borrel y Wilfredo Lozano. --
Santo Domingo : FLACSO, 1995.
215p.

1. Recursos humanos en salud
2. Desarrollo de personal - Re-
cursos humanos I. Borrel, Rosa
María, comp. II. Lozano, Wil-
fredo, comp.

○ 331.11961069



© 1995
Programa FLACSO-República Dominicana
ISBN 84-600-9251-8

Edición: Wilfredo Lozano

Composición, diagramación y portada: Josie Antigua

Impreso en: Editora Taller

Depósito Legal

Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización escrita.

Impreso en República Dominicana

Indice

Presentación	5
Prólogo	7
Introducción	9

Primera Parte

Políticas de Salud y Recursos Humanos 11

I. Desarrollo de Políticas de Recursos Humanos en Salud	13
Las Políticas de Recursos Humanos en Salud en la Región de las Américas	14
Las políticas de recursos humanos de los años 60	15
La década de los 70 y el Plan Decenal de Salud	15
La meta de Salud para todos las Políticas de Recursos Humanos en los 80 y la Situación a iniciarse en los 90	17
Referencias	20

Dra. María Isabel Rodríguez

Segunda Parte

La Universidad y la salud de la población..... 21

II. Función de la Universidad en la Formación de Recursos Humanos	23
1. El proceso de modernización	23
2. Los nuevos cambios y metas	25
3. Nuevo Desarrollo y Universidad	26
Bibliografía	31

Lic. Rubén Silié

Lic. José Agustín de Miguel

III. Papel de la Universidad en la Elevación del Nivel de Salud de la Población	33
1. La Crisis Latinoamericana	33
2. La crisis y la salud	33
3. Universidad y Crisis	34
4. El papel de la Universidad en la Elevación del nivel de salud de la población	35
Bibliografía	37

Dr. Fernando Sánchez Martínez

IV. Respuesta de la Universidad a las Necesidades de Recursos Humanos en Salud	39
--	----

Dr. Mariano Defilló Ricar

V. Transformación curricular en el área de la salud; una visión de la formación de recursos humanos en salud	45
1. Contextualización histórica del problema	45
2. Curriculum o la pertinencia social de la universidad	47
3. Recursos humanos en salud: predicados para una estrategia	48

Víctor Hugo De Lancer, Ph.D.

Tercera Parte

Situación de la oferta y la demanda de fuerza de trabajo en salud	51
--	-----------

VI. Mercado de trabajo, y mercado de trabajo en salud: hipótesis para el estudio del caso dominicano	53
1. El mercado de trabajo como esfera de relaciones sociales	53
2. La problemática del mercado de trabajo en América Latina	54
3. Intervención estatal y mercado de trabajo	56
4. Mercados de trabajo institucionalizados: el caso del sector salud	57
Bibliografía	60

Wilfredo Lozano

VI. Situación, oferta y demanda de la fuerza de trabajo en salud en la República Dominicana	61
1. La conceptualización de la fuerza de trabajo en salud	61
1.1. Los conceptos	61
1.2. Las fuentes de datos	62
1.2.1. La oferta	62
1.2.2. La Demanda	62
2. La planificación de la oferta y demanda de fuerza de trabajo en salud en el sector público privado	63
3. Algunas hipótesis de investigación sobre fuerza de trabajo en salud	63
4. Conclusiones	65

Clara Báez

VIII. Oferta de Recursos Humanos en Salud	67
1. Introducción	67
2. Oferta de carreras de ciencias de la salud	68
3. Evolución del ingreso, la matrícula y el egreso estudiantil	68
3.1. Ingreso	69
3.2. Matrícula	70
3.3. Egreso	71
4. Características de la población estudiantil	72
4.1. Distribución por sexo	72
4.2. Nacionalidad	73
5. El contexto	74

