



Anales de la Facultad de Medicina

ISSN: 1025-5583

anales@unmsm.edu.pe

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Perú

Murillo, Juan Pablo; Mendoza, Walter; Franco, Gustavo
¿Quo vadis Salud Pública? Discurso y práctica de la Salud Pública en el Perú y su auge universitario
en la década de los noventa

Anales de la Facultad de Medicina, vol. 61, núm. 2, 2000, pp. 146-160
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37961207>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

¿Quo vadis Salud Pública?

Discurso y práctica de la Salud Pública en el Perú y su auge universitario en la década de los noventa

JUAN PABLO MURILLO, WALTER MENDOZA y GUSTAVO FRANCO
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina - UNMSM.

RESUMEN

Desde mediados de la década pasada, en el Perú se ha venido dando un rápido incremento en la oferta de postgrados en Salud Pública y áreas conexas. Considerando que un significativo número de profesionales han egresado de estos programas, cabe preguntarse si podemos hablar de una colectividad intelectual en este campo del conocimiento. El análisis de los componentes que integran un colectivo intelectual muestra que en los espacios académicos del país, la Salud Pública expresa una peculiar forma de asimilación premoderna del discurso positivista. Así, la Salud Pública nunca pudo ser asimilada en una práctica y memoria colectiva institucional que le permitiera erigirse como un discurso moderno. El escenario de la última década ratifica que el núcleo del problema es de índole cultural. La cultura premoderna de nuestras instituciones académicas hace que los postgrados no contribuyan a la necesaria generación de un colectivo que permita un desarrollo relevante de la Salud Pública peruana.

Palabras claves: Salud Pública, Educación; Perú; Medicina Social; Positivismo; Sociología de la Ciencia.

¿QUO VADIS PUBLIC HEALTH? DISCOURSE AND PRACTICE OF PUBLIC HEALTH IN PERU, AND ITS UNIVERSITARY APOGEE IN THE 1990'S

SUMMARY

In Peru since mid 1990s it has there been a rapid increase in the offering of Postgraduate Programmes in Public Health and related fields. Taking into account that a significant number of professionals has graduated from these programmes, it is mandatory to state the question of whether can we talk about an intellectual collectivity in this knowledge field or cannot. The analysis of the components that integrate an intellectual collectivity shows that in the academical field of our country, Public Health expresses a peculiar way of pre-modern assimilation of the positivist discourse. Therefore, public health has never been assimilated into a practice and an institutional collective memory that allow it to set up as a modern discourse. The stage of the last decade confirms that the core of the problem is of cultural nature. The premodern culture of our academical institutions makes that the postgraduate programmes do not contribute to the necessary generation of a collectivity that allows a relevant development of the peruvian Public health.

Key words: Public Health, Education; Perú; Social Medicine; Positivism; Sociology of Science.

“Toda ciencia y todo procedimiento necesitan

de la crítica para ser y hacerse...”

Carlos Alberto Seguín

Correspondencia:

Dr. Juan Pablo Murillo Peña
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública
Facultad de Medicina - UNMSM.
Av. Grau 755. Lima 1, Perú
E-mail: epigroup@hotmail.com



Fig. N° 2.- (Lwów 1896 - Ness-Ziona 1961). El médico judío-polaco Ludwik Fleck es hoy reconocido como un pionero de la tendencia constructivo-relativista en la filosofía de la ciencia y de la aproximación sociológicamente-orientada para el estudio de la evolución del conocimiento científico y médico. La perspectiva analítica de Fleck pone énfasis en los condicionantes externos de la ciencia. Fleck establece los conceptos de "estilo de pensamiento" y "colectivo de pensamiento", que resultarán inspiradores para Thomas Kuhn, quien en el prólogo de su famosa obra *La Estructura de las revoluciones científicas* (1962), lo redescubre.

INTRODUCCIÓN

En el Perú, la Salud Pública (SP) ha sido uno de los campos de mayor expansión en el espacio académico de postgrado durante los años noventa. Hacia el año 1994, tan sólo existía un postgrado de SP en el país; seis años más tarde tenemos alrededor de treinta* en universidades de todas las regiones del país, además de otros proyectos educativos en distintas fases de implementación. Como consecuencia, existen en la actualidad cientos de profesionales con formación de postgrado en SP y áreas afines que desarrollan sus actividades en distintas instituciones y niveles vinculados al sector salud.

Implica este creciente número de postgrados y de profesionales egresados, la existencia de una comunidad académica de SP en el Perú?. Si esta existe, ¿cómo se origina y desarrolla?, ¿qué proyecto tiene?, ¿cuál es su agenda de debate?, ¿cuáles son sus perspectivas a futuro?. En el presente ensayo formulamos algunas aproximaciones a estas interrogantes, con base en el análisis de algunos rasgos de la práctica académica de la SP en el Perú y en criterios estable-

cidos por la sociología de la ciencia. Acogemos esta perspectiva en tanto nos permite rastrear los condicionantes socio-culturales en la producción del conocimiento sanitario y sus posibles desarrollos institucionales.

ELEMENTOS QUE CONSTITUYEN UN COLECTIVO INTELECTUAL Y CIENTÍFICO

El ejercicio de la ciencia, más que una actividad individual y abstracta, es ante todo una construcción social, lo cual supone de un contexto socio-cultural que la hace posible. El desarrollo de la práctica intelectual y científica, en tanto proceso social, ha sido motivo de reflexión desde distintas perspectivas. Una de las más conocidas es la que propone Thomas Kuhn, con su famoso concepto de *paradigma* (1962), al analizar el cambio en las ideas predominantes en la ciencia⁽¹⁾, dándole así un carácter socio-histórico al desarrollo del conocimiento científico.

Sin embargo, es Ludwig Fleck quien ya había establecido claramente el contexto socio-cultural que define el ejercicio de una disciplina. Es decir, que un integrante de un colectivo intelectual debe estar formado de un modo tal que le permita asimilar las prácticas, conocimientos, supuestos e imaginario cultural que definen su disciplina, como parte de una comunidad de referencia constituida por individuos e instituciones⁽²⁾.

Fleck señala que es la existencia de un modo de pensar específico, al cual denomina *estilo de pensamiento*, lo que define a una comunidad o *colectivo de pensamiento*. Es decir, una colectividad intelectual es aquella que cuenta con historia, cultura, noción de identidad, referentes institucionales, agenda de investigación y objetivos centrales compartidos sobre la práctica de la disciplina. Lo anterior, no necesariamente implica una total uniformidad conceptual y práctica, sino más bien explica la existencia de un eje cultural (símbolos, ritos de iniciación, jerga, etc.) que ordena a la disciplina otorgándole identidad específica.

Siguiendo a este autor, el colectivo de pensamiento en SP aludiría a la comunidad de salubristas, y como estilo de pensamiento, al conjunto de supuestos y acuerdos respecto de una forma particular de ver el mundo (*weltanschauung*) sobre la cual se construye su edificio teórico. Es importante remarcar que estas categorías parten de conceptos epistemológicos concretos, en el sentido que el saber nunca es posible por sí mismo, sino bajo la existencia de ciertas presunciones sobre el objeto, tal como lo plantean Schäfer y Schnelle⁽³⁾. Estos supuestos no pueden hacerse comprensibles *a priori*, sino sólo como un producto histórico y social de la actuación de un colectivo de pensamiento.

* Incluyendo maestrías de Epidemiología, Salud Reproductiva, Gerencia Social y Gobierno en Salud.

Para Fleck, el progreso del conocimiento consiste en el desarrollo colectivo del *estilo de pensamiento*, y plantea que este proceso tiene tres etapas: instauración, extensión y transformación del estilo de pensamiento. Sugiere además que “la tradición, la formación y la costumbre” son los factores que dan origen a una disposición para percibir y actuar conforme a un estilo. Exonerándonos de un comentario más extenso sobre los supuestos epistemológicos de los planteamientos de Fleck, resulta pertinente proponer que la existencia y viabilidad del colectivo dependen de un proceso en el cual la creación de condiciones para su afirmación, como la generación de conocimiento, es esencial para el adoctrinamiento de los nuevos integrantes del colectivo y para su crecimiento.

Interpretando lo anterior, si asumimos que la expansión de los postgrados relacionados con la SP implica la expresión de un colectivo de pensamiento académico, debiéramos constatar la existencia de un conjunto de consensos identificables, expresados en una producción científica en esta área como producto concreto de un estilo de pensamiento.

Planteamos como hipótesis que el crecimiento de la oferta de postgrados en SP, constituye en realidad un proceso de expansión inorgánica de la oferta educativa, no teniendo como base un colectivo intelectual con una producción de investigaciones que le den sustento teórico. Por lo tanto, no existe una base de problemas de investigación que conduzca a una agenda de debate.

En la búsqueda de indicios para contrastar esta hipótesis, repasaremos algunas expresiones de la práctica académica de la SP, analizando algunos procesos que consideramos significativos para identificar la presencia de un colectivo y estilo de pensamiento en su interior.

EL “BOOM” UNIVERSITARIO DE LA SALUD PÚBLICA

La expansión de la SP en el sector universitario coincide con el proceso de recuperación y fortalecimiento de capacidades del sector salud, donde el diseño y ejecución de nuevas iniciativas demandaba recursos humanos calificados en diversas áreas vinculadas con el quehacer sanitario. Este escenario sectorial conflujo con el interés de una institución académica, con experiencia en el área, en expandir su oferta de servicios, establecer liderazgos en la formación de recursos humanos y convertirse en referente académico, generando como respuesta una propuesta de postgrado orientada a satisfacer la demanda no atendida. Posteriormente otras universidades vieron la posibilidad de capitalizar la oportunidad y acceder al floreciente mercado de capacitación.

