

21 OCT. 1991



La universidad latinoamericana y la salud de la población

CONFERENCIA INTEGRADA
LA HABANA - CUBA
3 - 7 JUNIO DE 1991



INFORME DE LOS NUCLEOS LATINOAMERICANOS

- I.- Quito - Ecuador
- II.- Santo Domingo - Rep. Dominicana
- III.- Caracas - Venezuela
Quito - Ecuador

Unión de Universidades de
América Latina (UDUAL)
Asociación Latinoamericana de Escuelas y
Facultades de Enfermería (ALADEFE)
Asociación Latinoamericana de Facultades
y Escuelas de Medicina (ALAFEM)
Organización de Facultades, Escuelas y
Departamentos de Odontología (OFEDO)
Organización Panamericana de la Salud
OPS/OMS

La universidad latinoamericana y la salud de la población

21 OCT. 1991



INFORME

- **Reunión del Núcleo Básico I**
Papel de la Universidad en la elevación del nivel de salud de la población.
- **Reunión del Núcleo Básico II**
La Universidad y la Práctica de Salud.
- **Reunión del Núcleo Básico III**
Contribución de la Universidad a la Atención Primaria y a los Sistemas Locales de Salud.



Unión de Universidades de
América Latina (UDUAL)
Asociación Latinoamericana de Escuelas y
Facultades de Enfermería (ALADEFE)
Asociación Latinoamericana de Facultades
y Escuelas de Medicina (ALAFEM)
Organización de Facultades, Escuelas y
Departamentos de Odontología (OFEDO)
Organización Panamericana de la Salud
OPS/OMS

UDUAL
RAV 22
CLASF. CG 2971
ADQ. 526 4
PROC. UDUAL
FECHA 14-XI-91
PRECIO DOJAL 100

Código de barra
CIDU 2018 03 0043
N.º de Inventario
2018 03 00526

Edición preparada por:

Dr. Patricio Yépez

Financiamiento de la Publicación:

UDUAL, ALAFEM, ALADEFE, OFEDO Y OPS.

PRESENTACION

La Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) a través de sus Asociaciones de Ciencias de la Salud: Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE), Asociación Latinoamericana de Facultades de Medicina (ALAFEM), Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología (OFEDO), se reunieron en el mes de Abril de 1988 en Caracas, Venezuela con la Organización Panamericana de la Salud, oportunidad en la cual se analizaron varios temas relacionados con las líneas prioritarias de acción de interés común (Asociaciones/OPS) y su potencial de desarrollo, en función de la salud de la población latinoamericana.

Entre los diferentes aspectos analizados, se decidió desarrollar un trabajo conjunto, expresado en el proyecto "LA UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA Y LA SALUD DE LA POBLACION", el cual tendrá los siguientes objetivos:

- Inscribir el potencial de la Universidad Latinoamericana en la mesa social SPT 2000 a través de la estrategia de Atención Primaria.
- Contribuir al trabajo conjunto de las Asociaciones de Ciencias de la Salud de la UDUAL, aumentando su capacidad científico-técnica en función de la salud de la población.
- Cooperar con la OPS/OMS y los países en el fortalecimiento y desarrollo de los Sistemas Locales de Salud para avanzar en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud.

El proyecto en mención, dentro de su plan de trabajo, tiene prevista la realización de una primera actividad conjunta, identificada como la Conferencia Integrada de Ciencias de la Salud, la misma que se celebrará en La Habana, del 03 al 07 de Junio de 1991 y reunirá a las Facultades y Escuelas de Enfermería, Medicina y Odontología de la América Latina, a otras organizaciones como ALAESP (Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública), ALAMES (Asociación Latinoamericana de Medicina Social) y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

El tema general de la reunión, será "La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población", el cual se distribuirá en los siguientes temas particulares:

- I. Papel de la Universidad en la elevación del nivel de salud de la población.
- II. La Universidad y la Práctica de Salud.
- III. Contribución de la Universidad a la Atención Primaria y a los Sistemas Locales de Salud.

En cuanto a la metodología, se acordó que cada uno de los temas señalados sea coordinado bajo la responsabilidad de cada una de las tres Asociaciones, así: Tema I, ALADEFE; Tema II, ALAFEM; Tema III, OFEDO. Para la elaboración y discusión de cada uno de los temas, se decidió organizar un grupo interdisciplinario, el cual tendría un núcleo básico constituido por un coordinador OPS/OMS y representantes de cada una de las tres profesiones de la salud.

En base al plan de trabajo formulado en Caracas en Abril de 1988, se organizaron los grupos interdisciplinarios, los cuales tuvieron las reuniones de trabajo de acuerdo al siguiente calendario:

Tema I:

"Papel de la Universidad en la elevación del nivel de salud de la población".

La reunión se realizó en Quito, Ecuador en Noviembre de 1989, bajo la responsabilidad de la ALADEFE/UDUAL.

Tema II:

"La Universidad y las Prácticas de Salud"

La reunión se realizó en Santo Domingo, República Dominicana en Marzo de 1990, bajo la responsabilidad de ALAFEM/UDUAL.

Tema III:

"Contribución de la Universidad a la Atención Primaria y a los Sistemas Locales de Salud".

Se realizaron dos reuniones, la primera en Caracas, Venezuela en Noviembre de 1988; y la segunda en Quito, Ecuador en Mayo de 1989 bajo la responsabilidad de OFEDO/UDUAL.

El presente documento contiene los informes de las reuniones de los grupos interdisciplinarios, cuyo producto se pone en consideración de las Universidades Latinoamericanas, previa a su participación en la Conferencia Integrada de Ciencias de la Salud a celebrarse en La Habana, Cuba en Junio de 1991.

- Unión de Universidades de América Latina (UDUAL).
- Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE).
- Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM).
- Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología (OFEDO).
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

CONTENIDO

	Pag.
- Presentación	3
- Informe de la Reunión del Núcleo Básico I "Papel de la Universidad en la Elevación del Nivel de Salud de la Población".	7
- Informe de la Reunión del Núcleo Básico II "La Universidad y la Práctica de la Salud".	87
- Informe de la Reunión del Núcleo Básico III "Contribución de la Universidad a la Atención Primaria y a los Sistemas Locales de Salud".	249

LA UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA Y LA SALUD DE LA POBLACION

**Informe de la Reunión del Núcleo Básico I
Papel de la Universidad en la Elevación del
Nivel de Salud de la Población**

Coordinado por la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE) con el apoyo de la Universidad Central del Ecuador y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

Con la participación de la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM) y la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología (OFEDO).

Quito, Ecuador 7-9 noviembre, 1989

CONTENIDO

	Página
Presentación	11
Relato General Dr. Saúl Franco Agudelo	13
Introducción al Tema "Papel de la Universidad en la Elevación del Nivel de Salud de la Población y al Subtema I Dra. María Isabel Rodríguez	19
Subtema I.1. Educación y Nivel de Salud de la Población	
Lic. Rosa María Nájera	27
Dr. Guarocuya Batista del Villar	37
Dr. Rodrigo Yépez	43
Subtema I.2 Orientación Programática Biológica y Social	
Dr. Saúl Franco	49
Lic. Gladys Eskola	57
Subtema I.3 Incorporación de Nuevas Tecnologías y Nivel de Salud de la Población	
Dra. Cristina Rivalta	67
Dr. Jorge Solares	71
Dr. Rafael Borges	79
Participantes	83
Programa de la Reunión	84

PRESENTACION

Este documento reúne el relato general y los materiales especialmente preparados para servir de base a las discusiones sobre "El Papel de la Universidad en la Elevación del Nivel de Salud de la Población" que, con la coordinación de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería, fue encomendado a un grupo de trabajo multiprofesional (Núcleo Básico I) que se reunió en Quito, Ecuador, en noviembre de 1989.

Distinguidos representantes de las Asociaciones Latinoamericanas de Escuelas y Facultades de Enfermería, Medicina y Odontología, todas ellas filiales de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL); las Asociaciones Latinoamericanas de Escuelas de Salud Pública y de Medicina Social, la Coordinadora Latinoamericana de Estudiantes de Medicina, así como funcionarios de la Universidad Central del Ecuador y de diversos organismos ecuatorianos interesados en la problemática de salud y educación, contribuyeron con sus ponencias y su activa participación en las sesiones de trabajo al enriquecimiento de la temática propuesta en el contexto del análisis del tema principal: "La Universidad latinoamericana y la Salud de la Población".

Es de esperar que estos materiales cumplan con el propósito de incorporar a los distintos núcleos univer-

sitarios latinoamericanos así como a colectivos de trabajo de diferentes campos del quehacer en salud en un amplio proceso de reflexión y análisis. Asimismo, el producto de esos esfuerzos deberá enriquecer las propuestas que serán elevadas a la consideración de la Conferencia Integrada de Facultades y Escuelas del Sector Salud programada para junio de 1991 en la ciudad de La Habana. Esta Conferencia constituye un esfuerzo más en el proceso de incorporación de las universidades de la Región en el desarrollo de la salud de la población de América Latina y del Caribe prospectivamente hacia el siglo XXI, proceso impulsado por la UDUAL y la Organización Panamericana de la salud especialmente a partir de 1987.

Quedamos a la espera de las observaciones comentarios y muy especialmente del análisis crítico del contenido de este documento.

Dra. María Isabel Rodríguez
Coordinadora del Núcleo Básico I

Dra. Cristina Rivalta
Presidenta de ALADEFE

Lic. Lourdes Velasco
Secretaria General de
ALADEFE

Papel de la Universidad en la Elevación del Nivel de Salud de la Población

NUCLEO BASICO I - RELATO GENERAL
Quito, Ecuador, noviembre 8 al 10 de 1989

UBICACION

Con los auspicios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) y organizada por la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE), se realizó en la Ciudad de Quito, Ecuador, durante los días miércoles 8, jueves 9 y viernes 10 de noviembre de 1989 la Reunión del Núcleo Básico I. Dicho Nucleo, constituido por profesionales de diferentes disciplinas y prácticas profesionales del área de la salud, se constituyó para discutir, a partir de la preparación y presentación de subtemas específicos, el tema: "Papel de la Universidad en la Elevación del Nivel de Salud de la Población". Las presentaciones y el resultado de las conclusiones deberían presentarse a la consideración amplia de las Universidades de América Latina como parte del esfuerzo orientado a lograr una más clara y activa vinculación de las universidades a la búsqueda de solución de los problemas de salud de la Región, objetivo final del conjunto de actividades impulsadas por la OPS y la UDUAL y que habrán de culminar con un amplio debate en la Reunión programada para La Habana, Cuba, en junio de 1991.

La Reunión del Núcleo contó con el decidido apoyo de la Representación de la OPS/OMS en el Ecuador, cuyo titular, Dr. Italo Barragán, aportó además importantes reflexiones sobre la temática en el acto inaugural. Igual aconteció con la Universidad Central del Ecuador, en especial su Facultad de Ciencias Médicas, cuyo Decano Dr. Dimitri Barreto, enriqueció también el debate con las consideraciones formuladas en el acto de inauguración y en sus participaciones durante las discusiones. Conviene resaltar también la seriedad y eficiencia del Comité Organizador, encomendado a la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería, entidad que logró garantizar no sólo un evento disciplinado y productivo sino también amable e informal. Merece reconocimiento la gestión de su presidente, la Licenciada Cristina Rivalta y de su secretaria ejecutiva, Licenciada María de Lourdes Velasco.

La madurez y la vitalidad de la Dra. Maria Isabel Rodríguez, Consultora de la Oficina de Recursos Humanos de la OPS y coordinadora general del evento, le permitieron infundir y mantener durante su realización una permanente exigencia y claridad de objetivos, y una actitud de búsqueda abierta y comprometida con la gravedad de la temática.

ACERCA DE LOS CONTENIDOS Y LA DINAMICA

Tratando de lograr mayor precisión y profundización, el tema general del Núcleo: Papel de la Universidad en la Elevación del Nivel de Salud de la Población, se subdividió en tres subtemas, así:

- "Educación y Nivel de Salud de la Población", orientado a consideraciones generales sobre la problemática de la educación y la salud. Coordinado por la Dra. María Isabel Rodríguez, el tema fue tratado además por la Licenciada Rosa María Nájera, los Doctores Rodrigo Yépez y Guarocuya Batista del Villar, y el estudiante de medicina Armando De Negri.
- "Orientación Programática Biológica y Social en la Educación y Nivel de Salud de la Población", buscando clarificar en qué sentido reformulaciones en la educación en salud, que integren una comprensión biopsicosocial de la salud, pueden llegar a tener mayor impacto sobre las condiciones de salud de la población. Bajo la coordinación del Dr. Saul Franco, el subtema se encomendó además al Dr. Fernando Sempertegui y a la Licenciada Gladys Eskola.
- "Incorporación de Nuevas Tecnologías y Nivel de Salud de la Población", dedicado a reflexionar sobre el papel, el significado y el impacto que el acelerado desarrollo tecnológico esta teniendo sobre la salud en el continente. Coordinado por la Licenciada Cristina Rivalta, el subtema fue tratado además por los Doctores Rafael Borges y Jorge Solares.

La dinámica del trabajo incluyó:

- Presentaciones de los subtemas por parte de los expositores previamente seleccionados y anteriormente anotados.
- Grupos de Trabajo en los cuales se discutían las presentaciones hechas y se enriquecían con las críticas; cuestionamientos y ampliaciones de la totalidad de los participantes. En tales grupos, a más de los expositores anotados, hicieron sus valiosas aportaciones entre otras las Licenciadas Maricel Manfredi, Gloria Briceño, Elvira Rodríguez, Gladys Jordán, y Georgina de Carrillo.

Cada día se dedicó en los grupos a uno de los subtemas convenidos y se elaboró un informe que era presentado en las reuniones plenarias y que sirven de base para este Relato Final.

- Reuniones Plenarias, en las cuales, a partir de los informes de los grupos de trabajo, se ampliaba la discusión y se articulaba con los demás subtemas y con los objetivos generales de la Reunión.

PRINCIPALES ASPECTOS DISCUTIDOS

Es obvia la imposibilidad de resumir y aun de reflejar en un texto sintético la riqueza de tres días de discusiones sobre un tema específico que interesaba a todos los participantes. No es tampoco la intención divulgar conclusiones o recomendaciones ni resumir ponencias cuyo texto se incluye en este documento.

El objetivo de este resumen es destacar algunas de las ideas más enfatizadas en las discusiones por su complejidad, por su importancia y por la necesidad de mayor trabajo en su desarrollo y, en algunos casos, en su aplicación.

El primer subtema, "Educación y Nivel de Salud de la Población", permitió una serie de discusiones centradas fundamentalmente en el problema de la educación y el papel de la universidad. Más allá de la capacitación profesional, la educación fué discutida como proceso social de transmisión de conocimiento, pautas y aptitudes tendiente a formar en los miembros de sociedades específicas conceptos, hábitos, habilidades y normas de conducta coherentes con las necesidades y la búsqueda de respuesta y solución a los problemas de la sociedad y sus miembros. Como consecuencia lógica, tanto los contenidos como los métodos educativos se van transformando en función de la estructura y la dinámica social.

La educación, en el contexto anterior, tiene una relación esencial con los problemas de salud y la enfermedad. Mediante ella se transmite el conocimiento acumulado, se forman actitudes y hábitos y se capacita en los procedimientos y técnicas relacionados. Lógicamente el tema de la universidad mereció especial interés. Se reconoció que tanto en sus raíces históricas como en su trayectoria la Institución ha tenido un papel a la vez de transformación y de conservación. Es ella una de las instituciones implicadas en el proceso educativo, pero en el cual muchas otras instancias e instituciones también lo están. Se señaló que, a pesar de la diversidad existente en América Latina, pueden configurarse algunas especificidades de la Universidad latinoamericana que la diferencian de las Universidades de otras regiones y que determinan tanto algunas de sus posibilidades y de sus logros, como de sus limitaciones y frustraciones. Como el resto de la sociedad, la Universidad ha resentido el peso de la crisis políticoeconómica que ha venido a agravar muchos de los problemas acumulados por la Universidad, especialmente de orden económico, limitando seriamente sus posibilidades de desarrollo científico-tecnológico, de actualización de personal y de equipo, de oportunidad en la identificación de problemas prioritarios y en la producción de conocimientos y propuestas de respuesta, de ampliación de cobertura de sus programas y cupos en condiciones adecuadas, y, en síntesis, de sintonizar más adecuadamente con las necesidades e intereses sociales. Se enfatizó, no obstante, que tales limitaciones no obedecen sólo a las dificultades económicas e inclusive a los efectos globales de la crisis; la Universidad latinoamericana tiene problemas estructurales, inercias y desviaciones en su trayectoria que sería impropio atribuir exclusivamente a las cuestiones coyunturales.

Al analizar las diferentes funciones que competen a la Universidad (generación del conocimiento, arte y técnica mediante la investigación; transmisión de tales productos y del saber acumulado en procesos de formación de personal, y participación en la búsqueda de respuestas a necesidades sociales mediante programas de expansión y de servicios), se comentó cómo el énfasis de la acción universitaria ha estado en la formación de personal con notables ausencias o retrasos en los otros dos campos. Además, en los procesos formativos, no siempre ha logrado la Universidad articularse a los proyectos y prioridades nacionales ni adecuar los contenidos transmitidos, las pautas impulsadas y las actitudes formadas a las exigencias sociales,



21 OCT. 1991

nacionales y regionales. Las diferentes intervenciones en la reunión recalcaron que, además de las funciones anteriores, la Universidad debe ser también conciencia crítica de la sociedad. Este importante papel le demanda una permanente capacidad y disponibilidad para entender la problemática contemporánea, interpretarla, tomar distancias frente a intereses particulares que pretendan imponerse o controlarla, y adoptar una actitud vigilante frente al juego de los diferentes poderes sociales.

Hubo preocupación en el grupo de trabajo por la participación estudiantil en la vida universitaria. Se consideró inadecuada la actitud pasiva de buena parte del estudiantado que sólo asiste a la Universidad en actitud de recibir conocimientos y garantizar ascensos sociales por la vía de titulaciones y profesionalización. Se anotó también como insuficiente la actitud que se circunscribe a la denuncia. Se destacó la importancia y se dieron algunos ejemplos de participación organizada, activa y propositiva del estudiantado en la orientación, gestión y marcha de la Universidad. En el campo de la formación de personal en las áreas de la salud, el estudiantado puede tener un papel más activo, cuestionador e impulsador, interpretando mejor las necesidades sociales. Adicionalmente se comentó la importancia de la vinculación activa del estudiantado en el proceso de repensar el papel de la Universidad latinoamericana frente a la problemática de salud en toda la América. Su participación mayor en eventos de esta naturaleza puede ser una de las formas de estimularla y debe garantizarse para las próximas reuniones.

El segundo subtema: "Orientación Programática Biológica y Social en la Educación y Nivel de Salud de la Población", desarrollado por tres expositores y enriquecido con la intervención de un profesor de escuela primaria que representaba una organización popular nacional, estimuló interesantes discusiones en el Grupo de Trabajo. Los aspectos más importantes pueden agruparse en dos grandes bloques: uno referente a las implicaciones teórico-metodológicas de dicha orientación, y otro referido a sus implicaciones prácticas y a las posibles líneas de acción en tal sentido.

El estado conceptual del problema fue sintetizado por los expositores y retomado en la discusión. Al respecto se consideró como punto de partida el reconocimiento de la naturaleza también social tanto de los problemas relacionados con la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, como de las respuestas dadas o

requeridas. Reconocimiento que significa un orden de realidad en el cual logran su expresión culminante las dimensiones bioindividuales de la problemática. Estas últimas dimensiones no sólo no se niegan o desaparecen, sino que retoman su significado y sus demandas, pero sin apropiarse excluyentemente el contexto único de realidad y de racionalidad. Una comprensión así orientada de la realidad tiene profundas implicaciones teóricas, metodológicas y prácticas. Se resaltaron en especial dos: la necesidad de recurrir cada vez más al conocimiento y los métodos de las ciencias sociales (en especial la historia, la economía política, la sociología y la antropología) para lograr la comprensión y posibilitar la transformación de los problemas de salud. Dicho recurso no sólo no es una desviación sino que constituye una exigencia de la naturaleza propia del objeto del estudio y transformación. La racionalidad bionatural, que ya ha hecho enormes aportes en la comprensión y superación de algunos de los problemas de salud y que presenta hoy una vigorosa dinámica en campos tan estratégicos como la ingeniería genética, la inmunología y la bio-física, no agota el objeto ni dispone del instrumental metodológico requerido para su abordaje. La segunda implicación resaltada se refiere al protagonismo social, y no sectorial o profesional exclusivamente, en el enfrentamiento y transformación de los problemas de salud. Es también un imperativo de la naturaleza misma de la cuestión tratada. No es una ideologización indebida o una actitud populista. Es cuestión de coherencia postular que si los eventos son también esencialmente sociales, su transformación sólo es posible al interior de la dinámica social.

Recibió algunas consideraciones críticas la categoría propuesta por uno de los expositores como posible aporte conceptual. Se trata de la categoría "Proceso Vital Humano" con la cual se quiere resaltar la esencialidad de la vida humana como eje del saber y del hacer en salud, superando el territorio exclusivo de la salud y la enfermedad, y manteniendo tanto el carácter de proceso de la realidad como la identidad de sujeto social del ser humano.