6. Algunas consideraciones para el debate	77
Referencias	95

Fátima Guerrero

Cuarta Parte

Sanearamiento ambiental y recursos humanos en salud	97
--	-----------

IX. La situación Sanitaria y Ambiental en la República Dominicana y el Desarrollo de los Recursos Humanos Requeridos	99
1. Los problemas más relevantes	99
Sobre el Agua	99
Sobre la recolección y disposición de aguas residuales	99
Sobre la recolección y disposición de desechos sólidos	99
Sobre la contaminación ambiental	100
Riesgos del medio laboral	100
2. Análisis situacional de los recursos humanos con que cuenta el país para enfrentar los problemas señalados	100
2.1. El sector formador	100
Los recursos humanos que dispone el servicio	102
3. Orientaciones de la OPS/OMS	104
4. Reflexiones Sugeridas	105
Bibliografía Consultada	106

Lic. Rosa María Borrell Bentz

X. Impacto de las políticas ambientales sobre la salud de la población dominicana	167
Un abordaje metodológico para una posterior exposición	107
Un tema para desarrollar	107
Una conclusión para pensar	108

Pedro Juan del Rosario

Américo Badillo

XI. Situación ambiental en la República Dominicana y respuesta de las Universidades Nacionales	109
1. Introducción	109
2. Desarrollo	109
2.1. Medio Físico-Biológico	109
2.2. Medio Socio-económico	110
2.3 Medio Psíquico	110
3. Instituciones relacionadas al área	110
4. Respuesta de la universidades	110
5. Conclusiones y recomendaciones	110

Ing. José del Carmen Bautista Perdomo

XII. Situación de las aguas y de los desechos sólidos	113
1. Introducción	113

2. Situación del agua potable en la República Dominicana	113
Agua potable en la Ciudad de Santo Domingo	116
3. Alcantarillados sanitarios y excretas	117
Alcantarillado Pluvial en la ciudad de Santo Domingo	119
4. Residuos Sólidos	123
5. Perspectivas	126

Por Ing. Roberto Castillo Tió

XIII. El saneamiento del ambiente y la salud de la población	
Plan regional de inversiones en ambiente y salud	127
Introducción	127
Antecedentes	129
Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud	129
Estrategias de implementación	131

Ing. Luis Alberto Leal

Quinta Parte

Comunidad y recursos humanos en salud 133

XIV. Formación Profesional y Salud Comunitaria	135
Introducción	135
1.1. La Comunidad	135
1.2. La organización de la Comunidad	136
1.3. Promoción de Recursos Humanos	136
1.4. La Universidad	137
1.5. Formación profesional y salud comunitaria	138
1.6. Conclusiones	139
Bibliografía	140

Dr. Miguel Suazo

XV. El IDDI, el Desarrollo y la Salud Comunitaria	141
Introducción	141
Punto 1: Es necesario fundamentar las políticas y acciones de desarrollo en principios claros, coherentes y justos	142
Punto 2: Promover la unificación de los sectores que componen la sociedad dominicana	142
Punto 3: El rol de las ONGs en el desarrollo nacional	143
Punto 4: Es necesario atender las causas de nuestros problemas y no solamente los síntomas	143
Punto 5: La salud comunitaria como catalizador de cambios	144
Punto 6: Conclusión	144

David Luther

XVI. Salud y participación comunitaria	147
1. El sistema dominicano de salud y la participación comunitaria	147

Dr. Onofre Rojas

Sexta Parte

Vigilancia epidemiológica y recursos humanos en salud..... 153

XVII. Principales problemas y retos para el desarrollo de la vigilancia epidemiológica en el país, la perspectiva de los niveles locales	155
--	-----

Dr. Fernando Rojas

XVIII. Avances y limitaciones del desarrollo de la capacidad de análisis de la situación de salud y condiciones de vida para la planificación y toma de decisiones de las intervenciones del sector salud	159
---	-----

Dra. Fátima Guerrero

Septima Parte

Economía campesina, medio ambiente y recursos humanos en salud..... 165

XIX. El campesino dominicano: cultura, ambiente y salud	167
Introducción.....	167
1. Crítica a algunos enfoques	167
2. La cultura campesina	169
3. Cultura y gestión ambiental	172
4. Crisis de los sistemas campesinos	179
5. Racionalidad Campesina	180
6. El desarrollo sustentable en las sociedades locales rurales	181
Bibliografía	184