Un segundo momento correspondió a la progresiva extensión de la oferta al ámbito nacional, principalmente a partir de las denominadas “maestrías descentralizadas”. Universidades locales sin mayor desarrollo en el área ni experiencia de investigación en SP, salvo pocas excepciones, organizaron sendas maestrías mediante sistemas de convenio o de tercerización de servicios. Este esquema fue reproducido también por algunas Direcciones Regionales del Ministerio de Salud. Como consecuencia de ello, el país cuenta actualmente con una treintena de maestrías relacionadas directa o indirectamente con la SP (ver Tabla N° 1).

Este proceso se acompañó de una diversificación de la oferta en torno a la temática de Salud Pública. Así, se crean nuevas maestrías en administración y gerencia de servicios, economía de la salud, proyectos sociales y temáticas afines, como demografía, salud reproductiva y salud ocupacional. Al parecer, el inicial interés en una temática comprehensiva fue cediendo paso a aspectos especializados de aquella, más acordes con las demandas de un mercado que crecientemente exigía de instrumentos para resolver sus necesidades institucionales.

A este punto, es menester introducir una breve discusión con relación al objetivo que debe tener una maestría en tanto mecanismo de acreditación académica, que en términos puntuales busca formar investigadores y docentes en un área particular, los que a partir de la generación de nuevo conocimiento enriquecen su labor formativa de nuevos investigadores. A la luz de esta premisa, es posible afirmar que las demandas institucionales planteaban en cambio requerimientos de tipo operativo-instrumental (para “mejor hacer”), propios de ser cubiertos con programas de segunda especialización. Este desencuentro entre la demanda institucional y la oferta académica acabó por desnaturalizar la esencia de las maestrías, que en un ánimo de satisfacer las demandas del mercado, introdujeron de manera inorgánica contenidos “profesionalizantes” en desmedro del ejercicio del razonamiento y profundización teórica necesarios para alcanzar el nivel de una maestría.

Los postgrados de SP no fueron capaces de resolver adecuadamente aquella contradicción, con el resultado que los programas de maestría no cubrían las exigencias de teorización y problematización necesarias para generar nuevas líneas de investigación, por un lado, pero tampoco podían responder a las exigencias de instrumentación para las cuales no estaban diseñados. Paradójicamente, y lejos de una reflexión crítica, se generaron nuevas maestrías, esta vez con un perfil explícitamente profesionalizante. Adicionalmente, las universidades generaron toda una gama de propuestas denominadas “flexibles”, basadas en la redistribución y disminución de horas presenciales, destinadas a satisfacer las posibilidades de tiempo de sus potenciales participantes, más que a mantener y fortalecer las exigencias de rigor académico.

ACERCA DE LA PROPUESTA DE FORMACIÓN ACADÉMICA

Si analizamos el manejo de las propuestas de formación, encontraremos al menos dos espacios problemáticos claramente diferenciados, los planes de estudio y las actividades lectivas. Se aprecia la carencia de unidad en los contenidos que constituyen los planes de estudio, pero también un manejo artesanal de la gestión educativa de los mismos. De otro lado, resulta notable la limitada transferencia de capacidades para el desarrollo de investigaciones en el marco de las actividades lectivas, hecho que se traduce en que existe hasta el momento una baja proporción de graduados con tesis. En el fondo, el problema radica en que no existen propuestas institucionales serias en materia de investigación, lo que se articula con problemas en el diseño y la gestión de los programas de maestría.

Lo descrito forma parte de un patrón de manejo institucional influenciado no sólo por la coyuntura, sino también por una distorsión de la forma como se está concibiendo la formación de postgrado en el país, que explicita la cri-

sis de un sistema universitario carente de planificación, de bases científico-tecnológicas y de articulación social. La universidad y sus postgrados de SP no escapan de la premodernidad que envuelve a la mayoría de instituciones del país. Lo dramático de esta situación es que resulta ser un problema persistente. Así fue advertido por Paz Soldán en la década de los treinta, cuando refiriéndose a la organización de una propuesta de formación de recursos humanos en SP aludía a la necesidad de implementar procesos de acumulación de capacidades institucionales (4).

LAS MAESTRÍAS Y LA PRODUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA

Hemos señalado que la producción de nuevo conocimiento en SP es esencial para alimentar la identificación de nuevos problemas sobre los cuales giran tanto la labor formativa, como el propio desarrollo de la investigación. Así, la generación de conocimiento se constituye en un indicador de la actividad del colectivo de pensamiento, esperándose que un

Tabla N° 1.- Maestrías en Salud Pública y áreas afines existentes actualmente en el país.

Universidad	Ubicación	Denominación de la Maestría	Total
Univ. Nacional de Piura	Piura	Maestría en Salud Pública	11
Univ. Nacional de Trujillo	La Libertad		
Univ. San Luis Gonzaga de Ica	Ica		
Univ. Nacional Federico Villarreal	Lima		
Univ. Nacional Mayor de San Marcos	Lima		
Univ. Peruana Cayetano Heredia	Lima		
Univ. San Martín de Porres	Lima		
Univ. Católica de Santa María	Arequipa		
Univ. Nacional San Agustín de Arequipa	Arequipa		
Univ. Nacional San Cristóbal de Huamanga	Ayacucho		
Univ. San Antonio Abad del Cusco	Cusco		
Univ. Nacional Daniel A. Carrión	Pasco	Maestría en Ciencias de la Salud - mención en Salud Pública Comunitaria	Áreas afines
Univ. Peruana Cayetano Heredia	Lima	Maestría en Gerencia y Gobierno en Salud	
Univ. Nacional del Altiplano	Puno	Maestría en Administración de Servicios de Salud	
Univ. Peruana Cayetano Heredia	Lima	Maestría en Demografía	
Univ. Nacional Mayor de San Marcos	Lima	Maestría en Economía de la Salud	
Univ. Nacional Mayor de San Marcos	Lima	Maestría en Epidemiología	
Univ. Nacional Federico Villarreal	Lima	Maestría en Farmacodependencia	
Univ. Peruana Cayetano Heredia	Lima	Maestría en Farmacodependencia	
Univ. Pedro Ruiz Gallo	Chiclayo	Maestría en Gerencia de Servicios de Salud	
Univ. Nacional Mayor de San Marcos	Lima	Maestría en Gerencia de Servicios de Salud	
Pontificia Universidad Católica del Perú	Lima	Maestría en Gerencia Social	
Univ. Peruana Cayetano Heredia	Lima	Maestría en Gestión Pública / Programas Sociales	
Univ. Nacional de la Amazonía Peruana	Iquitos	Maestría en Gestión Pública / Programas Sociales	
Univ. Nacional de Ucayali	Ucayali	Maestría en Gestión Pública / Programas Sociales	
Univ. Nacional de Cajamarca	Cajamarca	Maestría en Gestión Pública / Programas Sociales	
Uni. Santiago Antúnez de Mayolo	Ancash	Maestría en Gestión Pública / Programas Sociales	
Univ. Nacional Mayor de San Marcos	Lima	Maestría en Salud Ocupacional	
Univ. Nacional Mayor de San Marcos	Lima	Maestría en Salud Reproductiva	

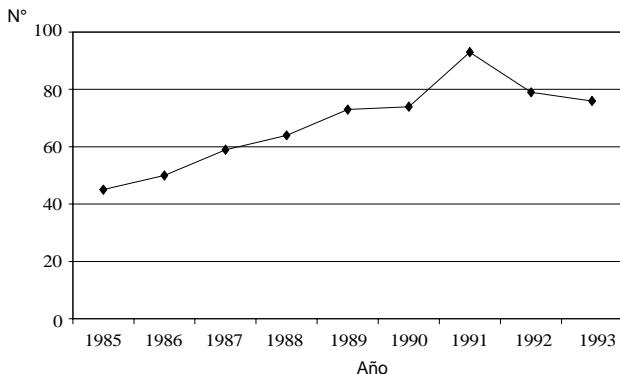


Fig. N° 2.- Evolución de las publicaciones peruanas en SP y áreas afines en revistas nacionales y extranjeras, 1985-1993.

Fuente: Referencia 6. Elaboración de los autores.

escenario académico de postgrado en expansión se corresponda con una tendencia incremental de publicaciones, como expresión de la dinámica de investigación de un grupo académico cada vez más numeroso.

Si bien es un aspecto poco explorado, podemos suponer que la baja proporción de graduados de los programas de maestría de SP se corresponde con una baja producción de investigación en el área, al compartir la misma debilidad estructural general de los programas de postgrado en el país, donde hacia 1994 el porcentaje de graduados no superaba el 5%⁽⁵⁾, situación que aún no parece resuelta. En el período que va de 1985-1993, período inmediatamente anterior a la expansión de la oferta educativa en postgrados de SP, Alarcón y col. muestran que la evolución en las publicaciones en SP presenta el comportamiento que describe en la Figura N° 2⁽⁶⁾.

El gráfico revela que hasta el año 1991, en que con motivo de la epidemia del cólera hay una mayor producción, existe una tendencia incremental en la cantidad de publicaciones en SP. Luego la producción rápidamente decrece hasta el año 93, momento en que se empiezan a organizar las primeras propuestas de postgrado en esta área. Esto sería un indicio que no es precisamente la producción de conocimiento lo que respaldaría la creación de postgrados.