Mereció especial discusión un modelo propuesto por otro de los expositores. En la búsqueda de ampliar la capacidad explicativa y metódica de la epidemiología que viene tratando de dar cuenta del carácter histórico-social de los problemas de salud-enfermedad, y de instrumentos que permitan establecer mejor las mediaciones específicas que permiten comprender la complejidad biosocial de la temática en cuestión, el

expositor propuso un Modelo de discusión basado en la relación hombre-naturaleza concebida dicha relación como "intercambio orgánico" que opera mediante las formas de apropiación históricamente determinadas. En la medida en que se desarrolla dicha relación, se transforma tanto la naturaleza externa –que deviene en un espacio fuente potencial de patogenicidad– y se transforma también la naturaleza humana que deviene en realidad biosocial planteando entonces un doble nivel problemático en lo referente a la enfermedad: uno individual –enfrentado por la clínica– y otro colectivo, abordado por la epidemiología. Entre otras cosas, el modelo permitiría la identificación de unidades integradoras de lo biosocial, posibilitando un enfoque y acciones interdisciplinarias. En el curso de la discusión se hicieron mayores aclaraciones sobre el modelo y se advirtieron los posibles riesgos de lo que podría considerarse un cierto ecologismo y la necesidad de formular con mayor claridad las raíces e implicaciones económicas e histórico-sociales del mismo.

Conviene anotar también en este bloque conceptual la discusión sostenida con respecto a la categoría "población", que no establece ninguna especificidad más allá de conjunto de seres vivos, sin incluir delimitantes sociales, sexuales, raciales, geográficos, comunitarios o etéreos. Con la categoría "nivel de salud" el cuestionamiento se refirió principalmente a su origen más relacionado con una concepción relativamente estática y predominantemente cuantitativa de la salud, además de la dificultad para definir los niveles y seleccionar los indicadores más adecuados.

El segundo bloque de asuntos discutidos en el subtema de la orientación biosocial de la educación y su potencialidad de incidencia sobre la salud de la sociedad se refiere a las implicaciones de tal orientación tanto en los procesos formativos como investigativos y aplicativos, y a las posibles líneas de acción dentro del quehacer universitario al respecto.

Una primera consideración resaltó el hecho de que un enfoque que integre realmente lo biosocial en la problemática de la salud implica profundas modificaciones en la manera de investigar, pensar, educar y atender en el campo específico. No se trata de incluir disciplinas de ciencias sociales en los currícula de las Escuelas del área de salud, ni adornar los análisis convencionales con alusiones a los trasfondos económico-sociales de los problemas. Entre muchas de las impli-

caciones, que en ocasiones constituyen a su vez posibles vetas de trabajo, se enunciaron:

- La necesidad de redefinir la temática considerada; como propia del área de la salud, repriorizando problemas, construyendo en conjunto con las fuerzas sociales e en movimiento los objetos de investigación y acción más indicadas, y ampliando los contenidos en extensión –temas relacionados con la vida, con la muerte, con la interacción hombre-naturaleza– y en profundidad en la medida en que sean considerados sus diferentes niveles de realidad y complejidad. La construcción de ejes temáticos en los cuales sea mayor la visibilidad biosocial puede contribuir a organizar mejor el proceso formativo, dar mayor respuesta social y motivar mayor profundización teórico-metodológica. Fue persistente en el Grupo de Trabajo la preocupación por el incremento de la rigurosidad metodológica en los trabajos que pretenden desarrollar una concepción histórico-social de la salud. A pesar de los avances, es aún muy largo el camino por recorrer.

- Los modelos pedagógicos con que la Universidad viene formando el personal profesional del área de la salud requieren también grandes modificaciones. Se enunciaron entre ellas: avances hacia un trabajo articulado por ejes temáticos en lugar de unidades disciplinarias; contacto precoz del personal en formación con las condiciones de vida y trabajo de la población, asumiendo compromisos institucionales en la búsqueda de alternativas a los problemas de salud, y recorriendo los estudiantes los diferentes niveles de atención; consecuente con lo anterior, el hospital debe ser uno de los espacios pero no el único ni, posiblemente, el más importante en el conjunto del proceso formativo; basar el proceso formativo en la búsqueda de respuesta a problemas reales constituidos tanto en objetos de investigación científica e interdisciplinar, como en objetos de transformación en cuya búsqueda se construyan conocimientos, tecnologías, organización social y metodologías de investigación y acción.

- La recolección del protagonismo social en el campo de la salud implica tanto una democratización coherente con el enfoque planteado, como también un avance en la desmedicalización y una tarea cuya ejecución ofrece un amplio campo de acción y formación para las diferentes fuerzas y organizaciones sociales y para el personal profesionalmente orientado al campo.

Se utilizó el término de educación movilizadora para referirse a esta modalidad educativa.

- Parece conveniente repensar y fortalecer las experiencias de integración de las ciencias sociales en los programas de formación de personal de salud tanto a nivel de pregrado como de postgrado. Al respecto parece requerirse rigor y creatividad para lograr que dicha integración efectivamente lo sea, cubriendo los campos de contenidos, metodología y prácticas. Es pensable que en lugar de disciplinas aisladas haya que pensar en estrategias de vinculación justamente en el momento en que los problemas se presentan, en su medio natural y con la mayor rigurosidad posible. Si bien el papel de los postgrados merece atención, parece haber mayores requerimientos y posibilidades en el trabajo a nivel de pregrado. Hay que intentar, inclusive, que los postgrados contribuyan a estimular y reforzar el proceso formativo de los pregrados en el área.

- Por cuanto el proceso formativo no se restringe al ámbito universitario, se requiere llegar con los contenidos de la orientación comentada en el subtema a los diferentes escenarios sociales. Al respecto destacó el importante papel que en la sociedad actual cumplen los medios de comunicación social como canales de circulación de información y mecanismos de constitución de pautas e intereses colectivos. Superada la reducción centrada en lo patológico, la salud tendría muchos mensajes para transmitir y requeriría muchas tareas colectivas.

- Es preciso constatar que las resistencias a la orientación aquí esbozada no son sólo de tipo teórico-metodológico. Se desarrollan también en las luchas ideológicas y en las luchas de poder que se dan en la sociedad. Ni es sólo ni basta la científicidad, se requiere conciencia de los intereses en juego. Y en ellos la Universidad debe ponerse del lado de la vida y de las condiciones de salud de las mayorías de la sociedad en cuyo interior se desarrolla e intenta formar personal con visión y aptitudes de transformación.

El subtema: "Incorporación de Nuevas Tecnologías y Nivel de Salud de la Población", fue desarrollado por tres expositores y, al igual que los demás, discutido después en el grupo de trabajo. Fueron claras para el grupo sus limitaciones en el enfoque del tema dada su complejidad, su especificidad y el relativo nivel inferior previo en publicaciones, elaboraciones y discusiones. Consciente del carácter preliminar de la

discusión, y basado en los lineamientos dados por los expositores, el grupo trató de clarificar algunos conceptos y de plantear algunos de los problemas que la incorporación tecnológica está implicando en el campo de la salud. Como instrumentación eficaz del conocimiento y la ciencia, la tecnología constituye, en general un avance de la humanidad y ofrece grandes posibilidades auxiliares para la solución de problemas individuales y sociales. En la sociedad actual, no obstante, la tecnología ha devenido también en un instrumento de poder y su generación, utilización y expansión no sólo no han escapado sino que han contribuido a profundizar las diferencias entre grupos, clases y países. Su determinante fundamental hoy no parece ser la necesidad social sino las leyes del mercado y la acumulación de capital y, por tanto, de poder. Por esas vías, en lugar de constituir --como debería serlo-- un instrumento liberador, constituye en buena medida un instrumento adicional de dominación que se autoreproduce y amplía cada día sus potencialidades. La dominación a que se alude no es sólo político-económica, sino también cultural. La imposición de tecnologías conlleva generalmente el desplazamiento y desvalorización de otras formas o respuestas tecnológicas más autóctonas pero en desigualdad de condiciones de eficacia (en algunas ocasiones) y de mercado. Mientras dominen las leyes del mercado y la acumulación y no las necesidades humanas en el campo de la tecnología, los riesgos serán crecientes y se requerirá una permanente vigilancia no sólo de su eficacia y adecuación, sino de los contenidos y objetivos a los cuales viene ligada.

El tema de la tecnología en salud incluye pero rebasa la cuestión de la tecnología médica. Se extiende a toda la tecnología de alimentos, de cultivos, en el trabajo, en el transporte y, desafortunadamente también, a la que podría llamarse la tecnología de la muerte y la destrucción trágicamente expresada en la prodigiosa tecnología bélica que consume billones de dólares y constituye uno de los mayores riesgos aún para la sobrevivencia de la humanidad y de la vida misma. La sobrevalorización de la tecnología ha llevado inclusive a identificar medicina científica con medicina de complejos insumos tecnológicos, lo cual no necesariamente es así. Con el agravante de que, mediante los mecanismos de propaganda y de creación de estereotipos mediante los medios de comunicación, se genera una alta exigencia social de tecnología no siempre costeable, ni siempre justificable, ni siempre eficaz.

Las universidades latinoamericanas no sólo viven un enorme desfase tecnológico –debido justamente a su situación de dependencia y a los determinantes económicos anteriormente enunciados– sino que frecuentemente carecen de criterios y políticas tecnológicas. No sólo no hay con qué investigar en tecnologías adecuadas o con qué comprar instrumentos y equipos, sino que además se carece de criterios institucionales para definir qué tecnologías deben integrarse al proceso formativo en el caso de la salud, por ejemplo. Y todo bajo una enorme presión tanto de la sociedad en general como del mercado de trabajo en el cual el estereotipo tecnológico impone leyes y demandas. No se trata, por supuesto, de defender un neo-ludismo que impulse la destrucción del arsenal tecnológico acumulado, ni de defender actitudes primitivistas de rechazo sistemático al progreso tecnológico. Se trata de colocar el problema en sus órdenes reales de magnitud y de invitar a pensar sistemáticamente el problema y buscarle respuestas realistas. La invitación, válida en general, lo es especialmente para las instituciones formadoras de personal profesional en salud en las cuales se considera básico, como mínimo:

- Establecer políticas y prioridades tecnológicas acordes con la cultura, las necesidades y las posibilidades económico-científicas.
- Evaluar y vigilar las tecnologías existentes tratando de reconocer su eficacia, su utilidad y su conveniencia.
- Establecer políticas de investigación en adecuación tecnológica que posibiliten no sólo la reducción de costos sino también la adecuación a las necesidades y a la cultura.
- Poner a prueba selectivamente muchas de las tecnologías de uso popular y en las cuales con frecuencia se encuentran respuestas eficaces y científicas a las necesidades de salud.
- Pensar la cuestión de la tecnología médica dentro del marco referencial mayor de la tecnología en salud, la tecnología de la muerte y, potencialmente, las tecnologías de la vida.

Contribuir a crear conciencia social sobre el problema de la tecnología, suministrando análisis que permitan orientar discusiones y acciones sociales en este campo.

RELATOR GENERAL
Dr. Sául Franco Agudelo

Introducción al Tema "Papel de la Universidad Elevación del Nivel de Salud de la Población"

Dra. María Isabel Rodríguez
Organización Panamericana de la Salud

"La Universidad aparece en la sociedad actual como un espacio donde se concentran las actividades intelectuales y el universitario se presenta como el intelectual de la sociedad en su conjunto. En este espacio, históricamente determinado, se integran en forma organizada la producción, la transmisión y la socialización del saber. El saber que la Universidad concentra, es aquél que la sociedad legitima y que se constituye con el saber relativo a una sociedad y tiempo determinado; y con el saber que ha resultado de la experiencia de la humanidad.

La Universidad crea en su proceso de desarrollo, un espacio social diferenciado, que le permite mediar las presiones y requerimientos externos, así como regular las acciones y relaciones universitarias.

Así, mientras que las estructuras externas intentan que en la Universidad se refleje la "necesidad social", tal como es interpretada por esas estructuras, la Universidad determina con un cierto grado de autonomía la organización de sus actividades y reinterpretación de dichas necesidades sociales.

Es por consiguiente, dentro de estos límites, donde se dan las posibilidades de la creatividad y de la innovación."

Bojalil, L.F. y García J.C. ¹

La concepción de una Universidad latinoamericana comprometida, que oriente sus posibilidades de creatividad e innovación hacia el desarrollo de prácticas sociales al servicio de las grandes mayorías de la sociedad latinoamericana constituye el transfondo de los esfuerzos conjuntos de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En este contexto se identifican y refuerzan los propósitos de ambos organismos regionales. Por una parte, la UDUAL que en su Carta ² fundamental coloca por igual su objetivo básico de "orientar la educación

universitaria al pleno desarrollo de la personalidad humana y sus otros propósitos, entre ellos los de:

- Contribuir a la elevación del nivel espiritual y mejoramiento material de todos los miembros de la comunidad mediante la creación y la difusión de la ciencia y la cultura;
- Inspirar su labor en las realidades de su núcleo nacional y en el conocimiento de los problemas latinoamericanos y universales, a fin de estimular el sentido de integración en la humanidad;
- Formar el espíritu cívico y la conciencia social de conformidad con los ideales de paz y de respeto a los derechos humanos consagrados por las Naciones Unidas;
- Afianzar los principios de independencia política y liberación económica de las naciones latinoamericanas
- Contribuir al fortalecimiento de las libertades fundamentales, de la democracia y la justicia social;
- Propiciar la integración cultural y económica de los pueblos de América Latina.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud, que tiene como propósito fundamental "la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes"³, y que, como organismo regional de la Organización Mundial de la Salud, comparte sus principios fundamentales, entre ellos el de que "la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad internacional" y su fin "alcanzar para todos los pueblos del mundo el grado más alto posible de salud".⁴

La UDUAL y la OPS han venido colaborando a partir de 1957, año en que organizaron y desarrollaron conjuntamente la Primera Conferencia de Facultades y

Escuelas de Medicina de América Latina.⁵ A partir de esta primera conferencia se suceden diecisiete foros continentales, catorce de medicina, cinco de odontología y dos de enfermería, cuyos contenidos documentan las tendencias, cambios y transformaciones operados en el campo de la educación médica, odontológica y de enfermería en América Latina. Estas conferencias constituyen el germen de la creación de las actuales Asociaciones de Facultades y Escuelas del sector salud y de este movimiento de búsqueda conjunta de la respuesta universitaria a las demandas cambiantes de salud de los países.

Uno de los retos más importantes para las Universidades del mundo ha sido el llamado a participar en el esfuerzo mundial de "Salud para Todos en el Año 2000". Tanto esta meta como su estrategia principal, la atención primaria, adoptada en Alma-Ata⁶, se inscriben en la lucha por rescatar la salud como derecho esencial de todos los hombres, como responsabilidad de toda la sociedad, incorporando a su vez principios fundamentales de equidad, solidaridad y justicia social. Una mala lectura de la Declaración de Alma-Ata llevó a una interpretación simplista considerando que la meta y su estrategia, la atención primaria, podrían lograrse con programas especiales más o menos revestidos de prioridad, dejando a los sistemas formales liberados a su propia dinámica, con lo cual el personal formado por las Universidades quedaría liberado a su vez de la responsabilidad directa en el proceso. La transformación de los sistemas de salud necesarios para enfrentar el reto que la meta implica, requiere de personal del más alto nivel científico técnico, pero por encima de todo profundamente identificado y comprometido con la sociedad a la cual sirve. Es en este contexto que la Asamblea Mundial de la Salud y el Consejo Directivo de la OPS adoptan en 1984 sendas resoluciones sobre la "Función de las Universidades en las Estrategias de Salud para Todos".

Este llamado genera en la Región de las Américas una serie de respuestas destinadas tanto a profundizar en el papel de las Universidades como a propiciar su incorporación en el esfuerzo común por el enfoque interdisciplinario del concepto y la meta de salud de los pueblos de la Región en las próximas décadas.

El reconocimiento de que la salud por su carácter interdisciplinario sólo puede lograrse mediante la acción coordinada de diversos sectores y el desarrollo de diferentes campos de conocimiento, llevo al esta-

blecimiento de un programa de apoyo universitario para el desarrollo de la salud: "Universidad y Salud para América Latina y el Caribe Siglo XXI" - (USALC XXI), cuyo objetivo general es el de "promover la incorporación de las Universidades de la Región en el desarrollo de la salud de la población de América Latina y del Caribe prospectivamente hacia el siglo XXI, mediante la coordinación de los esfuerzos entre la Unión de Universidades de América Latina y la Organización Panamericana de la Salud".⁸

El programa se está desarrollando a través de dos vertientes fundamentales. Por una parte, una línea de trabajo tendiente a la amplia movilización de las Universidades, y no sólo de las áreas específicas relacionadas directamente con salud, alrededor del estudio y del compromiso con salud como valor social y problema de todos. El apoyo al desarrollo de núcleos interdisciplinarios de investigación y desarrollo en salud, y la realización de seminarios nacionales y sub-regionales han constituido actividades fundamentales en el esfuerzo por promover la amplia movilización de los distintos sectores de la Universidad en pro de la meta de salud para todos.

Como señalábamos en la reunión sobre el proyecto USALC XXI realizada en Sao Paulo⁹ en julio, este proyecto les ofrece a las Universidades colaboración para llevar a la práctica su función fundamental de producir conocimiento científico sobre un campo fundamental y básico del bienestar de la sociedad, como es la salud; pone a prueba su capacidad de trabajo conjunto, rompiendo con las barreras creadas fundamentalmente por un quehacer educativo que esta rígidamente consolidado a través de la compartimentalización; les da la oportunidad de contribuir con nuevos conocimientos a la solución de problemas básicos de la colectividad; refuerza su posición de compromiso frente a la sociedad, y abre caminos para la interacción con esa sociedad. Por otra parte, ofrece una base concreta para el trabajo interuniversitario latinoamericano, ese trabajo tan escaso, que postulado en los foros, parece fácil y apenas ha sido llevado a la práctica con débiles logros de intercambio interuniversitario.

La otra vertiente, mas directamente relacionada con el tema que nos reúne, se refiere al trabajo que realizan las Asociaciones de Facultades, Escuelas y Departamentos de Medicina, Odontología y Enfermería y que en su desarrollo incorpora ahora la participación solidaria de las Asociaciones de Facultades y

Escuelas de Salud Pública de América Latina y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social aquí representadas, así como la Coordinadora Latinoamericana de Estudiantes de Medicina, que enriquecerá con nuevas ideas y propuestas esta reunión.

El primer intento en pro del desarrollo de un trabajo conjunto de las Asociaciones de Facultades y Escuelas de campo de la salud de América Latina se expresa en la Declaración de Lima¹⁰, formulada en marzo de 1987 por los directivos de las tres Asociaciones de Medicina/ Odontología y Enfermería. Una reunión conjunta de estas asociaciones y la OPS realizada en Caracas en 1988¹¹ permite concretar el programa de acción conjunta que una vez convenido y aprobado por UDUAL propone el desarrollo de una Convención Latinoamericana de Ciencias de la Salud en La Habana en 1991. Se propone una reunión multidisciplinaria para abordar el tema de "La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población". Alrededor de este tema las Asociaciones de Facultades y Escuelas han volcado una gran parte de sus esfuerzos. La Organización de Facultades y Escuelas y Departamentos de Odontología (OFEDO) ha realizado ya la reunión del núcleo básico que le corresponde coordinar y ha aprovechado cuanta oportunidad ha tenido para difundir el contenido de su relatorio en referencia con el tema de su responsabilidad "La Contribución de la Universidad a la Atención Primaria y a los Sistemas Locales de Salud."¹² por su parte la ALAFEM responsable del desarrollo del Núcleo Básico III: "La Universidad y la Práctica de Salud", se prepara para discutir esa temática en Santo Domingo en marzo de 1990.

La ALADEFE ha sido responsable de ofrecer su apoyo para el desarrollo del trabajo del Núcleo Básico I, sobre el "Papel de la Universidad y la Elevación del Nivel de Salud de la Población." Distinguidos profesionales representativos de las cinco asociaciones fueron seleccionados para reflexionar sobre el tema propuesto y preparar sus contribuciones que han de servir de base a las discusiones de esta reunión y se constituirán en el aporte fundamental para la reunión de la Habana de 1991.

¿Qué se proponen las asociaciones con estas reuniones? Es una pregunta que inquieta pues podría tener una respuesta simplista en la que no quisiéramos caer. ¿Una reunión más para cubrir un tema y regresar tranquilos a nuestros respectivos ámbitos de trabajo satisfechos de la labor cumplida? Considero que esa

respuesta nos dejaría muy mal parados frente a la enorme responsabilidad que los centros superiores de formación de personal de salud han adquirido ante las angustiosas situaciones de salud de grandes grupos postergados de la sociedad latinoamericana. Por eso es indispensable pensar ¿qué representa esta tarea de los núcleos básicos? Son grupos responsabilizados de recolectar el pensamiento latinoamericano, de tratar de identificarlo, de interpretarlo y de volcarlo en un documento que a su vez vuelva a las Universidades, a las Facultades, a las Escuelas, a los profesores, a los grupos estudiantiles y a los organismos de salud y a la comunidad misma en busca de respuesta. Debe por consiguiente ser lo suficientemente provocativo para generar respuesta no sólo intra e interfacultades e interuniversidades sino también para generar su interacción con otros grupos y sectores comprometidos e interesados. Esas observaciones deben volcarse como nuevos insumos para la Reunión de La Habana en 1991 y ojalá en su camino ya provoquen resultados y generen nuevas experiencias.