Pedro Juan del Rosario

Américo Badillo

XX. Ambiente y Salud	187
1. Aspectos Históricos de Ambiente y Salud.....	187
2. El Ambiente como Factor Precipitante de Salud/Enfermedad	188
3. Algunas experiencias en programas conjuntos de ambiente y salud	189
Bibliografía	193

Dr. Rafael Fernández Lazala

XXI. Medio Ambiente y la Salud en la República Dominicana.....	195
Alteraciones del medio ambiente y sus potenciales y reales efectos en la salud	196
La situación ambiental y la salud en la República Dominicana	196
Bibliografía	201

Hugo R. Mendoza

XVIII

Avances y limitaciones del desarrollo de la capacidad de análisis de la situación de salud y condiciones de vida para la planificación y toma de decisiones de las intervenciones del sector salud

*Dra. Fátima Guerrero**

Se me ha solicitado que aborde en este foro los avances y limitaciones para el desarrollo de la capacidad de análisis de la situación de salud como una base de apoyo a la planificación y toma de decisiones de las intervenciones en el sector salud. Pienso que este es un reto, y a la vez una oportunidad de contribuir a generar un conjunto de interrogantes que nos muevan a la reflexión sobre la problemática del quehacer epidemiológico en nuestro país y que contribuyan a la búsqueda de más alternativas a su orientación.

Es difícil hablar de las perspectivas de desarrollo de un área de la Epidemiología sin tocar, aunque de manera tangencial, la historia de la práctica epidemiológica y el papel que los propios salubristas han venido jugando en su conformación. Intentaré por tanto iniciar esta ponencia haciendo un breve recuerdo histórico (aunque incompleto por ahora), de la conformación de las unidades de la Epidemiología en el país y su desarrollo; posteriormente intentaré resumir algunas de las diferentes propuestas metodológicas para el estudio de la situación de salud de la población y por último me referiré a los avances y limitaciones para el análisis de la situación de salud como apoyo a los procesos de planificación de salud.

El desarrollo histórico de la Epidemiología en la República Dominicana es en cierta medida semejante, salvo algunos pequeños desfases

temporales, al de América Latina y otras islas del Caribe. En todos estos países, la influencia de las potencias centrales, especialmente, de los Estados Unidos de América, fue decisiva en la orientación de una práctica, así como en la conformación de los servicios de Salud Pública y Epidemiología.

La Unidad de Epidemiología de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), describe brevemente en uno de los documentos del "Seminario Usos y Perspectivas de la Epidemiología", algunos rasgos definitorios de la práctica epidemiológica en América Latina en el siglo XX. Veamos: ... "En los inicios de este siglo, la práctica epidemiológica en América Latina y el Caribe se orientó fundamentalmente a reforzar las actividades de cuarentena de ciertas enfermedades, con la meta de organizar su notificación internacional y tener así un mayor control y limpieza de los puertos por donde se exportaban materias primas, y llegaban mercancías. En esta época, la Epidemiología y la salud pública centraban sus actividades en la cuarentena, la implantación del reglamento sanitario internacional y la vigilancia, y que coincide con la radicación de capitales en los países para el desarrollo de los cultivos de caña de azúcar, café, algodón, banano y otros.

Durante la primera parte del siglo XX, los servicios de salud de América Latina, concentraron su práctica epidemiológica en la

* Médico, epidemiólogo.

organización de luchas y campañas aisladas unas de otras, más o menos bien organizadas, como de la viruela, malaria, fiebre amarilla, peste, tuberculosis, y otras enfermedades, generalmente tropicales, emergentes. República Dominicana no siguió a ese modelo.