Al respecto de las capacidades institucionales para la investigación en el período 1991-93, la Facultad de Medicina de la UNMSM tenía solamente un 4% de docentes con proyectos institucionales de investigación para todas las áreas médicas⁽⁷⁾. Para un período similar, el número de proyectos de investigación presentados por los docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia fue apenas un 5%⁽⁸⁾. Asimismo, una evaluación del CONCYTEC muestra que en 1998 los investigadores en salud pública en el país constituyan apenas el 5% del total de investigadores del área biomédica⁽⁹⁾.

Es evidente, a través de estas observaciones, que no es la presencia de una núcleo de investigadores en ejercicio la base real que pudiera sustentar la extensión de programas de postgrado en la segunda mitad de la década del noventa. De otro lado, las tendencias en análisis bibliométricos para los últimos 30 años, muestran que no existe producción científica relevante en el país⁽⁹⁻¹¹⁾, donde estamos en la zaga de otros desarrollos latinoamericanos.

Otra faceta es la ausencia de investigación en áreas de importancia crítica para la SP. Es el caso del proceso de reforma sectorial. Al respecto, Jacoby y Segura describen que para el período de 1992-1996 las universidades habían realizado sólo el 5,1% de las investigaciones sobre reforma en salud en el Perú⁽¹²⁾. Es decir, es notorio el desfase existente entre la investigación universitaria y las prioridades nacionales.

Según lo mostrado es evidente que la limitada producción de nuevo conocimiento en SP es un problema estructural pendiente de resolución. Como lo señala Arroyo: “*Un problema de fondo, por tanto, que frena estructuralmente los avances de corto y mediano plazo en la reformulación de la enseñanza en Salud Pública, es la escasa investigación nacional... pues a esta le compete construir en forma integradora el objeto socio-sanitario*”⁽¹³⁾.

Si no existe producción de conocimiento que exprese una práctica o reflexión relevante ¿Qué es en concreto lo que las maestrías de SP y afines transfieren a sus educandos?. Planteamos que sería un conjunto de discursos cambiantes en función de las diversas modas temáticas importadas críticamente, produciéndose una asimilación limitada de las mismas al carecer de reflexión y propuestas originales en temas de investigación relevantes para el país.

Además, nuestras maestrías de SP y áreas afines adolecen de una carencia de abordaje histórico a la práctica de la especialidad, que en nuestro medio es particularmente rica en experiencias, aportes originales, logros y fracasos que la configuraron. Este punto es especialmente crítico, dado que lo menos que se espera de una maestría de SP es una explicación de la realidad sanitaria del país, y sobre ello, una propuesta tanto en la teoría como en la práctica, expresada en conocimientos y herramientas para la transformación de esta realidad. Otra debilidad característica de las maestrías en SP es su fragmentación. No existe una red de instituciones formadoras de recursos humanos en SP, ni espacios de intercambio de experiencias.

Si quisieramos hacer un resumen de la situación anteriormente descrita, podríamos remitirnos al diagnóstico que hizo Frenk sobre la crisis de las escuelas de SP en América Latina, en la década del setenta:

“Hoy la educación en el campo de la SP atraviesa por una crisis que tiene múltiples manifestaciones: la baja calidad académica, la obsolescencia de las estructuras

organizativas, la desvinculación con la investigación y la práctica, la poca pertinencia a la definición de políticas de salud y la toma de decisiones, la carencia de normas que orienten la aparición de nuevos programas, el poco sentido de identidad que se refleja en las dispares nomenclaturas de programas y grados, la carencia de sistemas integrados para el desarrollo de recursos humanos” (14).

También Veronelli (15) hace mención a la crisis de las escuelas de SP, refiriéndose a que estos programas preparaban a los alumnos para ajustarse a las burocracias, más no para enfrentarse a los problemas.

Curiosamente, este contexto latinoamericano de crisis en la formación de recursos humanos en SP de los años setenta y ochenta, resulta similar al que se aprecia en el país actualmente, tal como lo señala Marticorena:

“Muchas universidades del país tienen Escuelas de Graduados que ofrecen programas de maestrías y doctorados, pero en la mayoría no se realizan investigaciones. Los títulos (sic) de Maestro y Doctor se entregan sin que los graduados hayan adquirido experiencia en investigación ...Como consecuencia de esta práctica, el estándar de calidad en la formación de los posgraduados ...resulta en promedio notoriamente inferior al de otros países ...se está engañando al país y a los propios titulados, por que sus trabajos no podrán competir con los de aquellos titulados en otros países donde la formación académica ha mantenido la conveniente calidad y dignidad...” (16).

Existen también otros rasgos que configuran un escenario premoderno de los postgrados, dentro de la crisis del sistema universitario. Piscoya Hermoza señala al respecto:

“Un signo inequívoco de crisis en una universidad es el olvidar que la verdad de las afirmaciones científicas no se establece mediante un acuerdo, por democrático que fuere, sino a través del descubrimiento y la creación que produce la investigación ...En muchísimos casos, la negociación de los requisitos del currículum, el ablandamiento extremo de las exigencias para optar grados académicos y títulos, la concesión de doctorados sin exigencia de actualización alguna, son los rezagos de un sistema que caducó hace 25 años ...todo ello ha implicado presuponer que la lógica de la ciencia y las exigencias de la verdad podían estar sujetadas a muy contingentes proyectos personales o de grupo, ignorando que así se desnaturaliza la enseñanza y se empobrece la función más alta de la universidad que es la de investigar para producir conocimientos...” (17).

Cabe entonces preguntarnos: si el sistema tiene problemas tan serios, **¿cómo es que logró construir un escenario de crecimiento, con limitadas bases conceptuales e institucionales? y ¿cómo pudo obtener un nivel de legitimidad a pesar de ofrecer una propuesta educativa con las características antes descritas?** La respuesta radicaría

en la particular coyuntura del sector salud, luego del quasi colapso operativo de inicios de los años noventa, que planteó la necesidad de contar con personal especializado para dirigir y operar el proceso de recuperación y posterior modernización institucional.

El espacio institucional privilegiado por la oferta de postgrado en SP fue el generado a partir de los proyectos de inversión, en el caso del MINSA. Siendo que una primera fase de los proyectos planteaba como necesario el desarrollo de investigaciones que permitieran un adecuado conocimiento de la problemática sectorial, es claro que uno de los requisitos fuera el contar con una acreditación de postgrado, lo cual supone competencias en investigación. No obstante, una segunda fase estaba más bien centrada en la ejecución y seguimiento de los planes de acción formulados, y los requerimientos apuntaban esta vez hacia habilidades especializadas en gerencia, operación y evaluación de proyectos.

Concomitantemente, se dio una reconfiguración del espacio laboral en las instituciones sanitarias, como parte de la implantación de nuevos esquemas de contratación, que incentivaron en los profesionales el interés de contar con una acreditación, sea para acceder a nuevos mercados de trabajo o para permitirles estabilidad y movilidad profesionales. En este contexto, la asimilación de conocimientos teóricos y herramientas técnicas relevantes resultan secundarias o marginales a la necesidad de acreditación.

El paso de una demanda institucional de recursos humanos orientada a cubrir necesidades de investigación, a una demanda mediada por la respuesta de diversos segmentos profesionales y expresada en la necesidad de manejar herramientas de gestión, fue muy rápido e impidió consolidar una respuesta coherente por parte de un sector universitario en crisis. Como consecuencia, las maestrías no pudieron satisfacer ni requerimientos de investigación, ni de manejo instrumental.

A diferencia de otros países de la región como Chile, Colombia, Argentina y Brasil, en los cuales la expansión del sistema de postgrado surge en la década del ochenta en el marco de un proceso de reforma del sistema universitario (18), el Perú ingresa de una manera tardía en dicho proceso, en el marco de un cambio de las políticas estatales en la educación superior donde el estado reducía paulatinamente su inversión en el sistema universitario (19), dejando que sea el mercado el que oriente la oferta de postgrado. El problema en el área de SP fue que el sector privado y posteriormente el estatal, respondieron en la mayoría de casos mediante lo que Lucio define como postgrados “de consumo”, es decir propuestas que, aunque se plantean en el papel la formación de investigadores o especialistas, son en realidad “*programas montados sobre la base de comunidades académicas endeble y inestables; su labor se centra en la “transmisión” de unos conocimientos de bajo nivel conceptual e instrumental y atraen a una clientela que busca fundamentalmente un título*” (20).

Podríamos ahora preguntarnos: ¿Por qué el desarrollo de la SP en el Perú se ha dado de forma tan *sui generis* y no hemos podido reproducir algunos desarrollos institucionales de países como Brasil, México y Chile? **Proponemos que el tipo de desarrollo de la SP que ha tenido el Perú es fundamentalmente expresión de una cultura premoderna.** La SP, si bien es de antigua raigambre, es una expresión cultural de la modernidad. La posibilidad de entender el mundo, explicarlo en términos de un orden racional concreto y transformarlo en términos del bien común es una adquisición de la cultura moderna. El desarrollo tecnológico del siglo XIX y la necesidad de sostener la trama económica de un capitalismo en expansión, hicieron de la SP un elemento fundamental del desarrollo de los estados y sus relaciones comerciales. La incorporación de la SP en nuestro país se hizo a través de oleadas de modernización, las cuales se insertaron de una manera alienada en un escenario premoderno.

Los antecedentes del paradigma moderno en la ciencia médica local fueron las ideas naturalistas, que llegaron al país ingresando por medio de los médicos de la colonia, durante los siglos XVIII y XIX. Estos, a través de la universidad y de la influencia de su status social, difundieron las ideas naturalistas y posteriormente del pensamiento positivo a lo largo de un proceso que va desde Pedro Peralta y Barnuevo Rocha y Benavides, hasta Cosme Bueno e Hipólito Unanue (^{21,22}). Sin embargo, la asimilación y decodificación de las ideas naturalistas fue muy peculiar y no pudo consolidarse como una cultura y práctica institucionales, también en parte por los graves disturbios que dieron origen a la república y que continuaron por cerca de 30 años luego de declarada la independencia.