El foro de La Habana no debiera servir simplemente para escuchar ponencias que reciban uno que otro comentario, por favorables que sean. Dicho foro ha sido concebido como oportunidad para la construcción de una **postura universitaria latinoamericana en el campo de la salud** y no sólo eso, sino que esa postura debe exigir un compromiso, cuya definición y ejecución es parte fundamental de este proyecto.

El Temario de la Reunión. Esta introducción quedaría trunca si no gastáramos algunos minutos en una breve lectura del mensaje que para su desarrollo ha sido planteado por los directivos de las tres Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina, Odontología y Enfermería y por la propia UDUAL. Coincidimos con varios de los ponentes que han expresado la necesidad de hacer algunas precisiones con la temática a desarrollar, la cual indudablemente será enriquecida por sus propias contribuciones y la de los participantes en este proceso de reflexión y análisis.

Nuestro tema central el "Papel de la Universidad en la Elevación del Nivel de Salud de la Población", sin lugar a duda es complejo, y podría requerir el análisis de sus diferentes categorías. En primer lugar, retomando el papel de la Universidad latinoamericana y tal vez con una buena carga de optimismo, quisiéramos ver a esta Universidad convertida, como lo plantea el Director de la OPS, al abordar el tema Universidad y la

salud para todos en el año 2000¹³, en "la conciencia crítica de la sociedad y en esa calidad, ser el instrumento para promover las transformaciones necesarias".

Estamos acostumbrados a pensar y a hablar de la Universidad latinoamericana como un organismo homogéneo, capaz de ofrecer respuestas integradas frente a una problemática, pese a que sabemos de su gran heterogeneidad como grupo y como parte. Pero al igual que lo hacemos al hablar de América Latina tenemos el derecho y el deber de ir en busca de posiciones y de acciones que nos acerquen a esa unidad lo cual pudiera resultar utópico, pero no nos impide intentarlo.

Tan sólo envolver en un proceso de reflexión sobre salud a una muestra representativa de las Universidades Latinoamericanas y dentro de cada una de ellas a un gran número de los grupos que la integran, podría considerarse una medida de éxito en el esfuerzo que se está iniciando. Tendríamos que asegurarnos de que si al hablar del papel de la Universidad latinoamericana estamos buscando universidades comprometidas con prácticas concretas que envuelvan a la mayoría de sus actores sociales y cuyo discurso no impregne solamente las declaraciones de sus dirigentes.

Se nos ocurre pensar en esa Universidad Latinoamericana que idealizamos, como aquella que produce conocimiento al servicio de la sociedad, que entrega ese conocimiento a la población y busca conjuntamente con ella la solución a sus problemas. Se nos ocurre también que esa Universidad debería formar sus cuadros a través de una práctica comprometida y que busca el acceso al conocimiento universal y al mismo tiempo le da una alta prioridad al conocimiento de la problemática regional nacional y local. También pensamos que esa Universidad como debiera ser, va a contribuir no sólo a la aplicación del nuevo conocimiento sino también al desarrollo de nuevas tecnologías, a la validación de aquellas que deben ser incorporadas, en fin, que están al servicio de los cambios y las transformaciones que las grandes mayorías y sobre todo que los desprotegidos están exigiendo.

Sin embargo, esta aspiración no nos da derecho a "imaginar" lo que está pasando y puede pasar en la Universidad latinoamericana. Sabemos poco de ella y al lado de los esfuerzos para envolverla, debe desarrollarse un gran esfuerzo por estudiarla más, por profun-

dizar en sus limitaciones, en sus diferencias y en los factores determinantes de dichas diferencias y que pueden contribuir a que un compromiso como el que está exigiendo este proyecto, no pueda fructificar. Las necesidades de intercambio y apoyo que puedan surgir de un mejor conocimiento de la Universidad Latinoamericana y en particular de su capacidad para actuar en salud podría llevar a considerar como indispensable acompañante de este proyecto el pensar en la intensificación y desarrollo en concreto de la solidaridad, latinoamericana orientada al fortalecimiento para actuar en el campo de la salud.

Pasemos entonces a tratar brevemente el otro componente el tema general que nos atañe, la salud de la población y dejaremos para los distinguidos participantes puntualizar si lo consideran necesario la discusión sobre el uso del término "nivel de salud".

No escapa a nuestra consideración las dificultades que para los diferentes ponentes puede haber tenido profundizar en la definición de esas categorías, particularmente porque contamos entre los ponentes con personas de gran rigurosidad. Ellos habrán de contribuir a enriquecer esa categoría sobre la cual comentaba García ¹⁴ hacia 1983 en relación con los análisis nacionales del sector salud: "pareciera correcto comenzar por lo que constituye la base y el sujeto de la actividad médica, la población, pero un examen cuidadoso revela que este punto de partida es falso, ya que la población es considerada como una abstracción, como un todo o conjunto de seres vivos sobre los cuales se estudia el tamaño, la muerte, la estructura de edades, fertilidad y fecundidad . . ."

García añadía, concordando con otros autores que "la población y sus características serían el punto de partida del análisis del sector salud a nivel de país sólo si se le considera como resultado de un proceso que parte de las determinaciones sociales", porque como había comentado previamente, "la población es una abstracción si se dejan de lado los grupos sociales que la componen, pero esos grupos son palabras vacías si se desconocen los elementos sobre los cuales reposan".

Estamos seguros que la propuesta hecha por la UDUAL será enriquecida con las recomendaciones que surjan de esta reunión, las cuales habrán de señalar los grupos prioritarios de la población que deberán de ser objeto de la atención principal de la Universidad latinoamericana.

La preocupación sobre la caracterización de la población latinoamericana ha sido y sigue siendo objeto de gran número de publicaciones internacionales. El mismo García¹⁵ en uno de sus últimos estudios sobre "Nuevas Tendencias en la Investigación Biomedica y Social" en 1983, planteaba que "el creciente interés en el ámbito internacional por la población que requiere servicios de salud...no aparecía reflejada para entonces en las publicaciones latinoamericanas". García se planteaba si no sería uno de los factores a considerar la falta de desarrollo adecuado de los recursos humanos para enfrentar nuevos problemas. Nos pareció aún más importante el hecho también evidenciado en el mismo trabajo, de que en la producción científica estudiada la cuota de participación de la Universidad latinoamericana va siendo cada vez menor. Pero es que tenemos que aceptar que muchas de nuestras Universidades en sus luchas por la sobrevivencia se han ido desvinculando de la producción de conocimiento. La mayoría se encuentran abocadas a una práctica educativa que lleva a un proceso de incorporación acritica de sus educandos en una enseñanza pasiva, libresca y desvinculada con la realidad. Es a ESA REALIDAD A LA CUAL LA UDUAL Y SUS ASOCIACIONES ESTAN BUSCANDO UNA RESPUESTA DE SUS UNIVERSIDADES.

REFERENCIAS

1. Bojalil, L.F. y García J.C. Consideraciones sobre el Marco Teórico de una Práctica Universitaria. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, Rectoría, 1981.
2. UDUAL. Carta de las Universidades Latinoamericanas, Buenos Aires, Argentina, 20-27 septiembre de 1959.
3. OPS/OMS. Documentos Básicos de la Organización Panamericana de la Salud. Documento oficial de la OPS 188, Washington, D.C., 1983.
4. ONU. Carta de las Naciones Unidas y Estatuto de la Corte Internacional de Justicia. San Francisco, 21 de junio de 1945. Naciones Unidas, New York.
5. UDUAL. La Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina, México D.F., 1957.
6. OMS/UNICEF. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS, setiembre 1978; OMS, Ginebra, 1978.
7. OPS/OMS. Función de las Universidades en las Estrategias de Salud para Todos. Programa de Personal de Salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 67, Washington, D.C., 1985.
8. UDUAL-OPS/OMS. Convenio de Cooperación Técnica entre la Unión de Universidades de América Latina y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud para el establecimiento de un Programa Universitario al Desarrollo de la Salud. (USALC XXI) marzo 1987.
9. Rodríguez, M.I. Proyecto USALC XXI. Presentación a la Reunión de Núcleos Interdisciplinarios USALC XXI, Sao Paulo, Brasil, 1989.
10. ALADEFE, ALAFEM y OFEDO. Declaración de Lima. Lima, Perú, marzo 1987.
11. ALADEFE, ALAFEM, OFEDO y OPS/OMS. Acta de la Reunión Conjunta, Caracas, Venezuela, 11-12 abril de 1988.
12. OPS/OMS, UDUAL, ALADEFE, ALAFEM y OFEDO. La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población. Informe de la Reunión del Núcleo Básico III sobre Contribución de la Universidad a la Atención Primaria y a los Sistemas Locales de Salud. Caracas, Venezuela, 7-11 noviembre 1988.
13. Macedo, Carlyle Guerra de. La Universidad y la Salud para Todos en el Año 2000. Editorial Educación Médica y Salud, 19(3): 259-265, 1985.
14. García, J.C. Análisis Nacionales del Sector Salud. Mimeo 10 pags., 1983.
15. García, J.C. Nuevas Tendencias en la Investigación Biomédica y Social. Presentado al evento "Salud para Todos", La Habana, Cuba, julio 1983, en Ciencias de la Salud, Edición Especial No. 3, año 1, octubre 1984.

Subtema I.1

Educación y Nivel de Salud de la Población

Educación y Nivel de Salud de la Población

Lic. Rosa María Nájera
Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Xochimilco, México.

"La Educación como práctica de la libertad, lo contrario de aquella que es práctica de la dominación implica la negación del hombre abstracto, aislado, suelto, deslindado del mundo como una realidad ausente de los hombres.

En contraposición con la educación tradicionalista (bancaria) la educación problematizadora de carácter auténticamente reflexivo implica un acto permanente de descubrimiento de la realidad. La primera pretende mantener la **IMERSION** la segunda por el contrario busca la **EMERSION** de la que resulta su **Inserción Política** en la realidad.

PAULO FREIRE

INTRODUCCION

En el transcurso del tiempo la sociedad se ha planteado siempre preguntas en relación a los factores que determinan el progreso y el desarrollo, asimismo ha tratado de establecer la interdependencia que existe entre las fuerzas productivas, las condiciones de trabajo, de educación y de vida, así como las relaciones sociales y la idea que tienen los individuos y los pueblos respecto al mundo. Se ha aceptado casi unánimemente que el modo de existencia del hombre, de los pueblos determina su pensamiento, su concepción del mundo y su modo de actuar.

Los grandes logros de la ciencia y del conocimiento, las transformaciones que se operan en la vida de las naciones, demuestra que en el plano interpaís también se produce esta interdependencia e influencia recíproca, que caracteriza el papel determinante que desempeñan los hombres y los pueblos en la realización de todas las transformaciones revolucionarias que tienen lugar en el mundo.

Actualmente, vemos como los pueblos luchan por derrumbar las viejas relaciones de desigualdad y de opresión, se liberan del colonialismo de la política imperialista, de la fuerza de la dictadura al crear nuevas relaciones de colaboración basadas en la igualdad y el respeto entre Estados y Naciones.

Los grandes cambios que se están operando en el mundo irán acentuándose en los próximos años; su sentido es eliminar la política de fuerza, de amenaza y de imposiciones y en ello la educación como proceso social tiene un papel definitivo.

Así el porvenir del mundo, sólo podrá determinarse a través de la participación conjunta y activa de todos los países del mundo en general y de América Latina en particular, sin distinción de tamaño y de régimen social.

En América Latina, se está gestando un proceso de cambio con profundo significado tanto en lo relativo a la afirmación del derecho de esos pueblos sobre sus riquezas y recursos nacionales y una política independiente, como el deseo de realizar una serie de profundas transformaciones sociales, con el fin de asegurar la participación de las masas populares en toda actividad social en este cambio; la salud es el primer baluarte a conquistar.

Estos procesos son irreversibles ya que el resultado del aumento de conciencia de todos y cada uno de nuestros pueblos, así como de la solidaridad que se da cuando existen problemas y causas comunes.

La Educación y la Salud forman parte integrante de ese proceso que se está gestando y aunque en ellos se evidencia todavía la gran problemática que caracteriza a los países de la Región; el conocer y descifrar esta situación es un paso adelante para continuar con el camino que se ha trazado.

El propósito de este trabajo es el de ofrecer a los participantes de este evento una serie de reflexiones sobre el tema de salud y educación. Pretende estimular a la comunidad aquí reunida a intercambiar conocimientos y experiencias, así como a confrontar problemas relacionados con el acto educativo y su trascendencia en la salud de nuestros pueblos. En fin, se quiere, que juntos encontremos soluciones nuevas a problemas viejos y nuevos en nuestra actividad cotidiana.

NIVEL DE SALUD DE LA POBLACION

En los últimos años los países de la región han logrado unir esfuerzos para luchar en pro de una mejor justicia en el trato económico con los países poderosos y aunque los resultados todavía no son los deseables, la causa económica común de su problemática les está permitiendo ser un factor que influye en el equilibrio político del mundo.

El nuevo orden internacional planteado por nuestros países corresponde a las ideas fundamentales del pensamiento democrático y es consecuencia lógica del derecho a la libre determinación y a la independencia nacional, se basa en el respeto a la igualdad de todas las naciones y se ha convertido ahora en condición previa para la paz y el progreso de la humanidad.

La salud y la educación de todo este planteamiento son premisas fundamentales y condición necesaria para el desarrollo y el progreso; constituyen derechos humanos básicos a la vez que son también los indicadores en que se manifiestan de manera más acentuada los desequilibrios sociales.

A la salud hay que abordarla de manera integral en relación al hombre como tal y a la sociedad en su

conjunto, con todas las interacciones sociales, económicas y políticas que ahí se suceden.

La salud expresada con el criterio de totalidad, es un componente esencial para obtener una calidad aceptable de vida. La salud es pues, una necesidad intensamente sentida por los hombres y en esto la educación tiene un compromiso con esos hombres para proporcionarles esas condiciones aceptables de bienestar y vida. Sin embargo, los países en vías de desarrollo están todavía lejos de obtener niveles adecuados de bienestar.

Los países de la región presentan actualmente un cuadro de grandes desigualdades en las condiciones de salud de sus habitantes. Esta injusticia se evidencia más cruelmente por la falta de acceso a los servicios básicos de atención a la salud por parte de la inmensa mayoría de los habitantes.

Los causales no sólo se encuentran en el problema de la deuda externa y de la crisis económica que nos está asfixiando, sino también se aprecian en la canalización de cuantiosos recursos para fines ajenos a las verdaderas necesidades de las grandes mayorías y en detrimento de los presupuestos para la salud.

Existe también una mentalidad sectaria entre los que manejan las decisiones en el propio sector que perjudica en mucho para que la salud llegue ahí donde se necesita; falsas necesidades, intereses egoístas y una provocada confusión entre complejidad y alto costo de las prestaciones con la verdadera calidad y real necesidad se conjugan para que sean muy pocos los que tienen permanente acceso a los medios de atención y cuidado de la salud.

A continuación se presentará un panorama diferente y general del nivel de salud en los países de América Latina y el Caribe, con la intención de que sirva de reflexión y análisis sobre la contribución que en ello ha realizado la educación, como el Sistema que provee los recursos humanos que hacen posible llevar la salud a todos y cada uno de los pobladores de este Continente.

PANORAMA DE SALUD

El panorama de salud en América Latina al iniciar este último tramo del siglo XX no puede ser más desalentador. El contraste entre los adelantos científico-técnicos con la pobreza y la miseria es cada

vez más violento. Existe una situación de injusticia evidentes con respecto a las condiciones de salud entre los diferentes países y dentro de cada uno de ellos en los distintos estratos socio-culturales y en las diversas regiones geográficas.

Los que viven en países pobres no tienen iguales posibilidades de salud que los habitantes de países ricos. Idénticas situaciones de desigualdad se dan en poblaciones de regiones geográficamente apartadas en los pertenecientes a minorías étnicas y en vastos sectores carentes de condiciones de vida adecuada, aún de los países llamados desarrollados.

Es conocida la diferente expectativa de vida que tienen hoy los niños según el país en que éstos nacen. A este respecto la Dra. Elsa Moreno menciona en el artículo "Los Niños de América Latina y el Caribe", que las tasas de mortalidad en los diversos países en 1984 fluctuaron entre 117 por mil nacidos en Haití y 1 por mil en Cuba, con lo cual se evidencia también la concepción de salud y su relación con los demás factores sociales que cada sociedad determina.

Por otra parte suman millones los individuos que aún padecen tuberculosis, lepra, paludismo y otras enfermedades transmisibles y el número de personas que padecen formas graves de mal nutrición calórico-proteica es alto, sin dejar de mencionar los problemas de salud propios de los países desarrollados como son entre otros las enfermedades crónico degenerativas, la drogadicción, el alcoholismo, etc.

Las injusticias con la salud cobran sus aspectos más crueles al considerar la cobertura actual de los servicios de salud. El problema de las injusticias con la salud va acompañado de otras injusticias que se dan en todos los aspectos de la vida humana, como son entre otros la educación, empleo, vivienda y la violencia que sucede cada vez con más fuerza.

Se vaticina que la actual población se duplicará en los próximos 30 años, de no medir una reacción de la consecuencia mundial, la injusticia se ahondará, pues tenemos por otro lado que sólo una parte de la población acapara el 75% de los ingresos de las inversiones en el mundo entero y que la ciencia y la tecnología son a la vez propiedad de unos cuantos.

En relación a la cobertura de los servicios, el Director General de la OMS ha enfatizado una y otra vez en

la necesidad de que los cuidados de la salud deben repartirse con equidad, sugiere a los que tienen poder de decisión que se pregunten ¿cómo debemos usar los recursos disponibles para dispensar cuidados de salud a toda la población? en lugar del planteamiento que clásicamente se formulan los administradores ¿a cuántas personas podemos ofrecer cuidados óptimos de salud?.

CAUSAS DE LAS INJUSTICIAS EN SALUD

Poco hemos dicho, son los que tienen acceso a servicios de salud y reciben el discutible beneficio de complejos y costosos medios de diagnóstico y tratamiento. Multitudes no tienen acceso permanente a ningún servicio básico de salud, los motivos son de diversa índole y trataremos de enfatizar sólo algunos por considerar son relevantes:

Industria Médica. La industria médica ha creado expectativas y falsas necesidades, ha logrado establecer en las últimas décadas una sociedad consumidora de aparatología sofisticada y de tecnología compleja, no sólo los profesionales conforman esta sociedad consumidora, también el público demanda para sí, el empleo de los mismos. A la población se le ha impuesto un equivocado concepto de que sofisticación y alto costo es garantía de calidad.

El profesional se siente intelectualmente necesitado de dominar la tecnología compleja, tiende a la especialización y se pierde en forma acelerada la relación personal y familiar. La sociedad por su parte considera a quienes practican una medicina que se puede codificar de espectacular, como perteneciente a un status superior dentro del prestigio social y en un gran porcentaje este grupo llega a dominar los puestos de decisión en relación al valor salud, dándole, imprimiéndole su propia ideología al hacer su programación y aplicación. Pocos son los que se ocupan por otra parte de los servicios básicos de salud que requieren acciones de baja complejidad, de un costo reducido, de óptima calidad, de importancia vital pero sin espectacularidad ni rentabilidad económica.

Industria Farmacéutica. Esta industria ha logrado, mediante sutiles estímulos, que se genere en los profesionales y en la población una mentalidad farmaco-dependiente. El profesionista es inducido a recetar de manera exagerada. Lo más grave de esta situación es que su capacidad de decisión científica ha sido bloqueada por la propaganda científica. Los mismos

pacientes exigen medicamentos como la conclusión lógica y obligada de toda consulta médica.

El precio de los medicamentos y la predisposición del profesional para recetar de cualquier manera constituyen una real barrera de acceso a los servicios de salud para grandes sectores de la población, sin dejar de mencionar por otra parte que los países subdesarrollados sirven de laboratorio experimental para muchos fármacos provenientes de países desarrollados.

Perspectivas sectoriales y personales. Es común observar tanto en las esferas gubernamentales como en las no gubernamentales que los recursos son empleados para satisfacer otras necesidades distintas a las que son demandadas por la situación real de la población. La decisión sobre el destino de los mismos está fuertemente influenciado por el afán de satisfacer variadas inquietudes intelectuales, la curiosidad científica, necesidades psicológicas, económicas e intereses de prestigio, ya sea de individuos o de grupos específicos, en detrimento de lo que realmente necesitan los grupos mayoritarios de la comunidad.

Es así como se observa la constitución de verdaderos feudos dentro de las instituciones de salud y educativas dedicados más a fortalecer el status quo que a destinar esos recursos ahí donde se requieren.

Formación Universitaria. Un último punto lo constituye la formación universitaria, ya que ésta se caracteriza porque en sus aulas predomina la enseñanza individual, competitiva y cientifista acarreado como consecuencia la producción de un personal y lo que es más trágico, una pérdida creciente de una actitud humanista y comprometida para con sus semejantes.

Como aspecto positivo podría mencionarse el compromiso que todos los países miembros de la OPS/OMS suscribieron para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 y los esfuerzos que cada uno está haciendo para llegar al siglo XXI con una población que cuenta con mejores condiciones de vida y para lo cual se están haciendo una serie de reformas tanto en la planeación como en la operación de los servicios.