Después de la Segunda Guerra Mundial, muchos países de la región fueron planteando tímidamente una nueva práctica epidemiológica que se inició esencialmente como un movimiento universitario, en frecuente y estrecha relación con la Medicina Clínica. En esta época surgieron en el continente los departamentos de Medicina Preventiva y Social de las Facultades de Medicina, donde la práctica de la Epidemiología adquiere una dimensión desconocida hasta entonces, y en los que se intenta dar una explicación del fenómeno salud-enfermedad basándose en la distribución de las enfermedades. En la República Dominicana, sin embargo, los departamentos de Medicina Preventiva surgen posteriormente, en la década de lo sesenta. En la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), específicamente del Departamento de Medicina Preventiva fue producto de los cambios organizacionales que acompañaron la transformación curricular que ejecutó el Movimiento Renovador de la revuelta de Abril de 1965.

A pesar de que desde 1955 los Centros de Control de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América, impulsaron un sistema de vigilancia epidemiológica basado en la recolección sistemática de datos relacionados con la presencia de una enfermedad específica, el análisis e interpretación de la misma y la distribución de la información procesada y resumida a las personas que tenían como función actuar, no es sino a partir de la década de los 60's que en América Latina se comienza a hablar con insistencia de los sistemas de vigilancia epidemiológica, impartiendo dinamismo a la tradicional notificación de enfermedades transmisibles.

El seminario sobre Vigilancia Epidemiológica celebrado en Brasil en la década de los 60's, contribuyen a propiciar el desarrollo de estos sistemas en algunos países, los cuales para esa época eran altamente centralizados.

Sin embargo, estos sistemas de vigilancia, que se centraron en los niveles centrales de los ministerios, se limitaron al desarrollo de la capacidad de detección de brotes epidémicos, y al monitoreo de los programas de control en el mejor de los casos, en República Dominicana.

Aunque la División de Epidemiología fue creada en nuestro país alrededor de la década de los 50's, la Unidad de Vigilancia Epidemiológica, se llega a formar en 1981 con bastante rezago en relación a otros países de América Latina, y a diferencia de algunos de ellos con ausencia de una infraestructura de apoyo que permitía mínimamente el desarrollo de la vigilancia de enfermedades. De esta manera, la carencia de apoyo oficial al desarrollo de la vigilancia epidemiológica se reflejó en la incapacidad de los servicios de dar respuestas rápidas a los problemas puntuales que ocurrían en el territorio nacional.

Ya para esa época, finales de los 70's, cuando estaban en boga esos sistemas de vigilancia que detectaba muy tempranamente brotes, retroalimentaban, etc., etc., en Venezuela ya tenían unidades de computador, tenían un cierto desarrollo de lo que era vigilancia epidemiológica, incluso daban cursos en esa área, y muchos otros países, aún cuando siempre se cuestionaba que en ninguno de los países de América Latina la vigilancia epidemiológica como tal funcionó muy adecuadamente, comparada con República Dominicana, podíamos decir que aquí no había una voluntad política de intentar desarrollar ni siquiera la vigilancia a nivel central.

Lo que quiero aclarar y puntualizar, es que el momento en que ya se crea una unidad de vigilancia epidemiológica en República Dominicana, ya otras ideas mucho más avanzadas estaban surgiendo en algunos países de Latinoamérica como vamos a ver más adelante; y precisamente ya en 1982, se hace un taller de vigilancia epidemiológica, aquí en el país recuerdo que fue en abril de 1982 en el cual, participaron del Dr. Breilh que está aquí presente, el Dr. Pedro Castellanos, el Dr. Arturo Romero, y donde los grupos de trabajo insistieron en la vigilancia de grupos, estamos hablando de 1982, estamos en el 1993, y en ese

tiempo se reportó en la relatoría del taller la necesidad de comenzar a hacer vigilancia de grupos más que de enfermedades. Aquí no se llegó a desarrollar la vigilancia de enfermedades, diría que una de las razones fue que no había un apoyo en los años 70's.