Es importante destacar que la reflexión naturalista de los médicos criollos de la colonia, se realizó en un contexto de legitimación y afirmación, lo que implicaba la posibilidad de entender el mundo de una manera original e independiente y darle explicaciones tan válidas como las que venían de la metrópoli (²²). Empero, a mitad del siglo XIX se produce un proceso de alienación, cuando la irrupción del positivismo y sus diversas expresiones pasaron a ser un discurso que reflejaba la aspiración de asimilar la cultura y el desarrollo europeos.

La reforma de la enseñanza de la medicina impulsada por Cayetano Heredia a mediados del siglo XIX, consolida la influencia de la medicina francesa, la cual estaba fuertemente impregnada de positivismo. No obstante, el proceso de asimilación de la filosofía positiva que sustentaba la clínica francesa por parte del colectivo médico local fue muy limitado. Más que una cultura de generación de conocimiento nuevo para una nueva visión del mundo, se convirtió sólo en un discurso. La clínica francesa estaba llena de contribuciones de las ciencias básicas, motor del positivismo en las ciencias médicas del siglo XIX. Sin embargo, esta aproximación fue reelaborada convirtiéndose en una ideología, dado que

su introducción no se acompañó del desarrollo de las ciencias básicas en la universidad. Ello fue un obstáculo para el desarrollo de la SP universitaria, la cual estaba a principios de siglo XX, muy estrechamente ligada a la bacteriología y a la introducción de diversas tecnologías sanitarias. Sin un cambio cultural real que se reflejara en una práctica científica institucional, el positivismo en la Facultad de Medicina de Lima terminó convirtiéndose en una nueva escolástica.

Este proceso no fue ajeno al contexto histórico y político del país. El discurso positivista también sedujo a las élites intelectuales (²³) y dirigentes de fines del siglo XIX, siendo un elemento dinamizador del proceso de reconstrucción luego de la Guerra del Pacífico (²⁴). Sin embargo, la esperanza de progreso a partir de la introducción del positivismo al país no significó la elaboración de un proyecto nacional que implique el desarrollo de un Estado y una sociedad moderna, como lo muestra claramente Cueto:

“En un país vencido y dividido entre blancos e indios, cultos y analfabetos, el entusiasmo por el saber esotérico producido por la ciencia era también parte de la reelaboración de la superioridad cultural de esta élite. Superioridad que implicaba legitimidad de la posición privilegiada de la élite que estaba seriamente mermada por la guerra...” (²⁵).

En este escenario, las clases dirigentes optaron pragmáticamente por incorporar los productos tecnológicos de la ciencia positiva, sin prestar mayor atención a los supuestos culturales de los que eran resultado y, lo que es más importante, a la generación de una base institucional para su recreación. Se produjo así una fetichización de estas adquisiciones, pensándose que su sola presencia bastaría para impulsar los cambios necesarios (²⁶).

Lamentablemente esta forma de alienación cultural se mantiene aún hoy, como una forma de hacer una “ciencia” basada en la importación pasiva y acrítica de tecnologías. El fetichismo científico-tecnológico sobrevalora en extremo el aporte de los productos tecnológicos, al tiempo que soslaya los supuestos epistemológicos que están en la base de la ciencia moderna. De este modo se restringe una condición esencial para el desarrollo científico, como es la necesaria existencia de un colectivo que se plantea una agenda de investigación de largo plazo en la búsqueda de respuestas a sus propias interrogantes. Por ello, los modernos institutos de investigación creados hace varias décadas en algunas universidades, resultado en gran parte de las iniciativas personales de algunos investigadores de relevancia como Monge, Paz Soldán y Lumbreras, hoy han desaparecido o lucen vacíos y abandonados, porque sencillamente los objetos no pueden reemplazar a las personas en la labor de construcción de una cultura intelectual y científica. Cueto nos ilustra este proceso al analizar las características de la investigación científica local durante las primeras décadas del siglo XX:

“...La investigación surgió pero permaneció como una empresa marginal. No existió continuidad en los esfuerzos por hacer de la investigación una actividad sistemática. No es posible hablar de una profesionalización de la investigación para este periodo. La mayoría de los científicos no pudieron serlo a tiempo completo y esto impidió la formación de una verdadera comunidad científica. La mayoría de los investigadores eran médicos y debían compartir misiones rutinarias en hospitales y consultorios. En un país poco industrializado y con fuertes inversiones de tecnología y capital extranjeros, existe poca demanda para obtener nuevos logros científicos y tecnológicos. Todo eso se reforzó además por que la educación superior y la cultura oficial tuvieron un signo elitista y ornamental donde no encajaba totalmente la labor científica profesional y menos aún si no tenía una aplicación práctica segura...” (25).

Lo anterior nos permite afirmar que en términos de desarrollo científico, nuestras instituciones académicas se encuentran aún en un estadio pre-positivista, lo que nos ha llevado a un serio desfase entre una cultura científico-institucional premoderna y el desarrollo de propuestas sanitarias compatibles con las comunidades científicas más avanzadas.

Una primera línea explicativa para los problemas planteados lo constituye la cultura local. Del mismo modo que el positivismo, la cultura de la modernidad no ha logrado insertarse en nuestras instituciones durante este siglo. Es la ausencia de una ética del trabajo como medida social de distribución e intercambio, como señala Ballón (26), y ya lo vislumbrara Mariátegui en uno de sus siete ensayos (27). Hemos incorporado, de una manera alienada un conjunto de procesos institucionales y tecnológicos, **sin haber asimilado la ética y la visión del mundo y del orden social que estaban detrás de dichas adquisiciones**. Al parecer, nuestra cultura tiene una forma de desnaturalizar las elaboraciones culturales de la modernidad occidental al introducirles un conjunto de valores opuestos.

Una segunda línea explicativa a los problemas planteados la encontramos en la profunda crisis de la universidad peruana, caracterizada por una crónica carencia de recursos económicos, limitada planificación universitaria y la fragmentación del sistema (28). Sin embargo, un elemento central de esta problemática sería que gran parte de las instituciones universitarias aún no han logrado constituirse en universidades modernas (29,30). En el caso de la universidad estatal, en 20 años pasó de una etapa universitaria oligárquica a una universidad marginal, informal y segmentada (31,32), etapa que se ha mantenido por tiempo prolongado, convirtiendo elementos propios de la coyuntura de crisis en cultura institucional. En realidad, en el contexto de los cambios de la sociedad peruana, asistimos a un largo proceso de desestructuración universitaria.

En vista de lo anterior, pretender que el crecimiento explosivo de las maestrías de SP en el país sea evidencia del

auge universitario de la especialidad y una expresión de modernidad, es por demás erróneo. Hablar de esta expansión anárquica de las maestrías de SP como consecuencia del desarrollo de la especialidad en un escenario de competencia o libre mercado, es en el fondo hacer una lectura equivocada de nuestra “modernidad” sanitaria, dado que seguimos manteniendo las mismas instituciones, relaciones materiales y culturales premodernas (27,32).

De otro lado, se plantea el problema de la fragmentación institucional, cuya naturaleza estructural se ha caracterizado en muchos países de América Latina, como ha señalado Pellegrini:

“En la mayor parte de los países de América Latina, las instituciones que pertenecen al campo de la salud no están orgánicamente articuladas, hay una multiplicidad de centros de decisión, no hay flujo de información entre ellas y no persiguen objetivos comunes. En resumen, en lugar de la solidaridad, lo que predomina es el conflicto y la heterogeneidad. El resultado es la falta de coordinación, la superposición y el paralelismo de las acciones, lo que lleva a una baja de productividad de los escasos recursos disponibles..” (33).

La fragmentación del desarrollo institucional se expresa en nuestro medio en un continuo empezar “de cero”, no existiendo memoria institucional, ni interés en conservarla. No se cuenta con mecanismos que permitan la institucionalización de la experiencia acumulada. Ello hace que nuestras instituciones sanitarias desarrollen un círculo perverso, donde acumulan con enormes sacrificios capacidades y saberes, sólo para luego perderlos. Otra expresión de la fragmentación es la visión endógena de las diversas universidades e instituciones relacionadas con la SP, lo cual hace muy difícil el debate entre los diversos actores institucionales. Si a todos estos problemas le sumamos el reciente influjo de los discursos de competitividad, que no precisamente buscan una hegemonía cultural y científica, sino tan sólo obtener una mayor penetración en el mercado de servicios, el cuadro se torna aún más dramático. Así, las pocas posibilidades de articulación de las ya precarias “estructuras” institucionales fragmentadas se ven definitivamente cerradas, constituyendo ello un patente anacronismo ante un escenario contemporáneo de investigación que requiere establecer redes de cooperación.