ALGUNAS REFLEXIONES DE LA EDUCACION

Después de presentar de manera general algunas reflexiones sobre el estado de salud, es conveniente

analizar algunos aspectos de la educación que consideramos importante tomar en cuenta, ya que como se mencionó antes, al igual que la salud, esta es una premisa básica y un valor humano, ya que ambos se dan en forma interactuante y hacen que los hombres que las obtienen estén listos para conquistar otros bienes sociales.

La educación, tarea esencial en la vida de cada pueblo, depende en su naturaleza y desarrollo de la organización de una sociedad determinada básicamente por las estructuras económicas establecidas.

Toda sociedad moderna tiene un sistema de enseñanza superior que desempeña importante papel en la transmisión y el desarrollo de normas e ideales sociales, así como de conocimientos científicos y técnicos en el sentido más amplio del término. Es lógico que tal sistema participe siempre en forma más o menos clara y evidente de los problemas de la sociedad a la que pertenece; su estructura, sus objetivos, sus logros y sus dificultades están condicionados por los intereses de las clases y grupos dominantes de su sociedad y reflejan en alguna medida las expresiones de clases y grupos que se oponen a aquellos y por las posibilidades, perspectivas y limitaciones económicas de sus integrantes; así tenemos que toda forma histórica de sociedad ha desarrollado su propia manera de educar al hombre y de prepararlo para que participe en forma adecuada en la producción y en la vida social.

Podemos afirmar que no es la educación la que conforma la sociedad de cierta manera, sino la sociedad, la que conformándose de cierta manera, constituye la educación de acuerdo con los valores que la orientan; éste, sin embargo, no es un proceso mecánico, la sociedad estructura la educación en función de los intereses de quien tiene el poder, para tener en ella un factor fundamental para su preservación.

La educación de las profesiones de salud no se escapa de esta dinámica, ya que forma parte de todo proceso educativo.

Las clases dominantes han sostenido y definido en los predios de la cultura y de la educación, una distinción maliciosa entre el trabajo de la mente y la obra de las manos y cómo la historia de la humanidad según el decir del autor de "El Capital", es la historia de la lucha de clases. La obra educacional en América Latina ha reflejado por siglos la entraña de tal lucha, tantas veces

encubierta por manifestaciones elocuentes y despidadas, (1) fue así que se dió una derivación obligada en estas sociedades constituidas por un grupo dominante y por los trabajadores oprimidos lo que originó que se fuera construyendo una educación para la dignidad humana y otra para el provecho general, quedando como consecuencia de ello que en muchas instituciones educativas de nivel superior la enseñanza de personal técnico fuera dejado de lado, a este respecto cabría preguntarse: ¿quién, cómo y dónde se debe formar al personal técnico?.

Las escuelas a menudo existen en relación contradictoria con la sociedad dominante apoyando y cuestionando alternadamente sus supuestos básicos; por ejemplo, a veces apoyan la educación liberal que está en aguda contradicción con las demandas de la sociedad dominante, por formas de educación especializada, instrumental, y vinculada a la lógica del mercado; en otras ocasiones se dice que son instituciones comprometidas socialmente y en la práctica sucede que viven un mundo diferente.

Además las escuelas todavía definen su papel como agencias de movilidad social aunque regularmente produzcan egresados a una tasa mucho más rápida que la capacidad económica para emplearlos y los forman en disciplinas que no corresponden propiamente a las demandas de la colectividad.

En casi todos los países de la región se experimentó en la década de los 60 y 70 un replanteamiento y con ello una reforma de la educación superior como consecuencia de una crisis política que antecedió a la gran crisis económica de la actualidad y que se hizo muy evidente en las instituciones de enseñanza superior.

Al respecto, Gilberto Guevara señala que la educación superior había evolucionado sobre el modelo clásico de la universidad humanística liberal y seguía produciendo profesionales liberales, al mismo tiempo que los planes de estudio universitarios mostraban en general un alto nivel de obsolescencia en sus contenidos.

Se requiere por lo tanto reestructurar la Universidad, despojarla de su antiguo espiritualismo, actualizar el saber que transmitían, vincularla más estrechamente

(1) Gaspar, Jorge y García Gallo

con los problemas y necesidades del desarrollo, para lo cual en el caso de las instituciones formadoras de recursos para la salud se comenzó de manera un poco más abierta la enseñanza de las ciencias sociales, la medicina preventiva y la integración docencia-servicio.

La modernización de las instituciones universitarias tradicionales encerró un conjunto abultado de problemas, situaciones de tensión y polarización entre fuerzas modernizadoras y fuerzas conservadoras, tanto dentro como fuera de la universidad, aspectos que en algunas instituciones todavía están latentes.

Estos cambios en la enseñanza superior originaron, en un gran porcentaje de ellos, varias situaciones como las siguientes:

Las instituciones universitarias recibieron el impacto de presiones políticas, tanto externas como internas, que las llevó en muchos casos a una profunda bancarrota y deterioro académico, que aunado a los conflictos de clase, estimuló el surgimiento y fortalecimiento de universidades privadas, las cuales según Latapí, son de dos tipos: Las de alta calidad académica que prestan un servicio educativo de clase para formar personal calificado para las empresas privadas ó para los organismos técnicos del estado y las de baja calidad que reclutan aquellos estudiantes de pocos recursos que no logran ingresar a las instituciones públicas, y a los cuales les ofrecen una formación de bajo costo y listos para competir en el mercado con los otros egresados, tanto de las universidades públicas como privadas. Otra situación que se originó fue el aumento de la matrícula con la consiguiente masificación de la enseñanza. Este crecimiento de la universidad ha sido juzgado por la burocracia política y por los miembros de la aristocracia académica desde dos posiciones antagónicas: para algunos se trata de una expansión caótica, que no guarda ninguna relación con los requerimientos del país y que debe ser controlada si se quiere evitar el derrumbe de la llamada calidad de la enseñanza. Para otros constituye un proceso social inevitable, ciertamente complicado, pero a fin de cuentas sano por sus efectos democratizadores y por su impacto potencial sobre el futuro de la nación, ya que de alguna manera ofrece posibilidad de enseñanza al grueso de la población y que es al fin de cuentas un grupo humano que está recibiendo enseñanza y puede, si se dan las circunstancias adecuadas, servir de presión para conseguir aquellos bienes y valores que le pertenecen al ser humano por derecho.

Por otra parte, aumentó también la capacidad de comunicación y solidaridad entre los grupos conflictivos de las instituciones, con lo cual se logra —cuando se organizan— ejercer presión sobre los organismos estatales, obteniendo algunos beneficios sobre todo para los trabajadores universitarios y para los estudiantes.

PUNTOS A CONSIDERAR EN LA ALTERNATIVA EDUCATIVA

Educar es preparar para la vida, comprenderla en sus esencias fundamentales, de manera que la vida sea algo que para el hombre tenga siempre un sentido, sea un incesante motivo de esfuerzo, de lucha, de entusiasmo.

En la universidad hay que aprender la realidad de la vida y la realidad de la vida concreta de cada país, porque hay conocimientos que deben consistir en la aplicación de aquellos que son universales a determinadas realidades concretas.

De ahí que se vuelva importante el desenvolvimiento de la práctica social y que ésta sea aprehendida no como algo que es, sino como devenir, como algo que está siendo; se impone entonces discernir la razón de ser de esa práctica, las finalidades, los objetivos, los métodos, los intereses de quien la dirige, a quién sirve, a quién perjudica, la aprehensión de ésta implica también su comprensión como realidad.

El conocimiento de la realidad es indispensable para el desarrollo de la concientización y su autenticidad se da cuando la práctica del desenvolvimiento de la realidad constituye una unidad dinámica y dialéctica con la práctica de la transformación de la realidad y punto de partida para todo el acto educativo, de ahí que para el caso de la enseñanza de los profesionales de la salud debe hacerse en base a la problemática social en general y de salud en particular que experimenta cada país, cada región, con lo cual se podrá llegar a una transformación.

Sólo una transformación de raíz hará de la educación un servicio unificado, universal y permanente en bien de la humanidad.

La educación para la transformación significa: alejarse de la especialización mezquina y luchar por un alto nivel de educación científica, política y cultural para todos.

Valores como el individualismo, la búsqueda de la ganancia, la competición, los grupos hegemónicos y la ciencia en la superioridad del trabajo intelectual sobre el trabajo manual, son inadecuados para buscar la transformación.

En realidad, la cuestión radica en desarrollar modos de educación que tengan calidad, que formen parte de las prácticas científicas y técnicas necesarias para fortalecer lo popular y lo nacional, lo cual lleva a cambios no sólo en las prácticas educativas sino en las formas de gobierno y autoridad en las instituciones educativas y en la concepción de los profesores y en las relaciones con el mundo del trabajo.

Por esto resulta imprescindible que la comunidad universitaria participe activamente en la solución de los problemas prioritarios que para este caso afectan la salud de las grandes mayorías, es decir, insertar la práctica profesional a las necesidades de la población en forma temprana y equilibrada a lo largo del proceso educativo.

Se pueden mencionar algunos elementos de carácter positivo que se están dando en América Latina y el Caribe con respecto a la educación en la formación de recursos humanos para la salud como son:

- Existencia de metas nacionales en materia de salud.
- Identificación de los grandes problemas que enfrenta la enseñanza superior.
- Intentos serios de trabajo de integración docencia-servicio.
- Información de hechos técnico-científicos en la materia a través de la revista Educación Médica y Salud".
- Necesidad de impulsar la enseñanza de los aspectos sociales y de salud pública.
- Existencia de grupos gremiales a nivel latinoamericano que favorecen el trabajo colectivo.
- Impulso al trabajo en equipo sin líderes hegemónicos y valoración de todo el grupo profesional que los integra.

- Mayor concientización de la población a la vez que se está revalorando la medicina popular.

- Demistificación y mayor uso del método científico en el saber y en la práctica profesional.

- Impulso a la educación permanente.

- Evaluación y replanteamiento de modelos innovadores en el campo de la enseñanza y del servicio.

- Reorganización de los sistemas de salud en base al compromiso de salud para todos en el año 2000.

La educación superior es pues un aporte esencial para construir la sociedad que se quiere, para serlo han de cambiarse su estructura y su función, sin perder la máxima calidad en su acervo científico; ha de coincidir, cumpliendo un nuevo destino, con los empeños que surgidos de los otros estadios de la educación, impulsan a la práctica profesional a cumplir los fines capitales que la sociedad le ha impuesto.

En este sentido queremos significar que las carreras del área de la salud tienen que cumplir con el reto que les impone este tiempo, hacer un alto, valorar en que medida han contribuido o están construyendo para mejorar las condiciones de salud de los pobladores de América Latina.

El Dr. Guerra de Macedo dice: "...En cuanto al nivel superior... la formación debe superar la simple capacitación técnica, educando para el compromiso social y para el cambio. Se debe formar profesionales individuales y equipos de salud multiprofesionales técnicamente capaces y que comprendan el proceso social de la salud y se inscriban en él activamente. Sobre una formación básica de esa naturaleza se puede realizar la capacitación especializada necesaria en los niveles más complejos del sistema de servicios de salud...".

Para finalizar se puede afirmar que el reto actual de la educación es proveer de recursos humanos capaces de producir los cambios necesarios para alcanzar la salud para todos en el tan cercano año 2000 en todos y cada uno de los países de esta región donde nos toca vivir.

BIBLIOGRAFIA

BOCCOLI, ANGELO. Ideología y Educación. Ed. Nueva Imagen, 2da. Ed., México 1978.

OMS. Necesidades de Personal Sanitario para Alcanzar la Salud para todos en el año 2000, Mediante la Atención Primaria. Serie Informe Técnico No. 717, Ginebra 1985.

BEN DAVID y otros. La Universidad en Transformación. Edit. Seix Barral, Barcelona 1966.

FREIRE, PAULO y BETTO FREI. Esa Escuela Llamada Vida. Edit. Legasa, 1a. Ed., Argentina 1988.

GASPAR JORGE Y GARCIA GALLO. La Concepción Marxista sobre la Escuela y la Educación, 1a. Ed., Edit. Grijalbo, México 1977.

GUEVARA NIEBLA, GILBERTO. La Crisis de la Educación Superior en México. Ed. Nueva Imagen 4a.Ed. 1989.

IABARRALA, MARIA DE. Las dimensiones Sociales de la Educación. Secretaría de Educación Pública. México 198 .

LATAPI, PABLO. Análisis de un Sexenio de Educación en México - 1970 - 1976. Ed. Nueva Imagen. 1a. Ed., México 1980.

OPS/OMS. MORENO M. ELSA Y COL. Niños de América Latina y el Caribe Salud Mundial act. 1987.

ORTEGA Y GASSET. Una Educación para la Vida. Secretaría de Educación Pública. México 1986.

RODRIGUEZ, MARIA ISABEL y VILLARREAL, RAMON. La Administración del Conocimiento Biológico y lo Social en la Formación del Personal de Salud en America Latina. Educación Médica y Salud, Vol. 20 (4): 424-441, 1986.

OMS/OPS GUERRA DE MACEDO, CARLYLE. Los Desafíos del Futuro, Salud Mundial. Octubre 1987.

RODRIGUEZ, MARIA ISABEL. Proyecto USA 126 XXI - Presentación a la Reunión de Núcleo Interdisciplinario USALCXXI, Sao Paulo, Brasil 1989.

Educación y Nivel de Salud de la Población

Dr. Guarocuya Batista del Villar
Universidad Autónoma de Santo Domingo, R.D.

I. PRECISIONES CONCEPTUALES

Aparentemente la categoría "nivel de salud" goza de una amplia aceptación y comprensión. En la práctica no es así. En nuestro país, ningún salubrista, como tampoco ninguna institución pudo ofrecernos una definición de este concepto central. Por ello nos permitiremos algunas precisiones.

En el Glosario de términos empleados en la serie "Salud para Todos", se consigna que el estado de salud es la expresión general que se utiliza para designar el estado de salud de un individuo, grupo o población medido según ciertas normas aceptadas. Y añade la publicación: "El término "nivel de salud", parecido en ciertos aspectos, suele suponer la cuantificación del estado de salud."

A los estudiantes universitarios cubanos se les enseña que el estado de salud de la población podría definirse como la situación de bienestar social, biológico y psíquico —condicionada por el grado de equilibrio con su medio natural y social— en que se encuentra el conjunto de personas que componen la sociedad". La noción de situación implica, que para conocerla hay que medirla. La medición del nivel de salud de la población en un momento determinado (diagnóstico de salud) se hace a través de los llamados indicadores de salud*. Es decir, que en relación al estado de salud de la población son importantes los factores socio-económicos que la condicionan: trabajo, vivienda, alimentación, condiciones de vida, desarrollo agroindustrial, nivel educacional; los factores naturales: agentes químicos y físicos, clima, etc.; los factores biológicos: sexo, edad, herencia y otros, así como la estructura y funcionamiento de la atención médica a la población, pero para medirlo, esto es, para determinar el nivel de salud, hay que utilizar indicadores, "mediciones resumidas que pueden ser utilizadas para clasificar grupos de población en base a su situación de salud" (A.S. Haro).

Los indicadores son indirectos o negativos: mortalidad infantil, morbimortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias, otros son directos o positivos, como la esperanza de vida al nacer, los indicadores nutricionales, los estudios de crecimiento y desarrollo, la natalidad.

Los indicadores del nivel de salud no deben confundirse con los indicadores de la situación sanitaria, puesto que ésta, "supone más que el estado de salud, incluye medidas adoptadas para mejorar la salud, los recursos que se dedican a la salud, etc." (Glosario).

Recordemos que la OMS ha propuesto 4 tipos de indicadores: de política sanitaria, sociales y económicos, de la prestación de atención en salud, y del estado de salud, incluida la calidad de vida. Los últimos se referirían al nivel de salud de la población.

No hay, sin embargo, unanimidad entre los organismos internacionales, en la tipificación de los indicadores.

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), al presentar anualmente el Estado de este sector de la población mundial y comparar países de distinto grado de desarrollo económico y social, utiliza 7 tipos de indicadores. La mayoría de los indicadores usualmente utilizados para medir el nivel de salud figuran en el listado de indicadores básicos del organismo: tasa de mortalidad infantil (TMI), tasa de mortalidad menores de cinco años (TMMS), esperanza de vida al nacer (años). Otros, como la tasa bruta de mortalidad, son clasificados como indicadores demográficos. En el apartado de los indicadores de salud aparecen: población con acceso al agua potable (%), población con acceso a los servicios de salud (%), población con inmunización completa, tasa de mortalidad materna, partos atendidos por personal especializado, y bolsas de solución de rehidratación oral (SRO) por 100 episodios de diarrea.

La importancia de los indicadores que permiten la medición del nivel de salud, desde el punto de vista de

* Sociedad y Salud. La Habana, 1986.

este documento, estriba en que permite diagnosticar necesidades individuales o colectivas, cuantificar disparidades entre la realidad y las metas propuestas. Son útiles, también, para el diseño y la implementación de medidas, tales como la prioridad de recursos, la optimización o mejor distribución de servicios, y, finalmente, permitirán evaluar el impacto de programas y decisiones tomadas desde el Gobierno, el sector privado, instituciones educativas como las universidades, o por iniciativas de las propias comunidades, actuando como sujetos para ejercer su derecho a la salud.

En síntesis, para nosotros nivel de salud será la expresión cuantitativa aproximada del estado de salud individual o colectiva y por lo tanto, de la situación de bienestar, condicionada por el grado de equilibrio con su medio natural o social. El diagnóstico de salud de una población se obtiene, en un momento histórico determinado, utilizando indicadores de salud.

II. SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

En 1978, en Alma-Ata (URSS), la Organización Mundial de la Salud realizó una Conferencia sobre Atención Primaria. Los gobiernos allí representados adoptaron una meta: SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000 (SPT/2000). Y para lograrlo diseñaron 2 estrategias, necesariamente articuladas.

1. Atención Primaria en Salud
2. Participación de la Comunidad

De entrada diremos que, para nosotros, la Declaración significó un cuestionamiento profundo a lo que Eduardo Menéndez ha llamado el **modelo médico hegemónico**. En efecto, en ella se enfrenta su dimensión autoritaria, fetichizada y unidimensional, al integrar un elemento democrático, la participación de la comunidad como sujeto de la construcción de su propio bienestar. Además, antagoniza, en muchos aspectos, el núcleo curativo de la práctica médica dominante.

Aún más, incorpora conscientemente la Declaración de los programas de salud como componentes indispensables de planes de desarrollo societal armonicos, centrados en el hombre (desarrollo a escala humana).

Por las razones antes expuestas, SPT/2000 encontraría y encuentra en las formaciones sociales clases

antagónicas, fuerzas y sectores sociales que la ignoran o la rechazan. Ni los profesionales de la salud ni las instituciones universitarias escapan a este dilema: o se es connivente con una situación de salud inadecuada o se impulsan cambios, de cara al bienestar de las grandes mayorías.

Para los fines de este documento conviene recordar la **definición de atención primaria**, adoptada en Alma-Ata: "es la **asistencia sanitaria esencial**, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. **La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad**" (subrayado nuestro). No se trata, pues, de una simple extensión de servicios básicos de salud, sino que "constituye un aspecto integrante del desarrollo social".

En pocas palabras, así concebida, la atención primaria en salud se convirtió en un espacio de construcción autogestionaria del desarrollo económico y social.

La estrategia principal de SPT/2000 compromete, pues, a los Gobiernos a identificar niveles de bienestar aceptables y específicos para cada país y sus principales regiones. Este bienestar también puede medirse en términos de salud, alimentación, vivienda, educación, producción, empleo, ingreso familiar y consumo. Esto quiere decir que la atención primaria en salud sólo será posible, de acuerdo al planteamiento de Alma-Ata, dentro de escenarios nacionales de verdadero desarrollo.

La OMS se fijo metas mínimas a ser alcanzadas por todos los países en el año 2000: estado de salud. Las mismas tienen "expresión en términos de esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil y mortalidad de niños de 1-4 años. No sólo se requiere que "los niveles de salud se eleven, sino que además se alcance una justa distribución del bien social que significa la salud, mediante la reducción de las desigualdades que pueden existir entre la población general y ciertos grupos

humanos en los que prevalecen las condiciones de vida más insatisfactorias, y que las estrategias regionales considera prioritarios.

Las **metas mínimas** son seis:

1. Esperanza de vida al nacer de 70 años.
2. Mortalidad infantil de 30 por mil nacidos vivos.
3. Mortalidad de niños de 1-4 años, de 2.4 por mil niños de esa edad.
4. Inmunización: proporcionar servicios de vacunación al 100% de los niños menores de un año, y al 100% de las embarazadas contra el tétano neonatorum, en áreas endémicas, de acuerdo con las normas establecidas.
5. Agua potable y saneamiento básico: la mayor parte de la población con servicios en 1990 y el 100% en el año 2000.
6. Cobertura: asegurar el acceso de todos los habitantes de cada país a los niveles apropiados de los servicios de salud.

Los **grupos prioritarios**, "por su mayor vulnerabilidad y exposición a riesgos para la salud", son aquellos que viven en condiciones de pobreza extrema, especialmente las mujeres y niños de corta edad, los trabajadores y las personas de edad avanzada. Se incluye en este grupo también, a las personas impedidas.