Además lo que es la visión vertical de lo que es el sistema de salud, pues, también la propia tecnología a veces fuerza a que se desarrollen diversos tipos de modalidades, entonces, la tecnología en ese tiempo la que más abundaba era la tecnología del "Mainframe" y casi nadie podía tener acceso a un computador, entonces lo que se veía era la visión de computadoras que se concentraba a niveles centrales. En esos países habían equipos, no era una persona sino varias personas encargadas del área de vigilancia, existía una infraestructura, existían recursos, existían teléfonos directos, y eso en la división de epidemiología hasta hace pocos años ni siquiera existía, es decir, y es importante que esto quede claro porque realmente no desarrollamos ni siquiera lo que fue la vigilancia de enfermedades, son los momentos en los cuales en otros países se hizo el intento, insisto, en la parte de vigilancia, porque realmente, la práctica en el área epidemiológica, además que ha estado concentrado en enfermedades, ha estado concentrado más que todo, en lo que es el uso de la epidemiología como disciplina diagnóstica de la Salud Pública, más que aprovechar toda la riqueza de la epidemiología para contribuir a mejorar la situación de salud, la calidad de vida de la población. La mayoría de los salubristas entendemos que hacemos epidemiología porque estamos dirigiendo programas y lo que estamos haciendo es gerencia de programas más que nada y eso es un problema que pienso que debemos debatir, porque estamos deformando un poco. No estamos diciendo que no sea importante la gerencia de programas, yo pienso que es sumamente importante, pero es importante que estemos claros también, qué tipo de práctica es la que estamos desarrollando, si la práctica que estamos realizando es práctica epidemiológica o si es una práctica para desarrollar elementos de gestión, que son muy importantes para la optimización de los servicios de salud.

Hay una serie de propuestas de análisis de situación de salud, o de estudio de la situación de salud desde otra perspectiva, me van a permitir que yo les lea algo:

Los avances en el conocimiento epidemiológico, así como los aportes de las distintas escuelas del pensamiento en salud, que se produjeron en la década pasada en América Latina, han servido de base para el cuestionamiento de una práctica que a lo largo de los años ha estado centrada en las enfermedades.

El cuestionamiento a la utilización de la morbilidad y la mortalidad como punto de partida al estudio de la problemática de salud de la población, se hizo más evidente en la década de los 70's. Surge entonces, el enfoque de la salud-enfermedad como proceso y propuestas de abordaje al estudio de este proceso que parte del análisis de clase o de grupos sociales. Cabe destacar los aportes que sobre el abordaje al estudio del proceso salud-enfermedad y sus determinaciones han hecho Laurell, Franco y Breilh, entre otros; este último, con la introducción de la noción de perfil epidemiológico y su explicación del proceso de reproducción social como categoría de análisis, permite sistematizar el estudio de los condicionantes directos de la calidad de vida de la colectividad, de sus clases sociales o de sus grupos.

La necesidad de desarrollar nuevas estrategias y nuevos abordajes para el estudio de la situación de salud de los diferentes grupos, se han concretizado en varias líneas, dentro de las cuales caben destacar:

1. La propuesta del programa de análisis de la situación de salud y sus tendencias de la OPS, que parte de un proceso de estatificación de la población, con base en unidades especiales pequeñas, coincidentes con las unidades de registro y del censo, las cuales puedan ser reagrupadas en estratos en función de variables. Se considera que en la medida en que dichas variables expresan condiciones de vida, los estratos se corresponderán con poblaciones cuya homogeneidad interna relativa será mayor que la existente entre estratos.

2. El CEAS, de Ecuador, ha estado ensayando una metodología en la cual se estratifica al país en zonas homogéneas, partiendo de las diferencias climáticas, de las formas predominantes de desarrollo de la estructura económica y según la concentración urbana. Así se elabora una matriz que combina los tres criterios de regionalización del país. Reconoce también la necesidad de incorporar la categoría reproducción social, modalidades de trabajo-consumo, reproducción de las formas de organización social, y de las relaciones sociales predominantes, y las ideas de prácticas distintivas de los grupos sociales.
3. Otras propuestas, como la vigilancia de sitios centinelas, se han estado ensayando en Centroamérica y México. Esta metodología, según los autores, permite efectuar la medición de los problemas de salud más frecuentes y, al mismo tiempo, apoyar el proceso descentralizado de planificación. Plantea, en este sentido, ciclos breves de recopilación de tres categorías de datos de impacto, cobertura, costos, sobre algunos problemas prioritarios de salud.