¿EXISTE UN DISCURSO SANITARIO NACIONAL?. LA EXTERNALIDAD DE LOS DISCURSOS SANITARIOS

Los iniciales discursos sanitarios nacionales estuvieron fuertemente influenciados por los discursos positivistas de fines de siglo XIX, que hacían énfasis en la investigación científica como base empírica de las acciones de SP. Los primeros salubristas nacionales, apelaban a la ciencia y la técnica como un elemento de racionalidad, ya sea para en-

tender la realidad del país, como para crear estrategias de intervención, tal como lo mostrara nítidamente Almenara:

“los programas higiénicos y sanitarios deben ser racionalizados de acuerdo con las exactas modalidades de cada estado y naturaleza de malestar público. De ahí que los institutos científicos de investigación, dirigidos hacia el estudio de las características del territorio en el más amplio de sus sentidos ...tienen que ser las fuentes de donde se han de tomarse (sic) los elementos para definir el estado previo y programar las medidas de corrección; fuentes de conocimientos y de cultura técnica, que los convierten en verdaderas escuelas de SP para la enseñanza general y la especializada de los llamados a procurarla...” ⁽³⁴⁾.

Es en ese contexto en que son asimilados los discursos sanitarios, como parte de la gran ilusión de las élites locales respecto al positivismo como motor del proceso de modernización. En realidad, respecto a la SP se construyó otro mito: **modernidad sanitaria = técnica + ciencia positiva** euro-pea-norteamericana, el cual se expresa claramente en las distintas reacciones periodísticas respecto al nombramiento del norteamericano Henry Hanson como Director de Salubridad del gobierno de Leguía:

“...Ha sido nombrado director de Salubridad Pública el médico americano Henry Hanson que en los últimos tiempos ha dirigido la campaña antiamarílica y que con su designación ha roto la era indocta (subrayado nuestro), en que por desgracia había caído la primera institución sanitaria del país...” ⁽³⁵⁾.

Simultáneamente, tenemos que la generación de los discursos sanitarios iniciales fue básicamente la contraparte de procesos determinados, a partir de principios del siglo, por las reglas de un sistema de control de puertos y sanidad marítima, pasando luego a la implantación sistemática de experiencias trasladadas en diversas circunstancias, primero por Estados Unidos y luego por organizaciones y agencias internacionales ⁽³⁶⁾.

Este discurso pasó por varias etapas, desde la breve modernización de Henry Hanson, hasta los proyectos de cooperación o integración interamericana (El Panamericanismo Sanitario), mediados en algunos períodos por los grandes programas internacionales de erradicación ⁽³⁷⁾, y en otros casos por políticas de salud inspiradas en el Estado de Bienes-estar, expresadas en los programas de seguridad social, etc. Estos discursos fueron determinantes en marcar el horizonte conceptual de diversas generaciones de salubristas; lo que no quiere decir que no haya existido desarrollo intelectual local, del que Paz Soldán y Almenara -entre otros- fueron una muestra notable. Sin embargo, el escaso interés institucional de la universidad por esta área, hizo que el MINS A sea en la práctica el único generador real del discurso sanitario del país. La limitada preocupación universitaria por la SP tendría su explicación en el unilateral énfasis en la

enseñanza de la clínica en un marco cultural premoderno.³² Así, ante la falta de identidad y la automarginación institucional de la universidad, el país ha sido una mera caja de resonancia de desarrollos en SP producidos en otros contextos socio-culturales y económicos.

De otro lado, el trabajo artesanal de una universidad semi-feudal sin capacidad de articulación con el MINS A, ni con los problemas sociales y sanitarios del país, hizo que las propuestas académicas individuales en diversas disciplinas de la SP no se hayan podido articular en un colectivo universitario. Baste recordar las obras de Pedro Weiss, Cornejo Donayre y Humberto Rotondo, entre otros.

El proceso de deterioro permanente de la universidad hace que estas estructuras premodernas no tengan capacidad de incorporar los desarrollos institucionales en un imaginario colectivo que exprese una cultura sanitaria. Castillo al tratar de explicar porque no han podido insertarse nuevos discursos sanitarios alternativos entre los docentes de SP en las diferentes universidades del país plantea lo siguiente

“La pregunta anterior es muy compleja para abordarla en esta discusión, sin embargo desde la perspectiva intradiscursiva, habría que explorar nuestra propia racionalidad andina o “chola”, donde el mundo de la razón está atravesado por la “magia”, que quizás no puede contener una identidad individual-ciudadana o una conciencia de clase, que son los soportes básicos para desarrollar un pensamiento acción como el que sugieren estos discursos. Consideramos que estos aspectos son importantes para comprender lo que está pasando con la enseñanza de la SP en el Perú y América Latina y requieren investigarse rigurosamente...” ⁽³⁸⁾.

En resumen, la forma como se delinea el discurso y la práctica institucional de la SP está articulada a un problema central, la premodernidad de nuestra cultura, expresada en nuestra precariedad institucional y pobre desarrollo científico. Hace más de 30 años, Grzegorzewski planteaba que la transferencia de los avances de la SP requería de una adaptación más compleja de experiencias ajenas a la situación del país receptor, sus diversas realidades y tendencias de desarrollo. Señala, además, que si bien se había dado énfasis al estudio del folklore, tradiciones, prejuicios y supersticiones de las poblaciones “menos desarrolladas”, se había soslayado “la antropología cultural” de las autoridades nacionales y de los principales grupos sociales que influyen en las instituciones locales y en el desarrollo de la civilización del país. Señala este autor:

“Cabe advertir una especie de ‘estilo’ o ‘folklore nacional’ de hábitos y prácticas en la dirección de asuntos públicos, que se funda en conceptos legales, escalas de valores, doctrinas políticas, formas de gobierno, tradiciones y prácticas administrativas y otros elementos importantes acumulados en el curso secular de la formación histórica de las naciones, países y sociedades...” ⁽³⁹⁾.

En ese sentido, es que **planteamos que nuestra premodernidad cultural es el eje de los problemas y contradicciones que se observan en el campo de la SP**. Sin embargo, es importante señalar que es parte de un problema cultural de mayor dimensión que comprende al conjunto de la sociedad peruana. Salazar Bondy en uno de sus ensayos describe esta realidad:

“Difícilmente nadie puede dedicarse plenamente en el Perú a un que hacer o a una actividad de alto nivel como la del artista, médico, obrero especializado o científico, no solo porque el sistema de vida en torno lo obliga a desempeñar varias funciones en perjuicio de la autenticidad de cada una, sino, además, porque corre el riesgo de enajenarse del resto de la comunidad. Un artista, un científico...termina resultando extraño, excesivo, como sobrante en el país y tiene que emigrar tarde o temprano si no renuncia a su vocación. Divorciarse de los miembros del grupo, extrañarse de la sociedad, parece ser la condición indispensable de la elevación del nivel de la actividad intelectual y del logro de la autenticidad en el pensamiento y la acción, lo cual quiere decir que, dentro de nuestra sociedad y según los patrones de nuestra cultura, no pueden alcanzarse tales realizaciones..” ⁽⁴⁰⁾.

¿CÓMO PODEMOS CONSTITUIR UN COLECTIVO DE PENSAMIENTO NACIONAL EN SP EN EL SIGLO XXI?

De acuerdo con lo señalado por Fleck, los profesionales que se están formando o ejercen una especialidad participan de una visión colectiva de su quehacer científico, hecho que se expresa en una cultura común. Para nuestro caso, en la SP peruana, el problema radica en el contexto en que se va a realizar este proceso. Hemos descrito, cómo este proceso en el país ha sido un proceso carente de continuidad e inserto en un escenario premoderno. La carencia de generación de conocimiento relevante a nuestra realidad y el consecuente limitado desarrollo teórico de la especialidad en el país, hacen muy difícil sentar las bases de una nueva agenda en SP para los próximos años.

Testa señala al respecto que un requisito central para la auténtica reflexión científica es la contextualización histórica del objeto y métodos de estudio. En nuestros países lo que existe es por el contrario una tendencia natural a la descontextualización del análisis ⁽⁴¹⁾. La ausencia de una recuperación de nuestro acervo cultural salubrista nos impide acumular los ricos aportes históricos del pasado y limita seriamente la posibilidad de vislumbrar los retos futuros y la necesidad de afrontarlos. Sin el ejercicio de reflexión sistemática, ¿cómo sería posible una visión de problemas que vaya más allá de lo inmediato y urgente?

El contexto actual está marcado por los profundos cambios ocurridos en el mundo y el país durante la pasada déca-

da. En este sentido, el debate no puede hacerse a partir de los dilemas de la SP de los setenta y ni siquiera de los ochenta. Hay ahora un nuevo escenario mundial y al mismo tiempo una conversión de las dinámicas económico-sociales, ecológicas, demográficas y culturales en el país. Sin pretender ser exhaustivos en su enumeración, estos cambios expresan nuevas necesidades que debieran formar del análisis que nos conduzca a la prefiguración de una nueva agenda para la SP.

Por el lado de las tendencias económicas, hay suficientes elementos para prever que en los próximos años se profundizará el proceso de desindustrialización del país, en el marco de un modelo económico que en América Latina ha mostrado no estar en condiciones de ofrecer trabajo a grandes sectores de la población ^(42,43). En el caso peruano la situación es más grave, dada nuestra limitada capacidad para asimilar nuevas tecnologías que permitan acumulaciones de capital para impulsar la modernización del aparato productivo ⁽⁴⁴⁾. Ello implica un mercado cada vez más reducido y vulnerable a las coyunturas de crisis cíclicas internacionales, con lo que la capacidad de desarrollar una inversión sostenida en gasto social y desarrollo humano se vería seriamente afectada ⁽⁴⁵⁾. Baste recordar que como consecuencia de las crisis asiática y rusa, en 1998 América Latina sólo tuvo un crecimiento de 2,3% en comparación del 5,3% del año anterior, estimándose para 1999 un crecimiento de 0,3%, el más bajo de la década. Este proceso de decrecimiento ha sido acompañado por un incremento de la inequidad, llevando a las sociedades latinoamericanas a convertirse en las más inequitativas del mundo, lo cual representa una barrera formidable al desarrollo de la región, dado que sin progreso social no puede haber crecimiento económico sostenido ⁽⁴⁶⁾.