En el **PLAN DE ACCION** para la instrumentación de las estrategias regionales, hay 5 áreas sujeto de la evaluación y el monitoreo regional. Para los fines de este documento señalaremos dos:

1. **Estado de Salud:** Niveles de salud satisfactorios para toda la población, con énfasis en los grupos rezagados, y
2. **Sistema de Servicios de Salud:** Accesibles, equitativos, eficaces y eficientes.

El Plan contiene, además, un conjunto programático con áreas de acción, cada una de las cuales implica un conjunto de indicadores que permitirían medir el progreso o el retraso en el logro de las metas propuestas.

Al finalizar cada sexenio se procura, dice el Plan, cuatro evaluaciones regionales: 1983, 1989, 1995 y 2001.

En este documento intentaremos, con la información de que disponemos, y a grandes rasgos, hacer una

evaluación aproximada de lo ocurrido en República Dominicana, tratando de buscar explicaciones en la dinámica del conjunto de la sociedad, en sus contradicciones de clase, en las políticas gubernamentales. Así, podremos situar el papel de la Universidad, como institución educativa, de cara a SPT/2000.

Se omiten los componentes III y IV, referidos específicamente a la situación Dominicana, dada la limitación de espacio en esta publicación. Sin embargo, el material se encuentra a la disposición de quien lo solicite.

Finalmente, tal y como se expresó en la Primera Reunión en torno al Desarrollo de la Educación en la América Latina y el Caribe, el proceso de educación médica debe estar dirigido a lograr en los alumnos "una visión integral del hombre en sus niveles biológico, psicológico y social", pero no mediante una asignatura o un conjunto de disciplinas más o menos desconectadas, sino favoreciéndola a lo largo de todo el currículum.

¿SPT/2000? Dependerá mucho –en los países capitalistas subdesarrollados– del tipo de formación del personal de salud y de los niveles de participación comunitaria. Articulando las estrategias de Alma-Ata y las necesidades educativas del futuro egresado, nosotros decimos que hay que formar un médico generalista que forme parte del pueblo, que aprenda reflexionando críticamente y actuando solidariamente alrededor de los problemas de salud comunitarios y proponga soluciones a problemas sanitarios identificados.

En síntesis, la salud colectiva, ingrediente indispensable del desarrollo a escala humana, debe ser el objetivo prioritario, más que una motivación constante, de los docentes y los estudiantes de las Facultades de Ciencias de la Salud.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Andrade, J. Marco Conceptual de la Educación Médica en la América Latina. OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. No.28, 1979.
2. Altamar, O. **The Extent of Poverty in Latin America.** World Bank Staff Working Papers. No. 252. Washington, D.C., USA, 1982.

3. Asociación Médica Dominicana. **Memorias del Ier. Seminario-Taller de Evaluación y Normatización de la Educación Médica Superior en la República Dominicana.** Editorial CENAPEC. Santo Domingo, República Dominicana, 1984.
4. Batista G. **Anteproyecto de Enfoque Metodológico para una UASD Crítica.** Colección UASD Crítica. Vol. CCCIII. No.9, Santo Domingo, 1976.
5. _____. **Población Salud y Dependencia.** Colección UASD Crítica. Vol XXXVIII No.9, 1976.
6. _____. **Universidad Crítica y Patria Soberana.** Colección Universidad y Sociedad. Vol. CCLXI Editora Alfa y Omega. Santo Domingo, República Dominicana, 1978.
7. _____. **La Formación del Personal Médico y Paramédico en la República Dominicana. Memorias de la Convención sobre Sistema Unico de Salud.** 2-5 diciembre de 1982. Santo Domingo, República Dominicana.
8. _____. **Diagnóstico de Salud de la República Dominicana.** Unión de Técnicos Dominicanos. Mimeo. 1985.
9. _____. **Salud. Capitalismo Dependiente y Transición Revolucionaria.** Colección Salud y Sociedad. UASD, 1985.
10. _____. **La Crisis del Modelo Médico Hegemónico Dominicano.** Perspectivas para el año 2001. Colección Salud y Sociedad. UASD, 1985.
11. Báez P, Tamate C, Matos L, Pereyra A.R. **Causas de Mortalidad en la Población Senecta de la República Dominicana.** Mimeo. Santo Domingo, 1988.
12. Bekker, L.F. **Informe Preliminar de Consultoría sobre Cambio Curricular en la Carrera de Medicina.** UASD. 15-30 de noviembre 1982. Ciencias de la Salud. No. Octubre 1984, pp. 59-71.
13. Bibeau, G. **Tendencias y Perspectivas de las Investigaciones en Ciencias Sociales en Salud en América Latina: Una visión general.** Citado por Duarte Nuñez, E. en **Ciencias Sociales y Salud en América Latina. Tendencias y Perspectivas.** OPS-CIESU. Montevideo, 1986.
14. Brito, P. **Integración Docente-Asistencial: Bases para una Propuesta de Desarrollo.** Perú. Educ. Médica y Salud. Vol.21, No.1, 1987, pp.30-45, 1987.
15. Batista G, Corporán R, Robles D. **Diagnóstico del Subsector Médico de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Santo Domingo.** Mimeo- Agosto de 1989.
16. Batista G. **Algunos de los Problemas de Rediseño Curricular en Ciencias de la Salud.** Ponencia en el Taller de Evaluación y Análisis del Curriculum de Bioanálisis. UASD. Septiembre de 1989.
17. _____. **Brecha de Pobreza y Deuda Social. I Y II.** Periódico HOY. Octubre 2 y 3, 1989.
18. Camacho, C. **Análisis Crítico de la Conceptualización Predominante Sobre la Atención Médica Primaria.** Rev. Centroamericana Ciencias de la Salud 6(17): 79-98, 1980.
19. Cela J, Duarte I, Gómez C. **Población, Crecimiento Urbano y Barrios Marginados en Santo Domingo D.N.** Foro Urbano. 4 Fundación Friedrich Ebert. Editorial CENAPE. Santo Domingo, 1988.
20. CENISMI-OPS-SESPAS. **Encuesta de morbi-mortalidad por enfermedad diarreica aguda e infecciones respiratorias agudas en niños de 0-4 años.** Informe final. Mimeo. Santo Domingo, 1987.
22. Centro de Investigación Económica (CIECA). **Notas de coyuntura. No.7 El salario.** Periódico HOY. Jueves 24 de agosto de 1989.
23. Cepaur. Fundación Dag Hammarskjold. **Desarrollo a Escala Humana. Una Opción para el Futuro.** Número especial 1986. Upsala, Suecia.
24. Cochón, M. **La Determinación de los Salarios en la República Dominicana.** Fundación Friedrich Ebert. Julio de 1989.
25. Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA) **Encuesta Demográfica y de Salud. DHS-86.** Editora Alfa y Omega. Santo Domingo, R.D.

26. Del Rosario G, Gámez E. **Privatización de los Sistemas de Salud**. Mimeo. Santo Domingo. Mayo de 1988.
27. Duarte, I. Estudio sobre Trabajo Urbano. Estudios Sociales. Centro de Investigación y Acción Social. Santo Domingo, 1983.
28. Ferreira, J. Misión del Hospital a la Luz de las Nuevas Tendencias de la Educación Médica. Educ. Med. Salud 10(2): 140-151, 1979.
29. Fiallo J.A., Fiallo A. Igualdad de Oportunidades y Movilidad Social en el Sistema Educativo. Plan Educativo. Fundación Friedrich Ebert. Mimeo. Santo Domingo, 1989.
30. Fleury Texeira, S. **Estado Capitalista y Política Social**. Taller Latinoamericano de Medicina Social. Medellín, Colombia. Editorial Universidad de Antioquía. Julio de 1987.
31. FORUM. **El Ejercicio de la Medicina en la República Dominicana**. No. 10. Santo Domingo, 1983.
32. Franco, S. Crisis y Salud en América Latina. Cuadernos Médico Sociales. No. 32 CEES. Junio de 1985; pp. 21-32
33. García, J.C. Consideraciones sobre el Marco Teórico de la Educación Médica. OPS/OMS 1974.
34. _____. Nuevas Tendencias en la Investigación Biomédica y Social. Ponencia. La Habana, Julio de 1983.
35. Garib, Z. Accesibilidad y utilización de los servicios de salud en la República Dominicana. Ciencias de la Salud. Vo.2 Nos.1-2; pp. 55-60. Santo Domingo (UASD), 1987.
36. Gutiérrez, I. Informe de Consultoría de Análisis Curricular de la Enseñanza de la Medicina en la UASD. Julio de 1981. Ciencias de la Salud. No.3, Octubre de 1984, Santo Domingo; pp. 33-40
37. Haro A.S. Strategies for Development of Health Indices. In Holland, Ipsen and Kostrzewski, editors. **Measurements of Levels of Health**. WHO Regional Publications. European Series No. 7, Copenhagen, 1979.
38. Institutos de Estudios de Población y Desarrollo, de Profamilia. Estudio No. 5. **Población y Salud en la República Dominicana**. Editorial Gente. Santo Domingo, 1986.
39. Isa, P. **Brecha de Pobreza y Deuda Social en la República Dominicana**. CIECA. Santo Domingo. Mimeo, 1989.
40. Laurel, A.C. El Estudio Social del Proceso Salud-Enfermedad en América Latina. Cuadernos Médico Sociales. CESS. No.37. Septiembre de 1986; pp. 3-18.
41. Lozano, W. Fuerza de Trabajo y Empleo en la República Dominicana 1950-1953. Mimeo. Fundación Friedrich Ebert. Santo Domingo, 1984.
42. _____. **Proletarización y Campesinado en el Capitalismo Agroexportador**. INTEC. Santo Domingo, 1985.
43. _____. Desempleo Estructural, Dinámica Económica y Fragmentación de los Mercados de Trabajo Urbanos: El Caso Dominicano. Mimeo. Fundación Friedrich Ebert. Santo Domingo, 1986.
44. Mella M.C. Alternativas y Posibilidades del Servicio Social Interdisciplinario en Salud: El Caso Dominicano. Ciencias de la Salud. Vo.2, Nos. 1-2, Enero-Diciembre 1987; pp 45-54. Santo Domingo, República Dominicana.
45. Mella M.C., Corporán R, Robles D, Batista G, Borrel R, Romero M. **Análisis Prospectivo de la Educación Médica UASD-1989**. Reunión Latinoamericana y del Caribe sobre Análisis Prospectivo de la Educación Médica. OPS/OMS. Managua, Nicaragua. 3-7 abril 1989.
46. Menéndez, E. La Crisis del Modelo Médico y las Alternativas Autogestionarias en Salud. Cuadernos Médico Sociales. CESS. Julio de 1982; pp. 21-24.
47. _____. Modelo Hegemónico, Crisis Socioeconómica y Estrategias de Acción del Sector Salud. opus cit., No. 33. Septiembre 1985; pp. 55-71.
48. _____. **La Salud como Derecho Humano**. Acotaciones Sobre la Posibilidad de una Práctica Diferenciada. Ibid. No.37 Septiembre 1986; pp. 19-26.



21 OCT. 1991

49. MINSAP. **Sociedad y Salud**. Texto provisional. Colectivo de Autores. Editorial Pueblo y Educación. La Habana, 1986; pp. 22-33; 66-82; 207-22.
50. _____. **Programa de Atención Integral al Adulto**. Combinado Poligráfico de Guantánamo "Juan Marinello", 1986.
51. OPS/UNICEF. **Atención Primaria en Salud**. Alma-Ata. Ginebra, 1978.
52. OMS. **Glosario de Términos Empleados en la Serie "Salud para Todos"**. Ginebra, 1984.
53. OPS **Salud para Todos en el Año 2000**. PLAN DE ACCION para la Instrumentación de las Estrategias Regionales. Documento Oficial No. 179, 1982.
54. OPS/OMS **Función de las Universidades en las Estrategias de Salud para Todos**. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. No. 67. Washington, D.C., 1985.
55. Peneault R, Daveley C. **La Planificación Sanitaria Masson S.A.** Barcelona, 1987. Primera Edición, pp. 63. 138-143.
56. PREALC/OIT **Deuda Social**. ¿Qué es?, ¿cuánto es?, ¿cómo se paga? Nueva Sociedad. No. 102. Julio-Agosto 1989; 52-57.
57. Robles, D. **Hacia un Cambio de Currículo Médico en la UASD (1982)**. Ciencias de la Salud. No.3 Octubre, 1984; pp. 41-57.
58. Robles D, Batista G, Sánchez F, Tejada D, Mella C, Romero M, Williams N. **Tendencias de las Investigaciones en Ciencias Sociales Aplicadas a la Salud en la República Dominicana**. Colección Salud y Sociedad. UASD. Vol. CCCXLV No.1 Santo Domingo, R.D.
59. Rodríguez, M.I. **Sistemas de Salud en América Latina. Memorias de la Convención sobre Sistema Unico de Salud**. Asociación Médica Dominicana. Santo Domingo, República Dominicana. 2-5 diciembre de 1982.
60. Rodríguez M, Villarreal R. **La Administración del Conocimiento. Lo Biológico y lo Social en la Formación del Personal de Salud en América Latina**. Educ. Med. Salud. Vol.20, No.4, 1986; pp. 424-439.
61. Santana, I. **Consideraciones en torno a la Situación del Empleo y la Política Social del Estado**. SEMPER-INTEC. Santo Domingo, 1986.
62. Secretariado Técnico de la Presidencia-Oficina Nacional de Planificación-UNICEF. **Indicadores Básicos 1986**. Anexo del documento La Situación de la Infancia en la República Dominicana 1986. Santo Domingo, R.D.
63. STP-ONAPLAN-UNICEF. **La Situación de Infancia en la República Dominicana 1986**. Santo Domingo, R.D.
64. Sepúlveda S.J. **La Red "Salud y Trabajo" como Instrumento al Servicio de los Trabajadores en la Coyuntura Actual**. Salud y Pueblo. CIAC. Santo Domingo, República Dominicana. Vol. 1, No. 1 Diciembre 1988; pp. 13-25.
65. Sepúlveda S.J., Salinas J. **La Lucha de los Trabajadores por la Salud**. Ciencias de la Salud. Vo. 2 Nos. 1-2, Enero-Diciembre 1987; pp. 61-70
66. Serulle J, Boin J. **¿Queda atrás la explotación en Dominicana? Análisis Económico Semanal No. 18**. Periódico HOY. Jueves 2-4 de agosto de 1989
67. **Salario, ganancia y competitividad**. Análisis Económico Semanal No. 29. Periódico HOY Martes 25 de julio de 1989.
68. Troncoso María del C., Robles D, Estévez R, Durán J, Ravelo J. **Elementos para la Discusión de un Nuevo Currículum Médico en la UASD: Propuestas y Alternativas (noviembre de 1982)**. Ciencias de la Salud. No.3. Octubre de 1984; pp. 79-84.
69. UNICEF. **Estado Mundial de la Infancia 1987**.
70. _____. **Estado Mundial de la Infancia 1988**.
71. Yépez, R. **Informe de la Consultoría sobre Reforma Curricular al Departamento de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana**. 26 de agosto - 5 de setiembre de 1984. Ciencias de la Salud. No.3 Octubre de 1984; pp. 95-105.

Educación y Nivel de Salud de la Población

Dr. Rodrigo Yépez

Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM)

Este documento representa una contribución que hace la Asociación Latinoamericana de Facultades de Medicina (ALAFEM), para enfrentar el reto de responder a las crecientes demandas de los pueblos latinoamericanos por salud mediante personal solidamente formado, con juicio crítico y capacidad de respuesta frente a las situaciones cambiantes de la sociedad.

Las condiciones generales de vida y particularmente la salud y la nutrición de amplios sectores de la población latinoamericana han sufrido un deterioro muy grave en los últimos años. Complejos perfiles epidemiológicos y acentuadas diferencias entre los grupos sociales hacen el telón de fondo de un escenario de crisis en el cual la "deuda social" y específicamente la deuda sanitaria" se destacan con nítidos perfiles.

La responsabilidad de las Universidades y particularmente de las Escuelas que forman personal de salud ante esta crítica perspectiva es mayúscula. Los directivos, profesores, estudiantes y funcionarios de estas Escuelas deberán asumir un rol activo en la transformación de la atención de salud en sus respectivos países, a fin de contribuir al desarrollo general con espíritu de justicia social.

Ante tal cuestión surgen varios interrogantes:

¿Cuál es el papel que las escuelas universitarias que forman personal de salud pueden asumir en la reorientación del abordaje tradicional del proceso salud-enfermedad?; ¿en la transformación de la práctica hegemónica vigente?; ¿en el fortalecimiento del desarrollo científico tecnológico?

¿Cómo están respondiendo esas instituciones universitarias a los nuevos planteamientos relativos al desarrollo de los sistemas regionales de salud?; ¿al mejor conocimiento socio-epidemiológico de las regiones a ser atendidas?; ¿al mejor uso de los sistemas de información, de referencia, de suministros? económica y social en que están inmersas?; ¿desde el sector de la práctica en salud?; ¿desde las líneas de investigación predominantes?; ¿desde la problemática específica de salud del país?

Esta serie de preguntas en modo alguno agota la agenda de cuestiones a tomarse en cuenta en el análisis del papel de la Universidad frente a la salud de la población, pero sí invita a considerar que la formulación de las propuestas de transformación no deberían restringirse al rediseño curricular estrictamente ni a la superación de los problemas técnico-pedagógicos, sino a pensar en la educación como parte de un proceso más amplio. Así, en el momento histórico que vivimos, supone considerar la influencia de la crisis y de las características políticas y sociales que caracterizan a las sociedades concretas en América Latina; supone también propiciar el reconocimiento de la determinación social de las enfermedades; la reformulación de los patrones de acceso a los servicios; la participación social en salud; el uso de tecnologías apropiadas, etc., etc.

Para alcanzar tal propósito será necesario dar paso a una nueva tónica en el trabajo universitario; a un enfoque diferente que impulse a tener una visión más amplia y a mirar a lo lejos intentando construir en el pensamiento un futuro para la sociedad, para la salud, para la educación, a partir de una visión prospectiva lo más rigurosa posible.

La transformación de la educación implica que las universidades y las escuelas que forman personal de salud reorienten sus procesos formativos hacia objetivos sociales que apunten al cambio de las críticas condiciones de vida y de salud de los latinoamericanos.

La América Latina es un subcontinente agobiado de pobreza y de mayúsculos problemas de salud. La mayor parte de los países de esta región se pueden identificar por las siguientes características económico-sociales, demográficas y de salud:

1. Económico-sociales

- 1.1. Bajo producto interno bruto (PIB) per cápita.
- 1.2. Altos niveles de desempleo y subempleo, especialmente urbano.
- 1.3. Alto porcentaje de las exportaciones dedicado al pago de la deuda externa.

- 1.4. Elevados niveles de los precios al consumidor, especialmente de alimentos
- 1.5. Bajo costo en salud como porcentaje del PIB.
- 1.6. Bajo costo en salud per cápita.
- 1.7. Bajo porcentaje del presupuesto total del gobierno destinado a salud.

2. Demográficas

- 2.1. Elevado porcentaje de población menor de 15 años.
- 2.2. Bajo porcentaje de población mayor de 60 años.
- 2.3. Baja esperanza de vida al nacer.
- 2.4. Alta tasa de mortalidad infantil.
- 2.5. Elevada tasa de mortalidad infantil
- 2.6. Elevada tasa de mortalidad de 1 a 4 años.
- 2.7. Alta tasa de fertilidad.
- 2.8. Alto porcentaje de niños con bajo peso al nacer.
- 2.9. Altas tasas de analfabetismo en mayores de 15 años.

3. De salud

- 3.1. Reducidos porcentajes de niños menores de un año inmunizados contra la poliomelitis, sarampión, tuberculosis, difteria, tos ferina y tétanos.
- 3.2. Reducido porcentaje de médicos, odontólogos, enfermeras y auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes.
- 3.3. Reducido número de camas hospitalarias por 1.000 habitantes.
- 3.4. Incremento sostenido del número de escuelas universitarias, de hospitales y de camas hospitalarias en propiedad del sector privado.

Es en este "escenario" así caracterizado donde se forman médicos, odontólogos, enfermeras, salubristas y otro personal de salud y es este escenario, el ámbito en el cual deben formularse las propuestas de transformación, insistentemente reclamadas.

En el campo específico de la educación me parece que hay al menos tres enunciados que podrían ser considerados a la hora de la formulación de propuestas encaminadas a elevar el nivel de salud de la población:

- 1. Enseñar en función del concepto de salud colectiva;
- 2. Aprender investigando los problemas prioritarios de salud con un enfoque interdisciplinario, biológico y social;
- 3. Situar las acciones de enseñanza y aprendizaje en el

"espacio" y la dimensión real del proceso salud-enfermedad.

En modo alguno consideramos que estos enunciados constituyan una formulación acabada. Abogamos, esto sí, por un grado elemental –pero tenaz– de lucidez en el examen de las cosas y por la adopción de una rigurosa circunspección para definir mecanismos que nos permitan progresar en medio de la gran confusión de métodos, técnicas, procedimientos, que se nos presentan como combinaciones de conceptos, encadenamientos heurísticos y sistemas verificados para poder pensar correctamente.

Breves consideraciones en torno a estos enunciados resultan pertinentes.