Las distintas líneas de abordaje citadas, además de otras que se están trabajando en estos momentos, intentan apoyar los procesos de planificación de las intervenciones en salud desde diferentes perspectivas. Las más avanzadas intentan estudiar la generación de salud con visión totalizadora, las condiciones de vida de la población y en consecuencia, sus patrones de salud-enfermedad.

Es decir, que yo traté más o menos de resumir, quizás de una manera un poco reduccionista, algunos de los principales trabajos que se han estado haciendo en relación al abordaje del estudio de la situación de salud, partiendo de la perspectiva de los grupos de estudio, de grupos sociales o de clases sociales y si partiendo de las condiciones de vida, identificando las variaciones que se van dando en la población en función de eso.

Entonces, los aportes conceptuales y metodológicos que desde la Salud Pública y

básicamente desde Epidemiología, se han producido en América Latina en las últimas décadas, representan un avance en diferentes grupos, que conforman nuestras sociedades. Sin embargo, la adopción de cualquiera de estas metodologías representa un desafío para los servicios de salud y para los epidemiólogos, especialmente en nuestro país.

En un intento de propiciar la discusión del grupo aquí reunido intentaré destacar, sin ser exhaustiva, algunas experiencias que en nuestro país se han limitado en el mejor de los casos a dar respuestas parciales frente a los problemas puntuales, que se han presentado en las poblaciones, como por ej., medidas de control frente a brotes. Se debería continuar la búsqueda conceptual sobre nuevas formas de pensar la salud, y sobre todo la Salud Pública. Es decir, algo de lo que planteaba anteriormente de que había problemas de tipo conceptual y metodológico, yo pienso que nosotros tendríamos que hacernos un cuestionamiento, una crítica, buscar los condicionantes a este tipo de respuestas que estamos dando los epidemiólogos. Pienso también, que en la medida que tomemos conciencia y cuestionemos una práctica que nosotros hemos estado desarrollando iremos avanzando.

Es perentoria la reorientación del Sistema de Información en Salud, de manera que deje de ser un fin en sí mismo y se oriente a satisfacer las necesidades de información de cada nivel de la estructura de servicios, es decir, que se produzca la información, pertinente para la toma de decisiones, no es límite a la resolución de los problemas de salud de las poblaciones, entendidos en sentido amplio.

Se debe rescatar y desarrollar la capacidad de análisis de los equipos de salud locales y yo sugiero mediante programas de educación permanente y de capacitación en servicio. Pienso que se debe trabajar hacia la cohesión de grupos de trabajo, equipos de trabajo, alrededor de lo que será el estudio de la situación de salud de pequeños grupos a nivel de sus áreas de responsabilidad, es una forma también de ir creciendo en Epidemiología, de ir actualizándonos y de ir realmente comenzando a desarrollar una práctica íntima.

Otro punto, es el desarrollo a nivel central, nosotros planteamos que la visión de Vigilancia Epidemiológica, debería trascender hacia lo que sería la vigilancia de la salud, es decir, que ya sería un concepto mucho más amplio y que realmente las nuevas concepciones sobre lo que es la Salud Pública, sobre lo que es la salud, van en esa dirección. El hecho de que comience ya a nivel central lo que es vigilancia de la salud, y que pueda asumir lo que es el estudio de la situación de salud de grupos de servicios, no quiere decir tampoco que se decide lo que es la vigilancia de enfermedades pero que no nos limitemos sólo a hacer una mala vigilancia de enfermedades.