En los aspectos demográfico y ecológico, las tendencias muestran que el proceso de urbanización continuará sin planificación ni soporte de servicios en la magnitud y oportunidad requeridas. El hacinamiento y la polución ambiental tienden a aumentar ⁽⁴⁷⁾, lo que generará escenarios críticos en algunas ciudades de la costa, empezando por la capital. Además, el cambio global del clima ⁽⁴⁸⁾ tendrá un impacto negativo en los sistemas hídricos ⁽⁴⁹⁾, lo que implicaría una limitada sostenibilidad de diversos sistemas ecológicos. También los cambios climáticos contribuirán a la expansión de focos de enfermedades tropicales ^(50,51), las cuales podrían expandirse hacia las áreas urbanas densamente pobladas. Adicionalmente, la creciente deforestación y el frágil equilibrio ecológico en algunas zonas críticas del país podría romperse ⁽⁵²⁾, lo que generará situaciones de alta complejidad sanitaria ⁽⁵³⁾.

El proceso demográfico peruano, signado por el relativo envejecimiento poblacional y el estancamiento en el crecimiento de las poblaciones infantiles ⁽⁵⁴⁾, definirá nuevas necesidades y demandas de atención para enfermedades de larga duración y de elevados costos ⁽⁵⁵⁾. Este proceso no es

percibido todavía como un problema de salud relevante, y por lo tanto no se cuenta con las capacidades institucionales para su prevención. La experiencia internacional muestra que el perfil epidemiológico emergente requiere altos costos en recursos organizacionales y tecnológicos para hacerles frente, haciendo esencial la prevención de su ocurrencia (56). De hecho, los procesos de reforma del sector salud en los países desarrollados tienen en su base los altos de costos que significa para estas sociedades la carga de morbilidad por estas enfermedades y su atención. Países como los nuestros, con enormes dificultades económicas, requerirían adoptar prontas medidas para limitar el impacto de su superposición a los problemas aún irresueltos (57).

Por el lado de la dinámica político-social existe un escenario configurado sobre la base de procesos de exclusión y carencia de acceso a posibilidades de desarrollo para importantes segmentos de la población. Este escenario conduciría al país a la fragmentación social, dificultando la viabilidad de la integración en torno a un proyecto de modernización y desarrollo regionales. El peso de la deuda externa y las políticas de ajuste que no han revertido sustantivamente la pobreza, han incubado condiciones de inestabilidad política y social, que de no resolverse podrían llevar a lo que de Rivero denomina Entidades Caóticas Ingobernables (ECIs) (58).

Quizá por todo ello, en los últimos años se viene produciendo una reorientación de los enfoques respecto al papel del Estado. Es explícito el hecho que las grandes agencias multilaterales han girado su atención hacia el Estado como promotor y regulador del desarrollo, buscando contener los efectos de un libre mercado que ha ampliado las diferencias entre ricos y pobres, generando una inequidad que podría rebasar el umbral de tolerancia de la sociedad (59) El Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo ya señalaban, en 1997, este hecho en sendos informes (60,61).

Lo anterior nos lleva a sostener que el Estado será el eje sobre el cual girará en gran medida el desarrollo de política en SP durante los próximos años. Sin embargo, el papel del Estado en el campo de la salud adquirirá nuevas dimensiones, dado que también será el principal agente de introducción de tecnologías sanitarias (tecnologías de información, diagnóstico por imágenes, biología molecular, etc.), las cuales por sus costos y complejidad no podrán ingresar o ser asimiladas por otros actores sociales.

Esto demanda la construcción de nuevos enfoques que permitan el desarrollo de herramientas de análisis teórico y de prácticas para la transformación de un escenario ecológico, poblacional y social sumamente complejo (62). Implica además asumir la necesidad de una teoría con capacidad de incorporar el análisis de los diversos procesos epidemiológicos que cursan en nuestro país, superando planteamientos meramente discursivos, carentes de profundidad teórica y base empírica. Es indispensable salir del discurso plástico (por

vacío e importado acríticamente) de la “crisis de paradigmas” y entrar seriamente a un proceso de reformulación teórica en las dos dimensiones, tanto en la forma de construcción del saber (paradigma de científicidad) como en el actuar humano (paradigma de eticidad) tal como lo explicita Ballón (63). Es evidente que este proceso requiere una base institucional diferente que permita la acumulación de prácticas, capacidades y tecnologías necesarias para la producción de conocimiento relevante que pueda ser transferido a los educandos en SP en los próximos años.

La universidad, al margen del escenario socio-político en que nos desenvolvemos, debe replantear su rol institucional. Independientemente de si se continúa en un escenario de libre mercado en el sector de servicios educativos, la velocidad de los cambios, la recesión económica, las demandas sociales y las presiones de los educandos van a generar la necesidad de una transformación y redimensionamiento de su rol, que debe ser fundamentalmente entendido como un cambio en la cultura académica, destinado a introducir prácticas científicas, académicas y de gestión modernas, lo que implica pasar de ser una inmensa e ineficiente fábrica de dictado de asignaturas y producción inorgánica de profesionales, a ser un espacio donde se ofrezca como valor agregado a la sociedad: reflexión y propuestas relevantes; en suma, conocimiento, que es en el fondo, la única ventaja competitiva que tendrán nuestros países en el nuevo milenio (64). Será menester una profunda reconversión tecnológica y organizacional de la universidad (65), que debe hacerse en el corto plazo. Es en este nuevo marco institucional en que deben de replantearse las propuestas de SP en el próximo lustro.

Vislumbramos que es altamente probable que las universidades que no se planteen un proyecto serio de transformación ingresarán a un periodo de desintegración institucional. En un escenario de numerosos problemas socio-políticos y demandas sociales, la experiencia histórica muestra que el Estado no va a plantearse definiciones globales respecto al sistema universitario, salvo medidas de emergencia para crear o mantener algunos niveles de institucionalidad para contener problemas coyunturales. **Ello implica que las universidades en general, en especial las estatales, estarán libradas a su iniciativa y a su capacidad de responder a la crisis en el corto plazo.**

En el caso de los postgrados en SP, el escenario en el mediano plazo probablemente esté marcado por la tendencia de reconversión de las maestrías de SP hacia otras áreas. De hecho, la aparición de maestrías en el área de gerencia en salud, proyectos sociales y de desarrollo, implica un “giro” hacia un mercado de oferta que tendrá un sensible impacto en el desarrollo de la SP nacional. En todo caso las universidades que pretendan trabajar propuestas con una visión de país y de construcción de institucionalidad, deberán convertir sus programas orientados a segmentos masivos de mercados, en programas orientados a constituir núcleos de docen-

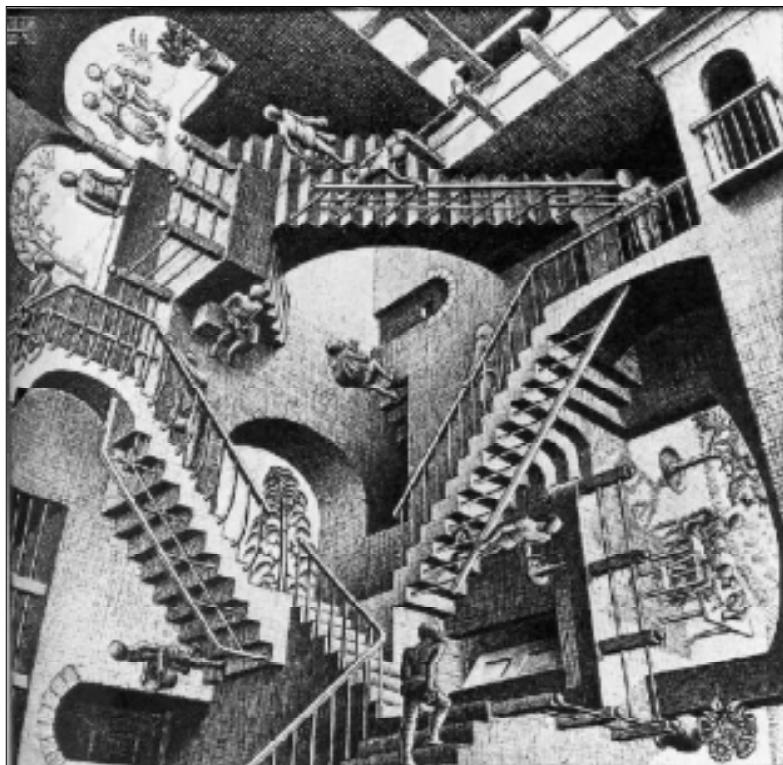


Fig. N° 3.- M.C. Escher, ***Relatividad*** (1953). Litografía, 28,2 x 29,4 cm (WV 388). La situación espacial de cada figura de la litografía parece clara. Sin embargo, en el preciso momento en que requerimos una visión clara y global de la composición empieza el juego de la perspectiva espacial y la confusión. Escher crea así tres mundos que si bien parecen ensamblados, resultan irreconciliables en el plano racional. Los desencuentros entre las necesidades del país, las expectativas de las instituciones y las de los profesionales salubristas, podrían graficarse de este modo.

cia e investigación en torno a problemas originales, constituidos por investigadores de excelencia articulados con grupos de profesores de universidades y centros de referencia de América Latina y otros países (66).