La práctica en salud, en la generalidad de nuestros países, no privilegia la utilización de los bienes preventivos por parte de la comunidad; se orienta más bien a satisfacer las demandas de los consumidores de objetos de salud. La sociedad de consumo ha echado hondas raíces en este campo, vinculando la curación con un acto de consumo, vale decir con la compra de un producto.

Esta forma dominante de la práctica, es la responsable ideológica del enfoque curativo-individual, determinando que la educación concentre su estrategia en la relación entre el profesional y el individuo enfermo.

Si la práctica individualista y curativa ejerce una influencia hegemónica en el proceso de formación de los profesionales, habrá que incidir para transformar esa modalidad de la práctica en beneficio de otra, orientada a la colectividad y con una dimensión socio-epidemiológica, preventista.

La experiencia muestra que con frecuencia hay distancia entre lo que se dice y lo que se hace. Por eso, el hecho de caracterizar y definir cómo y dónde se enseña y se aprende, enfermería por ejemplo, ofrecerá elementos de juicio sobre el ámbito de la enseñanza y el aprendizaje; sobre las correlaciones con los servicios de salud y sus metas asistenciales y sobre el papel que desarrollan las Escuelas en los programas de salud. Con esas definiciones se podrá vislumbrar si las condiciones objetivas de la sociedad dan sustrato material para una enseñanza y un aprendizaje volcados bien hacia el individuo o bien hacia la colectividad en cada Escuela en particular.

La docencia en pre y postgrado de los profesionales de la salud podrá desarrollarse con mayor pertinencia si su práctica los involucra no solamente en la estructura hospitalaria sino también y primordialmente en la de los sistemas regionales de salud para la prestación de servicios concretos a la población y para la ejecución de investigaciones pertinentes a la salud de la misma, evidenciando así el interés de la institución por un aprendizaje activo y participativo, biomédico y epidemiológico. Las actividades concretas en los sistemas de salud y en la comunidad deberán ser no solamente iniciativas aisladas de ciertas áreas de la institución, sino más bien una acción general de la Escuela, en función de una programación conjunta docente-asistencial que abarque toda la amplitud de la red de servicios. El diseño implica replantear los principios de la educación en función de los nuevos conceptos y las nuevas propuestas organizativas; implica también una filosofía centrada de prevención, de base epidemiológica, que considere a la salud como un fenómeno bio-social que identifique dentro de la población general, grupos humanos más vulnerables y que tome por meta ofrecer servicios de salud socialmente accesibles a toda la población. Su base real de acción serán los servicios de salud cuya estructura organizativa contempla todos los niveles de complejidad asistencial, desde el nivel primario hasta la más alta complejidad hospitalaria.

La realidad muestra también la necesidad de operacionalizar una propuesta biomédica-social e interdisciplinaria en el abordaje del proceso salud-enfermedad. El enfoque de la propuesta no consiste en "mezclar" las ciencias biomédicas con las ciencias sociales, sino en "repensar" nuevamente el Problema se trata de construir en el pensamiento un objeto científico que cumpliendo su especificidad, permita unir lo social y lo biológico en una nueva delimitación de ese proceso.

El carácter social del proceso biológico humano se evidencia en fenómenos de constatación empírica. Los diferentes perfiles de morbimortalidad en diferentes grupos sociales y la esperanza de vida varían en función de las épocas históricas y de los grupos sociales. Así pues, el proceso salud-enfermedad constituye una expresión particular del proceso general de la vida social. Tiene un carácter histórico y dialéctico. Es, al mismo tiempo, un concepto biológico y social unitario e integral que incluye formas de movimiento de tipo inorgánico, orgánico y social sujetas a principios generales de causación e interacción.

Se preconiza entonces la insolubilidad e indiscutible interacción entre las dimensiones biológica y social en la causalidad de todos los fenómenos de salud-enfermedad y se privilegia la interdisciplinariedad a fin de que estos conceptos impregnen toda la formación del personal de salud.

En esta perspectiva integradora subyacen obvias implicaciones en cuanto a la prevención, manejo y eventual solución de los problemas de salud-enfermedad.

La orientación biomédica-social no significa que una simple decisión política o curricular en la Escuela determine automáticamente una modificación en la orientación de los cursos. La misma será la resultante de una serie de variables institucionales y de contexto que deberá considerar la Escuela para alcanzar ese objetivo.

En este sentido, la administración del conocimiento será un proceso necesario para el desarrollo de la atención a los problemas prioritarios de salud presentes en grupos humanos vulnerables, en la doble dimensión biológica y social que se preconiza, así como para el desarrollo de la infraestructura de los servicios con énfasis en la atención primaria de salud y en su sustrato organizativo actual: los sistemas regionales de salud.

En un abordaje prospectivo, las Escuelas que forman personal de salud, discernirán cómo se transmite o se recrea su pensamiento en el proceso educativo, decisivo en la formación de profesionales críticos y creativos, capaces de conocer científicamente la realidad latinoamericana en el campo de la salud y de formular estrategias para transformarla.

Por tanto, la investigación científica y el desarrollo tecnológico, transformador de la realidad, podrán significar el compromiso de las Escuelas con los problemas prioritarios de salud que presuponen metas sociales y enfoques integradores, representando a la vez el propio germen de transformación al interior de sus estructuras académicas, en cuanto traten de generar mecanismos flexibles de investigación científica y tecnológica y desarrollen instrumentos metodológicos que refuercen los conceptos de equidad, cobertura universal, eficacia y participación social.

Sin soñar ni idealizar, sino pensando objetivamente en el futuro de la educación y en el futuro de nuestra

sociedades, cabe recordar ahora este pensamiento "Si los hombres...no pudiesen de tiempo en tiempo adelantarse al presente y contemplar con su imaginación el cuadro coherente y enteramente terminado de la obra que se esboza apenas entre sus manos, decididamente sería difícil imaginar que motivo tendrían para emprender y llevar a término los grandes y fatigantes trabajos del arte, la ciencia y la vida práctica..."

Los enunciados que me he permitido formular y los comentarios subsecuentes quedan expuestos a la crítica consideración de ustedes.

REFERENCIAS

1. García, J.C. La Educación Médica en América Latina, OPS, Washington, D.C., Publicación Científica 255, 1972-
2. Andrade, J. Marco Conceptual de la Educación Médica en la América Latina. Educ Med Salud 13(1), 1979.
3. Association of American Medical Colleges. Physicians for the Twenty-first Century (The GPEP Report) AAMC, Washington, D.C., 1984.
4. Chavez, M. Ferreira, J.R., Pulido P., y Rondón R. Cambios en la Educación Médica. FEPAFEM, Caracas, 1984.
5. Yépez, R. La Asociación Latinoamericana de Facultades Escuelas de Medicina. Alternativa de Cooperación en Universidades, No. 95, UDUAL, México, D.F., 1984.
6. Macedo, C. La Universidad y la Salud para todos en el Año 2000. Educ Med Salud 19(3), 1985.
7. Rodríguez, M.I. y Villarreal, R. La Administración del Conocimiento. Lo Biológico y lo Social en la Formación del Personal de Salud en América Latina. Educ Med Salud 20 (4), 1986.
8. Ferreira, J.R. Integración Docente Asistencial y Atención Primaria de Salud. Educ Med Salud 20(4), 1986.
9. Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina. Relato general de la Conferencia sobre Las Universidades de América Latina y la Estrategia para Alcanzar Salud para todos en el Año 2000. ALAFEM, Quito, 1987.
10. Franco, S. La Universidad y la Salud Popular en Tiempos de Crisis. ALAFEM, Quito, 1987
11. World Federation for Medical Education. Report of the World Conference on Medical Education. Edinburgh, 1988.
12. Ferreira, J.R., Coelho Neto, A., Collado, C., Linger, C., Luna, R., Purcallas, D., y Yépez, R.F. El Análisis Prospectivo de la Educación Médica en América Latina. Educ Med.
13. García, J. Ciencias Sociales y Salud. Colección SESPAS, Santo Domingo, R.D., 1981
14. Decouflé, A.C. La Prospective. Presses Universitaires de France, 1974.
15. Serrano, M. La Planificación Social Prospectiva. Comercio Exterior. 28(4), México, 1978.
16. Pannemborg, C.O. Scenarios as a Method of Exploring the Future of Health Care. In WHO, Health Projections in Europe. Copenhagen, 1986.
17. Diccionario de Filosofía, Edit. Progreso, Moscú, 1984.

Subtema I.2

Orientación Programática Biológica y Social

Orientación Bio-social de la Educación y Salud en la Sociedad

Dr. Saúl Franco Agudelo

Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES)

1. **Escribir para discutir.** Se puede escribir en muchos estilos y para fines diversos. Generalmente en los artículos científicos los médicos pretendemos comunicar resultados de investigaciones o prácticas particulares, con un modelo estereotipado y frecuentemente inadecuado. Este material no es para ofrecer resultados ni concluir un debate. Es para participar en una discusión. O sea; es un borrador sometido a la crítica actual y futura. Con lo cual no me eximo de la responsabilidad de lo expuesto. Pero quedo invitado, y los invito a ustedes, a seguir pensando, debatiendo, reescribiendo y rehaciendo. Es un camino menos cómodo pero más rico y próximo a la realidad.

2. **Para delimitar el tema.** Si a alguien le dicen que debe escribir u oír hablar acerca de "la orientación programática biológico-social de la educación en salud y nivel de salud de la población" es posible que se sienta ante un crucigrama y que prefiera escribir u oír hablar de algo más simple y coherente. Desagregarlo puede aclarar un poco y abrir el camino hacia otro más simple.

Posiblemente la hipótesis que subyace al enunciado en cuestión sea: si a los programas de educación en salud se les da una orientación no exclusivamente biológica sino biológico-social, tales programas contribuirían mejor a elevar el nivel de salud de la población. A su vez esta hipótesis se apoya en dos premisas:

– Que la orientación de la educación en salud tiene un cierto potencial de participación en la determinación del nivel de salud de la población.

– Que la orientación actual de tal educación es predominantemente biológica y que tal predominio reduce el potencial de participación enunciado anteriormente.

No está en cuestión - por ahora- ni la validez de la hipótesis ni la de las premisas. Estamos –repito– desagregando para aclarar. Entre la hipótesis y las premisas nos aclaran los componentes reales del tema en discusión. Enunciados en forma de preguntas los podemos formular así:

Pregunta más general: La orientación de los programas de educación en salud tiene una influencia real

en el nivel de salud de la población? Qué tipo de influencia?

Pregunta más particular- y que supone una respuesta positiva a la anterior-: Se logrará una mayor y más positiva influencia sobre el nivel de salud dando a la educación en salud una orientación bio-social?

Percibo, pero carezco de evidencias, que en la práctica y para esta discusión nos interesa realmente es la segunda pregunta, la más particular. A la más general como que la damos por un hecho indiscutible respaldado por experiencias históricas en diferentes campos. Aparece casi como sutileza académica preguntarse si la educación puede o no modificar la práctica. Y aunque parece sano dudar hasta de las evidencias, una vez más demos por un hecho que sí, que la educación sí influye en la práctica. Pero hagamoslo cautelosamente advirtiendo que la educación es uno de los determinantes de la práctica y reconociendo, por tanto que existen otros determinantes de respetable importancia.

Con los recortes y supuestos anteriores el tema real nos queda un poco mejor delimitado. Pragmáticamente enunciémoslo así: Cómo lograr mediante una orientación integradora biológico-social de la educación en salud mayor eficacia en mejorar el nivel de salud de la población?

3. **Necesaria precisión de los términos del problema.** Configurado el tema podemos avanzar un poco tratando de descodificar los términos que lo componen.

La categoría más general parece ser la de Educación en Salud. Aunque el efecto medicalizador y la formación recibida nos lleva casi que naturalmente a referirlo a educación médica, la categoría se resiste a tal reduccionismo. Como también lo hace frente a la otra reducción: no es sólo educación para prevenir o enfrentar o curar enfermedades. Es educación para la salud, de la que hace parte, pero sin agotarla, la prevención y cura de enfermedades. Y como la salud y la enfermedad sólo tienen realidad dentro de la polaridad mayor Vida-Muerte, posiblemente lo que queremos decir pero no expresamos bien por la historia y uso de las palabras y

conceptos es Educación para comprender, enfrentar e interpretar los procesos de salud-enfermedad, vida-muerte.

Hago un paréntesis para proponer también aquí una categoría que englobe esta doble polaridad (salud-enfermedad, vida-muerte), que conlleve los niveles e interacciones biológico-sociales e individual-colectivo, y que les mantenga su realidad dinámica- Esa categoría es PROCESO VITAL HUMANO-PVH-. Presient^o que si la construimos cuidadosa y colectivamente nos puede llegar a significar un avance en el instrumental conceptual que requerimos. Los invito y cierro el parentesis soñando que en algún momento vamos a encontrarnos hablando de la Educación para el Proceso Vital Humano.

Volvamos a la Educación para la Salud. La educación no es sólo el producto (que creemos evidenciar cuando nos encontramos, por ejemplo con "un niño educado"). Es también –y principalmente– el proceso de construcción, transmisión y puesta en práctica de conocimientos, hábitos y actitudes frente a algo, en nuestro caso la salud, con las aclaraciones principalmente –el proceso de construcción, transmisión y puesta en práctica de conocimientos, hábitos y actitudes frente a algo, en nuestro caso la salud, con las aclaraciones (o confusiones) señaladas. Así entendida la educación incluye pero supera el saber formal y el espacio académico científico -generalmente referido a la Universidad- y se coloca en el espacio más real de la educación en la sociedad en el que los medios de comunicación, las escalas valorativas, la confrontación clasista y la experiencia cotidiana educan muchísimo más que el particular aparato educativo escolar universitario.

Estas complicaciones de la categoría más general no pretenden extraviar lo particular en lo general, ni desestimular el esfuerzo educativo sanitario institucional. Pero sí mantener la invitación a la precisión temática y terminológica, y al reconocimiento de las fronteras de las realidades y procesos particulares. La reacción puede ser similar a la que tenemos cuando en un mapa del universo nos señalan el pequeñísimo punto que representa al enorme planeta tierra en que vivimos. Sin duda no perdemos las ganas de trabajar en la minúscula región de ese diminuto puntico en que desarrollamos nuestro PVH, pero adquirimos un mejor sentido de las proporciones.

La otra categoría general del tema que nos ocupa es Nivel de Salud de la Población. La categoría implica que la salud es un estado resultante de un conjunto de condiciones, y que ese estado puede ser más o menos bueno, estableciéndose diferentes niveles. Y asume también que ni la salud es un acontecimiento exclusivamente individual, ni la salud de la población es una sumatoria -o mejor un promedio- de los estados de salud individuales.

Como ya se ha planteado, la salud mejor que un estado es un proceso. Es posible determinar el nivel de un proceso? A primera vista sí, pero tanto las unidades de medición como los fenómenos medidos, serían diferentes. Con todo, pensando en la realidad sanitaria como proceso y no como estado parece menos adecuado hablar de nivel y habría que pensar más en cuestiones como momento del proceso, condiciones del proceso. Aún aceptando entonces en gracia de discusión el concepto de niveles de salud, quedan levantados dos problemas de importancia: Cómo seleccionar los indicadores del Nivel y cómo aplicarlos a colectivos. Y así, entramos al otro componente de la categoría: Población.

Población es cualquier conjunto de seres vivos. Carece absolutamente de cualquier otro delimitante. A diferencia de otros colectivos - como País, en el que hay fronteras geográficas y nexos histórico-culturales, o Familia, en el que la delimitación es de parentesco y consanguinidad, o Clase Social en el que las diferencias se establecen por la ubicación y participación económica y la conciencia de pertenencia- Población no tiene otro cierre de campo. Su uso frecuente puede deberse justamente a que no limitando ni especificando casi nada, aparece más aséptico y aplicable a cualquier conjunto que quiera estudiarse. Nivel de salud de la Población queda entonces en un intolerable nivel de generalidad. Y a la pregunta anterior (Cuál Nivel de Salud?), estamos agregando otra: ¿ Nivel de Salud de cuál Población. ?

Entre las dos grandes categorías- educación en salud- y nivel de salud de la población- hay una categoría intermedia: orientación programática biológico-social, que hace el puente y, se supone, debe establecer las especificidades y el sentido de tal relación. Al delimitar el tema en el numeral anterior se empezó a aclarar su contenido. Pero como en la realidad el objetivo específico de esta discusión es pregun-

tarnos y ensayar respuestas a la pregunta de cómo una orientación más consistente biológico-social de los programas de educación en salud puede contribuir más a mejorar las condiciones de vida y de salud de los diferentes grupos que conforman la sociedad, conviene su consideración más cuidadosa.

4. Si el Proceso Vital Humano - PVH - fuera bio-sico-Social. La discusión científico-política acerca de si los problemas propios de la salud y la enfermedad, ampliados aquí a los de la vida y la muerte humanas, son de naturaleza exclusivamente bio-natural o bio-social es ya secular y aún no termina. No es oportuno ni estoy en capacidad de resumirlo aquí ahora. Pero sí es necesario explicitar en que campo y momento de tal discusión nos ubicamos para poder avanzar un poco en el tema que nos ocupa. Los siguientes enunciados pueden ayudar a ubicarnos.

4.1. Como momentos del PVH, los problemas de la salud y la enfermedad son esencialmente tanto del orden bionatural como del orden social en su naturaleza, en sus manifestaciones, en la manera como los entendemos, interpretamos y enfrentamos, Y en sus consecuencias.

4.2. Ofreciendo la propia naturaleza de la realidad esta rica y compleja unidad bionatural-social, el esfuerzo humano de conocimiento y de acción consecuente tiene qué recurrir al método, categorizaciones e instrumental de ambos niveles de realidad.

4.3. La complejísima estructura y dinámica bionatural del PVH en su conjunto, y de sus elementos constitutivos, requiere el concurso de las disciplinas científicas específicas, con sus respectivos soportes metódicos, tecnológicos y conceptuales. Son insuficientes tanto los reduccionismos etiológicos de la microbiología y la parasitología, como el simplismo quimioterapéutico. La ingeniería genética, la inmunología, la bioenergética, por ejemplo, están ampliando el horizonte de visibilidad y las posibilidades comprensivas.

4.4. La estructura y dinámica también social de la problemática en cuestión no es un elemento complementario o marginal. Es algo de naturaleza, de forma de ser, de manera de presentarse, distribuirse, de mecanismos de acción y reacción. Su comprensión requiere entonces de todo el arsenal de conceptos, métodos y técnicas desarrollados por la humanidad para entender e interpretar sus relaciones, su dinámica, su organi-

zación, sus representaciones y su lucha constante, que es a lo que llamamos ciencias sociales.

4.5. La dimensión, el arsenal y el método científico-social no es un auxiliar de la científicidad bionatural en la comprensión de los problemas sanitarios. Ni un recurso para comprender aspectos complementarios o posibilitar (manipular?) acciones "comunitarias". Es una científicidad sin la cual el sustrato básico del problema permanece confuso, insuficientemente conocido, y por tanto, menos probablemente transformable.

4.6. No son dos entidades en una, dos seres en alternancia. En el PVH el ser social- la historicidad- del ser bionatural nada más es que su ocurrencia, su ser en acción, -realizándose y transformándose en y a- la manera de la especie humana, de la sociedad en construcción-transformación por la acción de sus polaridades internas y externas.

4.7. Estando viva y presente en toda realidad o problema sanitario esta entidad bionatural-social, no es constante la proporcionalidad- digámoslo así, con toda la imprecisión y riesgos que implica el término- de los componentes. O sea: no todas las dimensiones de la misma problemática tienen 50% de bionatural y 50% de social. Ninguna de ellas, inclusive, debe tener tal composición. Es la especificidad de cada fenómeno y de cada dimensión la que conlleva y hace expresivo un mayor o menor contenido bionatural o social. Posiblemente la epidemiología del SIDA requiera más rigor científico-social que genético-inmunológico. Pero ni es posible la epidemiología del SIDA sin comprender e integrar los aportes de la virología y la inmunología, ni su inmunología o la búsqueda de una vacuna específica puede avanzar a espaldas de la epidemiología y su acontecer social. El problema de la proporcionalidad es apenas para el caso una manera de formularnos el problema más complejo de cómo se desenvuelve y se puede comprender una permanente pero cambiante polaridad propia de la realidad que nos ocupa.

4.8. Tiene ya suficiente consistencia histórica y científica la dimensión psico-emocional en todo el Proceso Vital Humano. En realidad este es entonces Bio-sico-Social. Y la orientación educativa que venimos discutiendo debe incluir también la triple dimensión de la misma realidad.

4.9. A pesar de que ya existe mucho pensamiento acumulado y en marcha sobre la naturaleza Bio-Sico-

Social de toda la problemática sanitaria, falta todavía claridad sobre problemas como mecanismos de interacción y metodologías para la comprensión global más adecuada. Y nos falta mucho aún por imaginar respecto a las implicaciones que una cabal comprensión de la realidad sanitaria en su complejidad bio-sico-social tendrá en toda la construcción teórica y la práctica social frente a la salud y al PVH en su conjunto. El próximo numeral se refiera justamente a algunas de tales implicaciones en el campo específico de la educación para la salud, objeto de estas reflexiones.

5. Qué hacer para tratar de apoyar el cambio. Aún con las restricciones señaladas en la delimitación del tema, parece claro que un cambio en la orientación educativa puede producir en un plazo razonable y a diferentes niveles cambios metodológicos, conceptuales, aptitudinales y actitudinales. Y no todo hay que imaginarlo o –dejarlo a la futurología–. De hecho hay ya camino recorrido y experiencias observables que vienen trabajando a partir de enfoques afines con el esbozado.