Igualmente lo que es la evaluación del impacto de las intervenciones de salud que realmente nunca lo analizamos y que esa área también tuviera que facilitar a lo que es el apoyo en los niveles locales, es decir, hay una propuesta que anda en camino, un proyecto que ha sido atacado por algunos grupos, pero que yo pienso que es bueno para sacar a discusión una serie de cosas donde precisamente el planteamiento es ese, porque la primera pregunta que nos tendríamos que hacer es si estamos haciendo Epidemiología, o si hemos hecho Epidemiología, si nuestra práctica se corresponde con lo que es la Epidemiología? y a partir de ahí entonces pensar si se corresponde, si es muy limitada o no, y si no se corresponde, entonces plantearnos cómo comenzar a desarrollar una práctica epidemiológica. Como aquí no hay un desarrollo de todo lo que son las nuevas corrientes de pensamiento en el área de salud, indiscutiblemente vamos a tener limitaciones pero si no comenzamos a trabajar no nos vamos a desarrollar, si no trabajamos en Epidemiología no nos vamos a desarrollar en Epidemiología, es decir, nos vamos a desarrollar en otras áreas y haciendo trabajos importantes pero no en el área de Epidemiología.

Y por último, planteamos que se deben establecer mecanismos para la promoción y el apoyo desde el nivel central en la ejecución de investigaciones que permitan aproximarse al estudio de salud de los diferentes grupos así como el desarrollo de nuevas metodologías para el abordaje de los problemas de salud.

Yo he tratado de no ser muy exhaustiva, porque pienso que lo más importante es que se genere la discusión en el foro, pero quisiera destacar los puntos centrales que yo planteo para fines de debate o de que me "tiren piedras" o lo que sea. Si, yo planteo que tendríamos que partir de lo que es el cuestionamiento a nuestra práctica, si nos fuéramos a analizar en qué momento nos quedamos en lo que es el desarrollo histórico de la Epidemiología, yo pienso que nos quedamos bastante atrás. En este sentido lo que expuse anteriormente con relación a la vigilancia de enfermedades, me permite concluir que estamos sumamente rezagados, entonces el reto sería dedicar todas nuestras energías a comenzar a desarrollar la vigilancia de enfermedades únicamente, o partimos de comenzar y una visión sobre lo que es la vigilancia de la salud y comenzar a enfocar desde una perspectiva distinta, esta debería ser nuestra meta.

Otros cuestionamientos tendrán que ver con las posibilidades de desarrollo del análisis de situación de salud de los niveles locales, todas las propuestas que sirven y se plantean como táctica operacional para "salud para todos del año 2,000". Que entiendan todos cual es el apoyo para los procesos de desconcentración y descentralización; lo que es la participación social; todo lo que es la incorporación del salubrista a estos cambios, ¿En qué medida estamos nosotros siendo capaces de organizar un trabajo con organizaciones populares y apoyar esas organizaciones?

Tanto para la vigilancia, como para el estudio de una serie de fenómenos que ocurren en una comunidad, estos serían los puntos sobre los cuales debemos reflexionar. Por otro lado lo que tendría que ver con el cambio de las funciones del Departamento de Epidemiología. Yo planteaba, estando en epidemiología que no estábamos haciendo epidemiología y cuestionaba con relación a las organizaciones, que mientras nosotros tuviéramos a nuestro cargo el dirigir un programa de control, estos nos iban a ahogar. Siempre se me dijo que no, que eso no era así, yo planteaba que deberían trabajarse y desarrollarse áreas dentro de lo que son las

líneas fundamentales de la epidemiología en el departamento, siempre se consideró que no, pero yo veo a cuatro años de haber salido de la SESPAS, que nada ha cambiado. Entonces realmente yo considero que la propia unidad epidemiológica necesita reorganizarse y reestructurarse para que no se dirija a simplemente a todo lo que es la dirección de

programas de control, sino que se orienten hacia lo que es evaluación de impacto de epidemiología, estudio de análisis de situación de salud, que se oriente a lo que realmente son los aportes que podemos dar desde la perspectiva de la epidemiología hacia todas las otras disciplinas.