Lo anterior requiere forjar una relación diferente con las instituciones académicas extranjeras, que no sólo implique el aval tradicional al grado, la alianza coyuntural para una licitación o la simple exportación de muestras de patologías exóticas; si no por el contrario establecer relaciones de cooperación y de integración progresiva, en redes de trabajo de un alcance cada vez mayor, lo que implica pasar de nuestra gestión premoderna de corto plazo a programas de desarrollo en investigación y formación de cuadros técnicos universitarios de alto nivel, planificados para un período de 10 a 20 años.

El otro nivel de desarrollo de propuestas es el cultural. Aquí reside el mayor reto, dado que existe un segmento del colectivo universitario que no va a estar en condiciones de incorporar los esquemas que constituyen la base de una insti-

tución moderna, como la incorporación de nuevas formas de organización del trabajo, de acreditación y productividad, participación activa en diferentes niveles del proceso de gestión universitaria y capacidad de generación de nuevos conocimientos, que serán, en el corto plazo, los criterios por los cuales se adscribirán los miembros de las colectividades que pretendan construir proyectos universitarios modernos.

Sin embargo, el problema de la construcción de la institucionalidad universitaria en el campo de la SP es mucho más complejo. El MINSA debe aceptar que tiene un rol en este proceso, dado que continuará siendo el principal generador del discurso sanitario en SP, además de continuar siendo la interfase para la introducción de nuevas tecnologías sanitarias. Así mismo es importante para el Estado impulsar que la inversión en formación de recursos humanos se ajuste a las necesidades sanitarias del país. Por ello la participación del MINSA debe incluir la promoción de mecanismos de acreditación que permitan que las instituciones académicas ingresen a un ritmo de mejoramiento progresivo.

HACIA UN PROYECTO COLECTIVO DE SP EN EL PERÚ

El futuro de la práctica de la SP en el Perú se debe definir en el marco de construcción de un proyecto nacional, un nuevo contrato social⁽⁶⁷⁾, una reformulación de la articulación del Estado con la sociedad civil y nuevas formas de participación ciudadana, en los cuales la presencia institucional de la universidad peruana es marginal hasta hoy. Ello demanda a la universidad peruana la generación de propuestas creativas para un nuevo modelo de desarrollo del país, pensado en una perspectiva de integración con los países de la región.

Un proyecto colectivo de SP que responda a lo expresado anteriormente pasa por lo siguiente:

- **Inserción de la SP en la construcción de un proyecto de país.**

Es evidente que está en curso un proceso de transformación en el país que pasa por la emergencia de nuevos actores sociales, la aparición de nuevos canales de representación y la articulación a una nueva base productiva. Sin embargo, este proceso que se realiza en canales paralelos (Estado, Sociedad) no significa necesariamente que sea un avance, pues todo apunta a una acentuación de nuestro nivel de dependencia y premodernidad. De la forma como estos procesos confluyan y resuelvan sus conflictos y contradicciones, dependerá en gran medida la configuración y la articulación de los diferentes actores institucionales de la SP.

Los individuos e instituciones académicas que no están en condiciones de articularse y producir conocimiento y propuestas relevantes en este proceso, sencillamente están condenadas a desaparecer o permanecer como ghettos o islas académicas sin mayor trascendencia para el país. Por ello las diversas instituciones que planteen una práctica relevante de la SP deben insertarse en ese proceso preparando propuestas que respondan a los nuevos escenarios y confrontándolas mediante experiencias en el terreno, con conceptos y enfoques teóricos innovadores⁽⁶⁸⁾, dado que **no podemos enfrentar los problemas del futuro con las mismas soluciones del pasado**. En esa dinámica los actores de la SP deberán insertarse en los diversos movimientos o proyectos sociales en marcha, con lo cual no sólo lograrán legitimidad, sino un consenso respecto a propuestas sanitarias realmente relevantes en la construcción de un nuevo proyecto de país⁽⁶⁹⁾.

- **Fortalecimiento de la Institucionalización del desarrollo y práctica de la SP en sus diferentes niveles.**

Es sumamente importante que exista una visión clara por parte de los diversos actores institucionales de cuál es su rol en el proceso anteriormente descrito y sobre ello, construir

bases sólidas para promover una práctica que pueda acompañar efectivamente el desarrollo o reconfiguración de la práctica social de la SP. Es imperativo pensar en planes de desarrollo a largo plazo y salir del inmediatismo que puede terminar desnaturalizando tanto el proceso como a las diversas instituciones que participan en él. En el caso de la universidad peruana, se tiene que apostar por una propuesta de desarrollo a largo plazo y salir de la dinámica de ser un simple proveedor del MINSA en licitaciones de proyectos o programas de capacitación de coyuntura.

- **Creación de espacios de consenso, debate y construcción de propuestas.**

Frente a la complejidad e incertidumbre del escenario futuro es importante la creación de espacios de encuentro entre los diferentes actores de la SP y el establecimiento de consensos respecto a la necesidad de contar con canales de trabajo conjunto, intercambio y generación de propuestas, y sobre todo, la creación de una nueva cultura de trabajo interuniversitario, en tránsito a la construcción de bases institucionales modernas. Ello implica reconocer un pasado común, de aceptar que somos consecuencia de una serie de complejos e inacabados procesos de transformación. Estos espacios deben ser el inicio de la construcción de las bases para una visión compartida del país y de los procesos que tendremos que recorrer para la construcción de alternativas de SP viables y relevantes para la sociedad. **Sólo así podemos hablar de una Salud Pública Nacional y de un colectivo de pensamiento.** Este proceso requiere de condiciones de desprendimiento, sinceridad y tolerancia institucionales inéditas en nuestro medio pero indispensables para la viabilidad del mismo. Significa aceptar que nuestro crecimiento, pasa por el crecimiento del otro, de sumar para multiplicar y que los aportes de diversas instituciones son sendas de tránsito para todos. Sólo así será posible establecer un escenario altamente propositivo, como el que nos demanda la magnitud de los retos futuros.

En este propósito resulta vital un proceso de encuentro y diálogo entre la universidad y el MINSA. En un mundo donde la capacidad de autonomía de los estados es menor y donde algunos señalan una transnacionalización de la SP⁽⁷⁰⁾, tanto la Universidad y el MINSA tienen la obligación de desarrollar alternativas de políticas e intervenciones eficaces, sostenibles y socialmente válidas, con componentes intersectoriales cada vez mayores, para hacer frente a un sistema internacional cada vez más signado por regulaciones de alcance global⁽⁷¹⁾.

La magnitud de los problemas descritos nos plantea esta reflexión, que pretende abrir espacios a la discusión y a la crítica que esperamos se conviertan pronto en puentes para el consenso y trabajo conjunto. Planteamos esta discusión pensando en el presente y el futuro de un país y una sociedad que no necesitan de una muchedumbre inarticulada de profesio-

nales acreditados sin agenda de desarrollo, sino de un colectivo transformador capaz de hacer que este nuevo país emergente sea compatible con las expectativas y promesas del futuro. Ello nos lleva a establecer una agenda mínima de debate que a la larga puede traducirse en un proyecto colectivo. Parafraseando a Jorge Basadre, cualquier proyecto viable pasa por definir una propuesta de país deseable y posible, por incorporarse en los procesos de construcción colectiva de un proyecto nacional que apueste por un modelo de desarrollo económico, institucional y social que englobe, con justicia, democracia y equidad a todo el cuerpo de la sociedad, acorde con las posibilidades del nuevo siglo. Sólo de esa manera podremos hablar de una verdadera Salud Pública nacional y salir del retraso y la ficción que nos envuelve en la actualidad.