En lugar de elucubrar sobre lo que podría ser pero casi seguramente no será, dediquemos este numeral a plantear algunas de las implicaciones del cambio de orientación en cuestión, tratando de identificar campos de trabajo y de acción posibles.

La concepción biomédica aún hegemónica en el campo de la salud significó un avance histórico y abrió horizontes insospechados en el oscurantismo anterior, e inclusive hoy renueva su vitalidad, extiende sus territorios y plantea nuevos retos. Pero ha generado también reducciones, desenfoces, exclusiones y desviaciones de gravísimas consecuencias. Ha priorizado la atención al enfermo sobre el cuidado de la salud; ha reducido excluyentemente la científicidad al territorio y a los métodos de las ciencias bio-naturales; ha medicalizado la ciencia y la conciencia sanitaria de la sociedad; ha focalizado la búsqueda de la génesis de los problemas en el establecimiento de etiologías específicas; ha dado gran visibilidad a ciertos problemas (especialmente las enfermedades) pero ha ocultado o dificultado la invisibilidad de muchos otros y la articulación de los que visualiza con instancias y niveles que escapan a la racionalidad bionatural; y ha posibilitado y mantenido una mercantilización creciente por las vías de los insumos y tecnologías para el sistema hospitalario, de diagnóstico, intervención, terapéutica y rehabilitación, y por los bimonstruosos flujos de capital en los

sistemas de seguros de vida y de salud individuales y colectivos. Una reversión de este cuadro, en la cual juega papel esencial pero insuficiente la comprensión y consiguiente orientación bio-sico-social del PVH, es un proceso histórico social producto de múltiples transformaciones en diferentes espacios y relaciones de la sociedad. Circunscribiéndonos al campo de las implicaciones sólo en la educación en salud de un cambio en la comprensión de la problemática sanitaria hacia un enfoque más científico bio-sico-social podemos, entre otras, enunciar las siguientes:

– Modificación del patrón de científicidad superando la hegemonía bio-natural y asumiendo también la científicidad de las ciencias sociales. Esto implica, además, enriquecimientos metodológicos y modificaciones de las prioridades investigativas. Ya en este campo se ha venido trabajando por parte tanto de programas de pregrado, como de postgrado y de grupos y centros de investigación en distintos países de América Latina. – Por supuesto no es un proceso sin dificultades y ya en varios documentos y debates se han señalado los problemas emergentes de estos intentos científico-metodológicos.

– Ampliación, reformulación y repriorización de la problemática abordada. Se anotó anteriormente la prioridad que ha tenido en el saber médico la enfermedad, las enfermedades, relegando otros problemas esencialmente relacionados, pero no ajustables al concepto de enfermedad. La redelimitación del campo por algo así como la categoría Proceso Vital Humano, e integrada su naturaleza y dinámica también sociales (y, en consecuencia trabajando también con la óptica y los recursos de las ciencias sociales), permitirá ver como propios otros temas y problemas hoy desconocidos, priorizar otros hoy marginalizados, y reubicar otros hoy priorizados. La génesis social de muchos problemas; la explicación científica real de muchos determinantes de la distribución desigual de ciertas formas de enfermar y morir; las implicaciones de las dimensiones internacionales del PVH; la ética social, y las cuestiones de la violencia y de las guerras, son algunos de los temas que sin duda merecerían reformulación y priorización. Sin duda muchos de los trabajos en gestación o en pleno desarrollo sobre tales temas están abriendo el camino y anunciando el cambio. Impulsarlos es una tarea viable y cargada de futuro. Es posible que los más importantes e innovadores ni los vislumbramos aún debido en parte a los vicios y límites de nuestros enfoques actuales.

– Cambiado y ampliado el escenario, necesariamente los actores tienen que cambiar. Y es esta posiblemente la mayor implicación no sólo educativa sino global del cambio de enfoque y contenido en salud. Recuperar para la sociedad y para los ciudadanos la iniciativa y el protagonismo en el conocimiento y la acción en salud, apropiada hoy por algunas instituciones y por el "personal de salud", no es una modificación epidérmica sino substancial. No apunta sólo a mejorar el nivel sino a modificar el contenido mismo de la salud de la sociedad y sus distintos grupos. Defender hoy la salud como derecho y deber ciudadano; contribuir a que las organizaciones populares, clasistas, sindicales y profesionales asuman la salud y la vida entre los objetivos centrales de su accionar social; descodificar el lenguaje científico y traducirlo a los-códigos de la vida cotidiana; desalambrar el cerco de la informática y trabajar para que su riqueza fluya democráticamente, son empresas posibles en la línea del cambio discutido-. No es crear clientela o receptores o usuarios para los servicios de salud. Es recolocar la vida y la salud en sus escenarios y en manos de sus protagonistas originales y reales.

6. Lo específico de la Educación Profesional. Las anteriores implicaciones posibles de un cambio en la comprensión del PVH incluyen pero trascienden a la educación de profesionales de la salud. Seguro de que este abordaje más concreto ha sido hecho por los demás debatidores, ahorro repeticiones y sólo enuncio algunas consideraciones al respecto.

En los diferentes programas de formación de personal profesional para la salud, la orientación bio-sico-social podría concretarse mínimamente en campos como los siguientes:

- En la configuración de una base teórica más amplia para la problemática sanitaria. Tal ampliación implica procesos de debate para repensar y redefinir categorías y método; trabajo interdisciplinario sistemático; vinculación de personal profesional de otras áreas; diversificaciones bibliográficas; replantamiento de los temas tradicionalmente "médicos" a la luz del marco conceptual más comprehensivo.
- En la selección y construcción de temas prioritarios en cuyo abordaje se conjuguen los aportes de las diferentes disciplinas implicadas, incluyendo las bio-naturales. Si la orientación no deviene en contenidos temáticos específicos, corre el riesgo de quedarse como

algo exterior y ajeno, incapaz de penetrar las realidades enfrentadas.

– En cambios en la metodología tanto docente como investigativa. Desde la selección de los temas y objetos a investigar o a enseñar, hasta las categorías, los métodos de aproximación a la realidad, las pruebas, los análisis y las técnicas pedagógicas e investigativas, tienen que ir siendo penetradas por el enfoque en cuestión. Seguir considerando "lo sico-social" como aspecto complementario o como técnicas de manipulación conductista más que un avance puede seguir siendo un retroceso que mantiene el modelo dominante. Darle presencia sistemática en los aspectos enunciados es paso serio en la construcción de alternativas.

– En la selección de los espacios en los cuales se desarrolla el proceso formativo, tanto en su momento docente como investigativo. Continuar centrados en el espacio hospitalario o sólo en los espacios de atención a los enfermos o de investigación básica priva de observar inteligentemente los espacios y circunstancias en que se desarrolla la vida de las personas y de los grupos y en que se hace posible enfermar, sobrevivir y morir.

– En los tipos de prácticas formativas elegidas y en las aptitudes cultivadas en el personal en formación. Ni formar sólo para tratar de curar enfermedades ni centrar las prácticas en los eventos individuales.

– El mejor indicador de si la orientación está o no penetrando no debe ser el número o la proporción de horas de ciencias sociales dadas frente a las horas clínicas o básicas biológicas, o el número de profesores no médicos o enfermeras. Posiblemente sean mejores indicadores como el tipo y abordaje de problemas seleccionados por docentes y estudiantes para articular el proceso formativo; el rigor histórico social en el análisis de los problemas y la elaboración de propuestas; el interés por prácticas extrahospitalarias y el grado de participación en ellas; los temas y la metodología empleado en las investigaciones de docentes y estudiantes, y la creatividad en las formas de "nuevas prácticas" ya no medicas, sino sociales de promoción y defensa de la vida y la salud y de confrontación y entendimiento de la enfermedad y la muerte.

7. A manera de resumen o enunciado final. Asumiendo los riesgos de una síntesis, puedo enunciar así las bases conceptuales de la discusión planteada y de las propuestas esbozadas:

7.1 La Educación tiene un papel importante pero dependiente de otros procesos en la transformación de la realidad.

7.2. La educación formal es apenas uno de los mecanismos mediante los cuales se realiza el proceso educativo en la sociedad. Otros mecanismos, como la acción de los medios de comunicación cumplen un papel importante y a ellos debe accederse con los contenidos que quieran inculcarse.

7.3. Tanto la categoría Nivel de Salud como Población son problemáticas en general y parecen inadecuadas en particular dentro de un enfoque bio-sico-social de la problemática de la salud. Parece más conveniente referirse a Momento -o a Condiciones de salud de Grupos- Sociales especificados en función de variables definidas en cada caso según las realidades estudiadas o los objetivos propuestos.

7.4. La Categoría Proceso Vital Humano - PVH - es sometida a consideración tratando de integrar las polaridades Salud-Enfermedad, Vida-Muerte, los niveles individual-colectivo y bio-sico-social, y resaltando su carácter dinámico de proceso.

7.5. La posibilidad de avanzar en la propuesta de un enfoque bio-sico-social de la problemática sanitaria (PVH?) se debe tanto a las limitaciones del modelo bio natural aún dominante, como al esfuerzo de una comprensión más científica del problema, contando con los aportes de las ciencias sociales y con el desarrollo de ideas y experiencias ya seculares.

7.6. La orientación bio-sico-social de la educación en salud en general y de la educación de personal profesional en salud, en particular, si pretende ser algo más que un discurso ideológico externo debe concretarse mínimamente en campos como:

- Modificación del patrón de cientificidad biomédico dominante. Esto implica tanto solidez y rigor teórico metodológico en el abordaje bio-social de los problemas, como presencia creciente en la lucha de poder que se realiza permanentemente en el campo del saber en salud.

- Reformulación, ampliación y repriorización de los problemas abordados.

- Reversión de la actual apropiación excluyente del saber en salud y recomposición del protagonismo de la

sociedad en la defensa de la vida y la salud y en la confrontación e interpretación de la enfermedad y de la muerte.

- La implementación de la orientación comentada implica además: cambio en el epicentro temático y espacial actual del proceso formativo; modificación de la metodología docente e investigativa; diseño de nuevas prácticas formativas y de nuevas prácticas ya no sólo "Médicas", sino sociales ante el PVH; trabajo interdisciplinar, con énfasis en la visión y el método históricos.

7.7. Si los contenidos, significados e implicaciones de este enfoque bio-sico-social no penetran las distintas fibras y entrecruzamientos del tejido social, entre ellas las educativas formales e informales, su capacidad de transformación positiva de las condiciones-de vida y salud será cada vez más reducida y autolimitada. Expresado en positivo: los esfuerzos de la educación profesional en salud por contribuir a mejorar las condiciones de vida y salud de los diferentes grupos sociales a partir de un enfoque más científico e integrador bio-sico-social logrará su objetivo en la medida en que los contenidos y prácticas derivadas de tal enfoque rompan la barrera académica y penetren el lenguaje, las preocupaciones, la ideología y las luchas cotidianas y estratégicas de la sociedad.

BIBLIOGRAFIA

1. BREILH, J. GRANDA, E. - Investigación de la Salud en la sociedad. Ediciones CEAS. Quito, 1982.
2. GARCIA, J. C. - Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. *Educación Médica y Salud*. 5: 130-150, 1972.
3. GARCIA, J. C. - La Educación Médica en la América Latina. OPS/OMS. Publicación Científica No. 255. Washington, 1972.
4. LAST, J.M. - A dictionary of Epidemiology. Oxford University Press. New York, 1988.
5. LAUREL, A. C. - La Salud-Enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico-sociales*. No. 19. Rosario, Argentina, 1982

6. LAUREL, A.C. - El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. **Cuadernos Médico-sociales**. No. 37. Rosario, Argentina, 1986.
7. MADEL, T.L. - Natural, Racional, Social. Editora Campus. Rio de Janeiro, 1988.
8. MENENDEZ, E. - El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos. **Desarrollo Económico**. 24 No. 96, enero-marzo, 1985.
9. NUNES, E. (edit) - Ciencias Sociales y Salud en América Latina: Tendencias y Perspectivas. OPS/ CIESU. Montevideo, 1986.
10. NUNES, E. (org.) Juan Cesar García: Pensamento Social em Saúde na America Latina. Cortez Editora. ABRASCO, Sao Paulo, 1989.
11. OPS - El desafío de la Epidemiología: Problemas y lecturas seleccionadas. Publicación Científica No. 505. Washington, 1988.
12. OPS/UDUAL - La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población. Informe del Nucleo básico III. Caracas 7-11 de noviembre de 1988.
13. OPS - Grupo de Trabajo sobre Articulación del Conocimiento Básico Biológico-social en la Formación de Personal de Salud. Informe Final. Paipa, Colombia, 17 al 20 de abril de 1989.
14. OPS - Medicina Familiar y Medicina Comunitaria. Estado del Arte. Documento Provisional. Washington, mayo 1989.
15. OPS - La reforma de la Educación Médica: un desafío inaplazable. **Boletín OPS**. 107 No.2 155-172. agosto 1989.
16. POSSAS, C. - Padroes Epidemiológicos e Políticas de Saude no Brasil. Tese de doutorado. ENSP/ FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1988.

Orientación Programática Biológica y Social de la Educación y Nivel de Salud de la Población

Lic. Gladys Eskola T.
Universidad de Cuenca, Ecuador.

INTRODUCCION

Tratar el problema de la formación del personal de salud, significa una oportunidad para reflexionar sobre las interpretaciones del proceso salud-enfermedad; sobre la naturaleza y el desarrollo de los sistemas de salud; sobre las inter-relaciones de las funciones académico- administrativas de la universidad con la sociedad; sobre el proceso educativo y sus fines vinculados con la salud de la población; sobre el carácter de la práctica social de los profesionales, fenómenos incluidos en la dimensión económico-política e histórica de América Latina.

Esta tarea de singular importancia para el presente y el futuro de la salud de la población latinoamericana, en razón de la directa relación con la satisfacción de las seculares necesidades y de las perspectivas de justicia e igualdad en el ámbito del derecho a la salud y de otros de carácter humano y social, ha sido tomada por algunas instituciones, organizaciones y equipos profesionales y científicos con la seriedad y el interés que requiere el compromiso con las expectativas y causas de los grandes grupos poblacionales que aspiran a transformaciones fundamentales en el campo de la salud en el contexto de los cambios sociales.

Las investigaciones efectuadas por la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS) durante varias décadas, las inversiones económicas y el esfuerzo humano desplegado por ella, la UDUAL y sus miembros ALAFEM, OFEDO y ALADEFE (así como por otras organizaciones), sus producciones bibliográficas y aportes en el cuestionamiento, orientación y elaboración de propuestas respecto de la formación de los recursos humanos en salud, representan el interés por encontrar la respuesta a las aspiraciones de salud de los pueblos, a través de un tratamiento integrado, dialéctico, colectivo e interdisciplinario de la problemática.

El llamado que se hace a las Universidades Latinoamericanas a hacer realidad sus postulados y fines educacionales, investigativos, así como de extensión de su filosofía y práctica a la sociedad, es un reto que

debe ser aceptado sin postergación en el contexto de la perspectiva de reforma universitaria y de servicio y unidad con los sectores sociales que aspiran tener acceso a la salud como un derecho básico. Este compromiso cobra interés capital, si se considera la crisis en la que se debate la Universidad Latinoamericana, crisis académico-político-económica, síntoma, a la vez, de la crisis social general.

El Proceso Salud-Enfermedad: lo biológico y lo social:

La naturaleza de la enfermedad ha sido un tema históricamente tratado y ha merecido diversas interpretaciones según las corrientes de pensamiento, la formación económico-social y su correspondiente instancia ideológico-política, el interés del Estado, etc.

En la actualidad, en la opinión de Juan César García, "...La variedad de teorías sobre la medicina refleja la dificultad del pensamiento en describir y expresar el carácter contradictorio de los fenómenos y estamos asistiendo a una lucha entre escuelas de pensamiento que tratan de explicar la relación de la medicina con la estructura social; la efectividad de la acción médica, los determinantes sociales de la enfermedad." ¹

De acuerdo con Asa Cristina Laurell, es alrededor de los últimos treinta años (desde fines de los sesentas) que se intensifica la discusión en torno al carácter de la enfermedad. Lo que se discute es si ésta es esencialmente biológica o, por el contrario, social. Hay así un cuestionamiento profundo del paradigma dominante de la enfermedad que la conceptualiza como un fenómeno biológico individual." ²

1. GARCIA, Juan César. Medicina y Sociedad. Las corrientes de pensamiento en el campo de la salud. Educación Médica y Salud. Vol 13. No. 3 (1979) Pág. 379.
2. LAURELL, Asa Cristina. La Salud-Enfermedad como proceso social. Cuadernos Médico Sociales. No. 19 (Asociación Médica de Rosario). 1982. Pág. 7.

El auge de este debate aparece inmerso en la situación de crisis política, social y económica que envuelve a América Latina y en el marco de las luchas sociales que cuestionan "...el modo dominante de resolver la satisfacción de las necesidades de las masas trabajadoras (...) De esta manera las nuevas corrientes se inspiran en las luchas populares y se define así, la base social sobre la cual se sustentan."³

En relación con la medicina, el modelo biologista demuestra la imposibilidad de producir conocimientos que afronten adecuadamente los problemas de salud de los países industrializados, del mismo modo "...la medicina clínica no ofrece solución satisfactoria al mejoramiento de las condiciones de salud de la colectividad, hecho que se demuestra en el estancamiento de éstas en grandes grupos o su franco deterioro en otros."⁴

Es evidente que las investigaciones y propuestas alternativas elaboradas en el campo de la salud-enfermedad y de la educación médica por sociólogos y epidemiólogos en los últimos años, han contribuido de manera fundamental y decisiva a esclarecer el origen, curso, causalidad y resultados de estos procesos.

Como lo señala Juan César García: "La total autonomía de la medicina y, por consiguiente, su independencia de la estructura social o de las partes, instancias o elementos que la integran ya no es postulada, hoy día, por las corrientes importantes en las ciencias sociales"⁵. Lo mismo podríamos decir de la enfermedad que no puede ser entendida como fenómeno independiente de la sociedad en la cual se origina y desarrolla. "La evidencia incontrovertible, de que el panorama patológico se ha transformado a lo largo de la historia, que la patología predominante es distinta en una sociedad y otra en un momento dado, y que la problemática de salud difiere de una clase social a otra dentro de una misma sociedad, comprueba el carácter social a histórico de la enfermedad. Hoy hay un reconocimiento casi universal de la importancia de lo social en el proceso de generación de la enfermedad."⁶

No obstante la amplia difusión y la evidencia científica de estos nuevos enfoques de la salud-enfermedad, la práctica médica continúa- siendo eminentemente hospitalaria' clínico-biologista. Ni la Salud Pública cuyo desarrollo ha cobrado relieve en los últimos años ha demostrado el compromiso de asimilar la teoría de la determinación social de la enfermedad y la

distribución desigual de la enfermedad, en la practica sigue teniendo una interpretación biologista.

Situando la problemática de la interpretación del proceso salud- enfermedad en el siglo presente, así como de la práctica social del personal sanitario y la administración del conocimiento a través de los procesos de formación de los recursos, identificamos dos hechos innegables: la interdependencia de los tres aspectos mencionados en el seno de la realidad económico-política de América Latina, así como la gran movilidad aue los mismos han experimentado como consecuencia de la crisis social, durante las tres últimas décadas.

El Predominio de lo Biológico y lo Clínico en la Formación y Practica Social del Personal de Salud en América Latina.

Tomando la referencia de Olga Verderese respecto de los períodos históricamente determinados en el presente siglo para situar las variaciones que han sufrido los modelos económicos, la práctica social y la formación del personal de salud y su vinculación, es importante destacar su descripción y análisis para poder comprender la magnitud del problema de la administración del conocimiento biológico y social, es decir: su generación, renovación crítica, recolección, difusión y colaboración con los países en su utilización, como lo definen Rodríguez y Villarreal.⁸

El "modelo de desarrollo hacia fuera", de 1900 a 1930, dice de la participación y actividad de Latinoamérica para satisfacer las demandas de los países desarrollados, a través de la materia prima, alimentos y más bienes ligados a la explotación agrícola destinados

3. Ibid.

4. Ibid.

5. GARCIA, J.C. Op. Cit., Pág. 363.

6. BREILH, Jaime. Epidemiología: Economía, Medicina y Política. U. Central, Quito. 1979. (En el Prólogo de la Obra, por Asa Cristina Laurell).

7. VERDERESE, Olga. "Análisis de la enfermería en América Latina. Publicación Científica No. 393. OPS.

8. RODRIGUEZ, María Isabel, y VILLARREAL, Ramón. La Administración del Conocimiento. Lo Biológico y lo Social en la Formación del Personal de Salud en América Latina. Educ. Med. Salud. Vol 20, No. 4. (1986)

a la exportación. Algunos rasgos del periodo constituyen el desarrollo del transporte marítimo y ferroviario, el incipiente impulso de la industria y el endeudamiento con préstamos internacionales. La atención del Estado se circunscribe al saneamiento y vigilancia de los puertos, a la lucha contra las enfermedades cuarentenables y debilitantes, a promover y aumentar la capacidad de trabajo de las fuerzas laborales y a desarrollar las campañas sanitarias en los centros de producción agrícola y minera. La formación de personal de salud estuvo dirigida, en general, a la atención de la enfermedad como fenómeno individual y biológico, independiente del contexto social. La medicina clínica naciente se puso al servicio de los hospitales de las empresas privadas. La práctica social de los recursos sanitarios fue curativa ligada a los establecimientos hospitalarios.