BIBLIGRAFÍA

- 1) **Kuhn T.** La estructura de las revoluciones científicas. México: Fondo de Cultura Económica; 1971
- 2) **Fleck L.** La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento. Madrid: Alianza Editorial; 1986.
- 3) **Schäfer L, Schnelle T.** Los fundamentos de la visión sociológica de Ludwik Fleck de la teoría de la ciencia. Introducción en La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento. Madrid: Alianza Editorial; 1986.
- 4) **Paz Soldán CE.** La magistratura sanitaria y la formación de higienistas. Trabajos del Instituto de Medicina Social, Pag. 5, UNMSM, Lima 1936.
- 5) **Sanz EJ.** Perspectivas y problemas del postgrado a nivel nacional. Magistri et Doctores - Boletín bimestral de la Escuela de Postgrado de la UNMSM 1994; 2(5): 1-4.
- 6) **Alarcón J, Murillo JP, Piscoya J, Castro C, Isasi C.** Evolución y Características de la Publicaciones Biomédicas Peruanas, 1985-1993. An Fac Med 1996; 57(3): 158-73.
- 7) **INEI.** Compendio de Estadística de Ciencia y Tecnología 1983-93, 1995, INEI. Compendio de Estadística de Ciencia y Tecnología 1998, 1999.
- 8) **Pamo RO.** Las Revistas Médicas Científicas del Perú 1827-1996. UPCH 1998; pag. 38.
- 9) **McLauchlan de Arregui P.** Indicadores comparativos de los resultados de la investigación científica y tecnológica en América Latina. GRADE 1988.
- 10) **Garfield, E.** Análisis cuantitativo de la literatura científica y sus repercusiones en la formulación de políticas científicas en América Latina y el Caribe. Bol Of Sanit Panam 1995; 118(5): 448-56.
- 11) **Pellegrini FA, de Almeida Filho N, Trostie J.** Health research in Latin America and the Caribbean: Tendencies and Challenges. IDRC: Research Programs: Publications. Abril, 2000. Se consigue en: www.idrc.ca/lacro/publicaciones
- 12) **Jacoby E, Segura L.** La investigación en Salud Pública en el contexto de la reforma sectorial. MINSA-OPS, 1997.
- 13) **Arroyo J.** Una nueva oportunidad para la salud pública. Situación de la educación en salud pública en el Perú. Hontanar. Revista del Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales, UPCH 1998; 2(1): 19-25.
- 14) **Frenk J.** La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. Fondo de Cultura Económica, México 1993; pag. 42.
- 15) **Veronelli JC.** Ministerios y sistemas de servicios de salud en América Latina. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1986, 100(1): 1-28.
- 16) **Marticorena B.** La ciencia en el desarrollo. La investigación científica en el Perú. Lima: Friedrich Ebert Stiftung; 1997. p. 80-1.
- 17) **Piscoya HL.** El sentido histórico de la Universidad. Alma Mater, UNMSM 1996; (12): 58-77.
- 18) **Klein L, Sampaio H.** Actores, arenas y temas básicos, en Los temas críticos de la educación superior en América Latina. Vol. 1. Rollin Kent (compilador). México: Fondo de Cultura Económica; 1996. p. 90.
- 19) **Montoya CL.** Desarrollo universitario y modernización en el Perú. Alma Mater UNMSM (8): 51-63.
- 20) **Lucio R.** Políticas de posgrado en América Latina en Los temas críticos de la educación superior en América Latina. Vol. 2. Rollin Kent (compilador). México: Fondo de Cultura Económica; 1996. p. 175.
- 21) **Ballón JC (comunicación personal).** Ballón sostiene que el ingreso del naturalismo fue producto de una profunda reflexión sobre sí mismas, de las clases criollas, en medio de un escenario de legitimación frente a la cultura y poder de la metrópoli, lo cual permitió que se procese una ruptura paulatina con la escolástica.
- 22) **Rivara de Tuesta M.** La filosofía colonial en Perú y Bolivia. Logos Latinoamericano UNMSM 1998; 3(3): 13-82.
- 23) **Vexler TM.** Javier Prado y la tradición positivista peruana. Logos Latinoamericano UNMSM 1998; 3(3): 83-134
- 24) **Cueto M.** Excelencia científica en la periferia. Actividades científicas e investigación biomédica en el Perú 1890-1950. Lima: GRADE-CONCYTEC; 1989.
- 25) **Cueto M.** La organización de una cultura científica en Lima: 1890-1930. Apuntes 18. Lima: Universidad del Pacífico; 1986. p.126-39.
- 26) **Ballón J.** Ética, modernidad y autoritarismo en el Perú actual: ¿Vigilar y Castigar?. ¿Un mundo sin certezas?. Ética y saber en la modernidad. UNMSM-SUR 1997. p. 20.
- 27) **Mariátegui JC.** 7 ensayos de interpretación de la realidad peruana. Lima: Biblioteca Amauta; 1928. p. 182-3.
- 28) **Parodi C.** Financiamiento universitario: teoría y propuesta de reforma para el Perú. Lima: Universidad del Pacífico; 1996.
- 29) **Arroyo LJ.** El desfase entre el biologismo y la realidad sanitaria del subdesarrollo. Políticas Sociales de Salud y de Salud Internacional. N°2, CIDEPSA-OPS. p. 42.
- 30) **Velit E.** La Universidad y el Estado. An Fac Med 1996; 57(1): 45-7.
- 31) **Arroyo LJ.** La modernización del científicismo y el arcaísmo nacional actual: El caso de la formación médica en el Perú. Educación Médica y Salud, 1992, 26(1):51-69.
- 32) **Gonzales JN.** Asignación de recursos públicos para la educación superior universitaria. Perú 1960-1990. Notas para el debate N°8, pag. 39-74. GRADE, 1993.
- 33) **Pellegrini FA.** Organización de la actividad científica en salud: problemas y perspectivas. Educación Médica y Salud, 1987, 21(3):185-91.
- 34) **Almenara IG.** La racionalización de la Salubridad Pública. Trabajo con motivo de su incorporación a la Academia, Nacional de Medicina, Lima 1932. p. 19-20.
- 35) **La Crónica Médica.** 1922; 39: 157.
- 36) **Alarcón J.** La Medicina Social en el Perú. [Tesis de Bachiller]. Facultad de Medicina, UNMSM 1974. p. 57-8.

37) **Cueto M.** Los ciclos de la erradicación: la Fundación Rockefeller y la Salud Pública latinoamericana, 1918-1940. En Salud, cultura y sociedad en América Latina. Lima: Cueto M. Editor, IEP-OPS; 1996. p. 179-201.

38) **Castillo H, Casas J, Wagner W, Zárate G.** La enseñanza de Salud Pública en las Facultades de Medicina y Enfermería en el Perú. Lima: UNISAP-ANR-gtz-OPS; 1995. p. 45.

39) **Grzegorzewski E.** Estudios de Salud Pública Comparada. Examen Preliminar del Establecimiento de Sistemas de Salud Pública. Bol Of Sanit Panam 1968; 64(6): 477-82.

40) **Salazar Bondy A.** La cultura de la dominación. Perú Problema: 5 ensayos. Lima: IEP; 1968.

41) **Testa M.** Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1989. p. 77-8.

42) **Ugarteche O.** El falso dilema. América Latina en la economía global. Fundación Fiedrich Ebert-FES. Lima: Nueva sociedad; 1997.

43) **Rodríguez R, Carmo Leal M, Buss P.** Salud y Desarrollo: ¿Una nueva ética?. En Ciencias Sociales y Medicina. La Salud en América Latina. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales; 1994. p. 14-21.

44) **Flit I.** Perú, tecnología, siglo XXI: ¿Vuelven los caballos?. Márgenes. SUR, 1994, 7(12):153-67.

45) **Ugarteche O.** Arqueología de la modernidad. Lima: DESCO; 1998.

46) **Banco Interamericano de Desarrollo.** Informe Anual del ejercicio financiero 1999. Washington, 2000.

47) **Bustíos C.** La Salud Pública al final del siglo XX. An Fac Med 1998, 59 (4): 309-20.

48) **Martens W, Slooff R, Jackson E.** El cambio climático, la salud humana y el desarrollo sostenible, Rev Panam Salud Púb 1998; 4(2): 100-4.

49) **OMS.** Nuestro planeta, nuestra salud. Informe de la comisión de salud y medio ambiente de la Organización Mundial de la Salud. OPS, 1992.

50) **Patz J, Epstein P, Burke T, Balbus J.** Global climate change and emerging infectious diseases. JAMA, 1996, 275(3):217-23.

51) **Martens W, Niessen L, Rotmans J, Jetten T, McMichael J.** Potential impact of global climate change on Malaria risk. Environm Health Persp 1995; 103(5): 458-64.

52) **Gonzales de Olarte, E.** Medio Ambiente y Pobreza en el Perú. Lima: IEP; 1997.

53) **McMichael A.** From hazard to habitat: rethinking environment and health. Epidemiology 1999, 10(4): 1-8.

54) **INEI.** Proyecciones de la Población del Perú 1995-2025. Lima, Marzo de 1995

55) **Ministerio de Salud – Oficina General de Epidemiología.** Bases para el Análisis de la Situación de Salud. Lima 1999.

56) **Banco Mundial.** Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud. Washington DC; 1993.

57) **World Health Organization.** The World Health Report 1999. Making a difference. Ginebra; 1999.

58) **De Rivero O.** El mito del desarrollo. Los países inviables en el siglo XXI. Lima: Mosca Azul Editores; 1998.

59) **Figueroa A.** La cuestión distributiva en el Perú. En: Perú 1964-1994 Economía, Sociedad y Política; Julio Cotler (Editor). Lima: IEP; 1995. p. 37.

60) **Banco Mundial.** Informe sobre el Desarrollo Mundial 1997. El Estado en un mundo en transformación. Washington DC, 1997.

61) **Banco Interamericano de Desarrollo.** América Latina tras una década de reformas. Progreso Económico y Social en América Latina. Washington DC; 1997.

62) **Granda E, Artunduaga L, Castillo H, Herdoiza A, Merino M, Tamayo C.** El sujeto y la acción en Salud Pública. Educ Méd Salud 1995; 29(1): 1-19.

63) **Ballón JC.** Un cambio en nuestro paradigma de ciencia. Lima: CONCYTEC; 1999. p. 413.

64) **del Río CC.** Conceptos del evolucionar del desarrollo relativo -a nivel mundial- siglo XXI. Quehacer 1996; (100): 50-2.

65) **Sagasti F.** Veinte años de crisis y una situación desesperada: Ciencia y Tecnología en el Perú de los Ochenta. En Conocimiento y desarrollo: ensayos sobre ciencia y tecnología. Lima: GRADE-Mosca Azul; 1988. p. 133-57.

66) **Podestá B.** Universidad y Desarrollo Regional en América Latina, Socialismo y Participación 1984; (27): 55-64.

67) **Granda E.** Investigación y Salud Pública: una mirada hacia el futuro. Primera reunión internacional de Salud Pública, Universidad Nacional del Salvador; Noviembre de 1997.

68) **Iriart C, Spinelli H.** La cuestión Sanitaria en el debate Modernidad-posmodernidad. Cadernos Saúde Púb 1994; 10(4): 491-6.

69) **Rovere M.** Reconfiguración de la teoría y práctica de la Salud Pública en la década de los 90. UASB y Salud. 1993; 1(3-4): 141-54.

70) **Navarro V.** Whose globalization?. Am J Public Health 1998, 88(5): 742-3.

71) **Polledo J.** El papel de las autoridades sanitarias ante los retos de la salud pública del siglo XXI. Rev Esp Salud Púb 1997.