En el segundo período denominado "modelo de desarrollo hacia adentro", de 1930 a 1960, se advierte el desarrollo de la industria para superar la depresión económica de 1930, decae el comercio exterior, lo mismo que la agricultura promoviéndose el éxodo del campesinado a la ciudad, la urbanización se acelera igual que la dependencia económica y tecnológica. En este período, después de la II Guerra Mundial, según Ricardo Sánchez Puentes⁹, América Latina se ve obligada a producir nuevos modelos de desarrollo social, económico y político contando con la vinculación de la Universidad al desarrollo económico nacional.

La atención de la salud en estos años se fracciona en curativa y preventiva, siempre para mantener la productividad laboral con la protección de la mano de obra. Se impulsa la "industria hospitalaria". La práctica médica también se subdivide: la medicina privada al servicio de la población adinerada y la medicina estatal a través de la Seguridad Social y los Ministerios de Salubridad al servicio de los obreros, burócratas y de los desposeídos, respectivamente. Se incrementan y afianzan las Escuelas de Enfermería nacientes en el período anterior; la supremacía de la atención médica sobre la sanitaria se afianzó mucho más en el surgimiento de las especialidades lo que determinó una mayor diversificación del trabajo con nuevos grupos ocupacionales. En este período se cuenta con mayor apoyo de organismos internacionales que dirigieron sus esfuerzos a los programas sanitarios en zonas estratégicas relacionadas con la producción de caucho, minerales y otros bienes de interés del capital internacional. A pesar de la importancia que cobra la medicina preventiva, especialmente en el decenio 1950, el 80% de la fuerza

laboral del personal de salud asumió las demandas hospitalarias, acorde con el mayor desarrollo científico y médico y las expectativas económicas de los monopolios extranjeros. La formación de los recursos sanitarios continuó siendo biológica y clínica, desarticulada de la salud-enfermedad como proceso social.

En el último período, de 1960 hasta el presente, los rasgos de la crisis del capitalismo son evidentes: disminución del crecimiento del producto interno bruto, desempleo, impulso de la industria de montaje, programas políticos de integración económica, agresivo incremento de la deuda externa, agudización de las contradicciones internas de clase y búsqueda de salidas revolucionarias para enfrentar la crisis y lograr la satisfacción de las necesidades de las masas populares.

El Dr. Héctor Acuña, Director de la OPS en 1982, en torno a la crisis de la salud señalaba: "En algunos países de América Latina y el Caribe el 40% de los hogares disfrutaban de menos del 10% del ingreso nacional por familia." Mientras en un año determinado murieron 850 niños menores de cinco años en Estados Unidos y Canadá, en América Latina y el Caribe se registraron 92.300 defunciones. Mientras el desarrollo económico de algunos países les otorga la capacidad monetaria y tecnológica para construir instrumentos de destrucción nuclear y armamento moderno, otros países de América Latina y el Caribe, carecen por su dependencia económica, de recursos para alimentos, agua y medicinas para controlar la diarrea y la desnutrición de los infantes o para dar educación y salud a 140 millones de desempleados.¹⁰

"En el sector salud, en este período, se señalan los efectos negativos de la medicalización, se resalta el carácter ideológico y reproductor de las instituciones médicas y se propone la desmedicalización de la sociedad. En el terreno de la práctica médica surgen programas alternativos de autocuidado de la salud, atención primaria realizada por personal no profesional, revitalización de la medicina tradicional, tecnología apropiada, etc. (...) Así frente a las crecientes

9. SANCHEZ PUENTES, R. Historia reciente de las Crisis Universitarias y Nacionales. Memoria del Seminario Universidad y Proyecto Nacional en América Latina. UDUAL. México, 1988.

10. ACUÑA, Héctor. Educación Médica y Salud. Vol.16. No. 2 1982. Pág. 113.

necesidades de la población, resultantes de la crisis económica del capitalismo, se estimula la adopción de las alternativas "baratas" que habían surgido a fines del decenio de 1960 y comienzos del de 1970."¹¹

En el campo de la formación de los recursos en salud, se había recomendado también el abaratamiento de los costos de la formación del personal y la adecuación de los planes y programas incluyendo la atención de los problemas básicos de la salud de la comunidad en su entrenamiento. En este período se desarrolla la práctica rural de los profesionales de la salud. Las políticas de extensión de cobertura, atención primaria y participación de la comunidad, son recomendaciones para efectuar los cambios en la educación del personal de salud.

Uno de los importantes avances en este período como resultado de las contradicciones que encierra la crisis en lo económico y político, constituye, en el campo de la salud-enfermedad, de la formación de los recursos humanos y de la medicina, la "ruptura con la concepción biológica e individual de la enfermedad", dando un impulso extraordinario al pensamiento médico y abriendo el camino para la creación de una nueva teoría y práctica para el abordaje de la salud-enfermedad como proceso social, "una corriente de pensamiento crítico dentro de la medicina", como afirma Asa Cristina Laurell.

Características de la Administración del Conocimiento en la Formación del Personal en Salud en América Latina.

La formación del personal de salud, ha representado, no sólo el cumplimiento de la función primordial de la Universidad a través de sus estructuras educativas, sino la preocupación latente en su interior y fuera de él de la investigación de los recursos educativos, de la misión social de sus graduados, de las alternativas programáticas y metodológicas, de la integración teórico-práctica de sus contenidos y, desde luego, del proceso de administración del conocimiento en la formación del personal de salud en América Latina, considerando lo biológico y lo social.

En el análisis histórico que realizan los Dres. María Isabel Rodríguez y Ramón Villarreal sobre la administración del conocimiento en la formación del personal de salud en América Latina, se destaca el acuerdo manifestado en varios foros respecto de la necesidad de

orientar la formación teórico-práctica del personal de salud basado en el enfoque integral del proceso salud-enfermedad. Algunos eventos mencionados por los autores demuestran lo dicho: En 1972, la III Reunión de Ministros de Salud de las Américas, realizada en Santiago de Chile, propuso una reforma integral, con unidad de objetivos y dirigida a la salud como función biológica y social, en forma interdisciplinaria, considerando los fenómenos normales y patológicos del individuo y de las comunidades, así como su prevención y curación y, finalmente, multi-profesional con una formación que incluya las ciencias básicas, clínicas y sociales tanto de los profesionales como de los técnicos. Asimismo, en la Primera Reunión sobre Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en América Latina y el Caribe --Caracas 1976-- se propone que la educación médica ha de permitir una comprensión global del hombre en su dimensión biológica, psicológica y social a lo largo de la carrera, evitando el conocimiento por medio de asignaturas aisladas.

Durante un largo período la interrelación de lo biológico y lo social ha ocupado un importante lugar en la investigación, análisis y producción bibliográfica de varios estudiosos que han insistido y demostrado que la salud y la enfermedad, lo mismo que la educación médica en sus aspectos teórico-prácticos no son hechos independientes o aislados en el quehacer social, sino el producto de la interrelación e influencia de las fuerzas productivas y de las relaciones de producción, con un origen y una salida eminentemente social, es decir, históricos.

Los diferentes trabajos científicos elaborados y difundidos al respecto, han permitido clarificar de manera cada vez más amplia la trama social del proceso salud-enfermedad. Este aporte de los últimos años ha permitido desvelar las contradicciones de las concepciones tradicionales y dejar al descubierto los intereses de clase que en torno a la salud existen en las formaciones sociales con regímenes de propiedad privada de los medios de producción. Los cambios inminentes que aspiran los pueblos en materia de salud, demandan la necesidad de evaluar y profundizar en el estudio de los enfoques de los procesos de formación del personal cualificando la administración del conocimiento biológico y social.

¹¹ GARCIA, Juan César; Op., cit., Pág. 380.

No siempre los procesos de reforma educativa han partido de un marco teórico científico del proceso salud-enfermedad, del conocimiento de las expectativas de salud de la población y del análisis de la práctica social y del perfil profesional que se pretende cambiar. Con frecuencia las reformas han sido particulares y considerando los aspectos técnicos y pragmáticos. En esta situación ha incidido el aspecto tradicional de la organización académico-administrativa de las Universidades cuyas acciones verticales de los directivos y expertos en currículo han impedido una amplia y democrática participación, dividiendo de esta manera un quehacer que por naturaleza es unitario y exige la participación crítica de todos los involucrados en el proceso educativo en el marco del debate y de la comprensión de la estructura social como fuente dialéctica de todos los procesos vinculados con el hombre.

Los autores Rodríguez y Villarreal, al investigar la evolución de lo biológico y lo social en el proceso de formación médica abordan sus características considerando las últimas cuatro décadas. Así, de 1950 a 1960 "...las reformas en las escuelas de América Latina (...) se desarrollan alrededor de dos ejes fundamentales: un ciclo básico de ciencias biomédicas con fuerte contenido experimental y un ciclo clínico con cuatro áreas de la práctica clínica con internado rotatorio."¹² Tal enfoque respondió a la influencia científico-técnica de Estados Unidos y de su modelo estructurado con las recomendaciones del "Informe Flexner" en 1910, imprimiendo un perfil eminentemente biológico de los procesos de formación del médico latinoamericano. La vigencia del modelo determinó un importante avance de la enseñanza de las ciencias llamadas preclínicas, el mejoramiento de la infraestructura biomédica y la preparación especializadas de los docentes.

Eventos que se realizan en este período como la Primera Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina y la primera encuesta sobre la enseñanza de las Ciencias Básicas Preclínicas en las Escuelas de Medicina de América Latina, demuestran el interés por el componente biológico como sustento de la medicina científica en América Latina.

La formación de enfermeras contó también con la influencia del modelo norteamericano: un período básico llamado preclínico y varios ciclos para la formación teórico-práctica en las especialidades de Clínica, Cirugía, Pediatría, Obstetricia y Salud Pública.

La incorporación de la medicina preventiva y social al modelo de la época constituyó un añadido secundario e independiente constituyendo de un 10 a un 20% de la extensión de la carrera. En algunos países la formación biomédica y clínica del personal de salud empata con la práctica rural obligatoria, como medio de ampliar la cobertura de los servicios asistenciales.

Seminarios promovidos por la OPS en Vifia del Mar en 1955 y en Tehuacán en 1956, insistían en la atención integral del individuo y de la familia en los aspectos biopsicosociales, en la enseñanza de la medicina preventiva y en los conocimientos que habían de incluirse en los planes de estudio para el efecto: biología, genética y psicobiología para la comprensión biológica del ser humano y, la sociología, la ecología, la antropología social, el saneamiento, la epidemiología y la bioestadística, para la enseñanza social. A pesar de los esquemas de formación del personal de salud recomendados en diferentes foros y de su aplicación, no se produjo cambios significativos en la práctica social ni en la realidad de salud que se suponía debía cambiar. El ejercicio de los profesionales continuó siendo individual y biólogo y las inquietudes en torno a la búsqueda de mecanismos de integración de los ciclos preclínico básico con los clínicos y las ciencias de la conducta se ubicaron en primer lugar en las discusiones y eventos específicos.

De 1960 a 1970 y en el contexto de severos conflictos de orden económico, social y político de América Latina, así como de un fuerte movimiento estudiantil que trata de hacer realidad su ubicación en la Universidad como un derecho eliminando las limitaciones y cupos basados en la "excelencia de las capacidades", se efectúan certámenes continentales con la participación de delegaciones de los ministerios de salud, de la educación, de la comunidad y, en general, de la Salud Pública.

La desintegración de "lo básico, lo clínico y lo social" continúa siendo una seria preocupación de las escuelas y facultades, produciéndose por ello la adopción, en algunas de ellas, del modelo de la Escuela de Medicina de la Universidad de Western Reserve, Cleveland, Ohio, EUA, en 1952, "...que aborda los com-

12. RODRIGUEZ, M.I. y VILLAREAL, R. Op., Cit., Pág. 428.

ponentes biomédicos y clínicos coordinados alrededor del estudio de los sistemas orgánicos, estructurados en tres fases: la primera dedicada a la estructura, función y crecimiento y desarrollo normales; la segunda a las alteraciones de lo normal; en la tercera fase los conocimientos adquiridos se aplican a la clínica."¹³

Al mismo tiempo que se adoptan modelos de otras realidades, en este período se produce una fuerte introducción del conductismo en la formación del personal de salud, tanto en la enseñanza de las ciencias sociales como en otras. Los objetivos educacionales en la Taxonomía de Bloom, "...la conducta observable..., el control del docente de los estímulos, conductas y reforzamientos, para moldear el aprendizaje de los estudiantes..., aprendizaje en que se exagera lo individual del proceso y descontextualiza al sujeto de su medio social..., atomización y control del aprendizaje como sistema y de su "medio ambiente"..., evaluación en cuanto control y retroalimentación del sistema o cosificación del sujeto...", son algunas de las características de la Tecnología Educativa¹⁴ que se transfiere a América Latina de un proyecto de tecnocracia de Estados Unidos para enfrentar los problemas de la educación con los criterios de eficacia y eficiencia y no es verdad, aparentando una educación científica y supeditando la ciencia a la tecnología.

No obstante las incongruencias y limitaciones respecto de la integración y unidad de lo biológico, lo clínico y lo social en la formación del personal de salud en este período, debe rescatarse los beneficios de la enseñanza de la medicina preventiva y social en la formación médica, el cuestionamiento de la teoría médica y la ingerencia en su transformación, así como la creación y marcha de los postgrados de medicina social.

En la década de 1970 a 1980 sobresale el interés por definir el objeto de la medicina social en los siguientes términos: práctica y conocimientos acerca de la salud; estudio de la sociedad, estudio de las formas de interpretación de los problemas de salud y estudio de la práctica médica.

En el campo de la educación de enfermería sobresale en varios países la consolidación de las Organizaciones nacionales de Escuelas y Facultades de Enfermería que van a encauzar los procesos de formación del personal y la aplicación de las reformas orientadas a integrar un bloque de disciplinas sociales, la búsqueda de espacios para la práctica de las mismas, la instala-

ción de los programas de internado rotativo, así como de medicatura rural y la consolidación de nuevos niveles de formación profesional y de postgrados.

En esta década la educación de enfermería se nutre de los avances experimentados por otras profesiones tanto en relación con la enseñanza experimental de las áreas básicas (biológicas) como con la necesidad de incorporar al proceso de formación los nuevos conceptos de salud-enfermedad. Es la oportunidad también para cuestionar la función de los sistemas de salud y la estructura cerrada para la práctica social preventiva y comunitaria a pesar del discurso de ampliación de cobertura, atención primaria, etc. Recuérdese que "los criterios de relación interdisciplinaria, la integración docencia-servicio, la aplicación de las ciencias sociales al proceso salud-enfermedad, la búsqueda de procesos de interacción entre las ciencias biológicas y sociales, la alta prioridad concedida a las actividades de atención primaria y los prooaiairamas de extensión de cobertura ocuparon un lugar especial entre las innovaciones educativas que se concretaron en proyectos."¹⁵

A pesar de experiencias tan importantes logradas a lo largo de varias décadas en relación con la formación de personal de salud y en cuanto a la administración del conocimiento biológico y social, no se podrá afirmar que la década de los 80 ha clarificado y consolidado los mecanismos de integración científico-técnica y unitaria de las dos instancias del conocimiento de modo que la escisión de la teoría y la práctica está resuelta. Como señalan Rodríguez y Villarreal, "...la formación del personal de salud, particularmente a nivel de pregrado está lejos de recibir el beneficio del avance de los conocimientos científicos y tampoco acceder a los desarrollos teóricos de las nuevas corrientes de pensamiento en el campo de la medicina social."

Comentario

El desarrollo de un nuevo conjunto de medidas para impulsar la producción, la transmisión y la difusión del

13. RODRIGUEZ, M. I. y VILLAREAL, R. Op. Cit. Pág. 430.

14. KURI, Cano A., y FOLLARI, R. Simposio sobre Alternativas Universitarias. Elementos para una Crítica a la Tecnología Educativa. Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco. México, Mayo 1980.

15. RODRIGUEZ, M.I. y VILLARREAL, R. Op., cit., Pág. 434.

conocimiento biológico y social en relación con el proceso salud-enfermedad, continúa siendo una necesidad y una responsabilidad especialmente de la Universidad en esta nueva etapa.

Está en la decisión de docentes y estudiantes, trabajadores y directivos universitarios, la posibilidad de penetrar el espacio de la investigación de los mecanismos que posibiliten al más alto establecimiento educativo salir de la crisis actual y trascender el objetivo de la subsistencia para hacer realidad sus fines sociales entre los que se cuentan la lucha por la salud como derecho, la justicia, la democracia y la paz.

Pero no sólo la Universidad tiene la decisión de trabajar por la transformación de la formación de los recursos humanos para la salud en el marco de la unidad y mutua dependencia de lo biológico y lo social del conocimiento, son los sistemas de salud en el marco de la unidad y mutua dependencia de lo biológico y lo social del conocimiento, son los sistemas de salud y las instancias políticas del Estado las llamadas a crear las condiciones prácticas que hagan posible el cumplimiento de sus propias expectativas, la aplicación del discurso social, la investigación y la práctica de los profesionales y técnicos en el ámbito de la prevención y de lo social. ¿Puede la sociedad capitalista asumir los planteamientos de la causalidad social de la enfermedad?

Quito, Noviembre de 1989

Subtema I.3

**Incorporación de Nuevas Tecnologías y
Nivel de Salud de la Población**

Papel de la Universidad en la Elevación del Nivel de Salud en la Población

Dra. Cristina Rivalta Fleites
Asociación Latinoamericana de Escuelas y
Facultades de Enfermería (ALADEFE)

Incorporación de Nuevas Tecnologías y Nivel de Salud de la Población.

Deseamos comenzar la presente exposición con un pensamiento del Dr. Juan César García, expresado en el Seminario sobre "Nuevas Tendencias en la Investigación Biomédica y Social, Salud para Todos": 25 años de experiencia cubana, La Habana, Julio, 83.

La autosuficiencia nacional", para la ciencia y la tecnología en el campo de la salud es ya un logro en la revolución cubana, alcanzado a través de un proceso planificado y democrático, que nos acerca a la predicción del Dr. Fidel Castro cuando expresó que el "futuro tiene que ser necesariamente un futuro de hombres de ciencia". Que esta predicción que saludamos nos sirva para continuar adelante con fé en la potencialidad transformadora de nuestros pueblos¹.

La incorporación de nuevas tecnologías debe estar íntimamente relacionada con los problemas de salud de la población y fundamentalmente con las masas más desposeídas de la sociedad, con los grupos de riesgos, pero en una sociedad dividida en clases antagónicas, obviamente de producción capitalista impronta en nuestros pueblos de América Latina y el Caribe.

En esta formación económica social la producción de bienes materiales es cada vez más social, porque en el proceso productivo intervienen los hombres, los trabajadores organizadamente en la producción de bienes materiales, en centros fabriles y otros espacios. Sin embargo la apropiación de las riquezas del capital, cada vez es más individual y se encuentran en las manos de una minoría, la clase dominante.

Reflexiono que con la riqueza de las discusiones que hemos tenido en estos días, cabe plantearse, es función de los sectores más avanzados establecer la lucha contra la hegemonía y lograr que esos trabajadores devengan en "masa crítica" capaz de luchar por un orden social más justo.

No podemos olvidar los planteamientos en este caso de la Conferencia sobre Atención Primaria de la Salud, Alma-Ata, URSS, OMS, 1978.

La meta salud para todos en el año 2000 propone elevar la calidad de la vida mediante la contribución de las desigualdades y a la eliminación de la pobreza.

Reconoce que la "Atención Primaria en Salud" es su principal mecanismo de aplicación y establecer cuatro elementos fundamentales, necesarios para lograr la eficacia de esta estrategia.

1. La voluntad pública de implantar la equidad social.
2. La participación activa de la comunidad.
3. Una acción intersectorial adecuada; y
4. Una tecnología apropiada y asequible.²

Las posibilidades de éxito de la meta de salud para todos hay que examinarla en el contexto de las condiciones socio-económicas de los países de Latinoamérica y el Caribe, los cuales se encuentran a 10 años del cumplimiento de la meta y todavía estamos muy lejos de cumplirlas, factores como la acuciante crisis económica, la inflación, el desempleo, determinan un alto costo social para la población, un progresivo deterioro de las condiciones de vida en los países dependientes, se agudiza su impacto en los sectores de bajos ingresos y más aún de los desempleados que carecen de ingresos.

1. GARCIA, Juan César. Nuevas tendencias de la investigación biomédica y social. Salud para todos, 25 años de experiencia cubana. La Habana, Cuba. 3-9 julio, 1983.

2. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Conferencia sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, Ginebra Ed. OMS/78.

En este contexto el papel histórico que la sociedad encomienda a la Universidad se convierte en un gran desafío, ya que la crisis ha tenido su impacto en todas las instancias sociales, también se ha hecho sentir en las Universidades insuficientes presupuestos que está limitando su desarrollo científico y tecnológico.

Toda esta distancia trae consigo, posiciones de rechazo o de dependencia económica ante los desarrollos tecnológicos así algunos profesionales piden frenos para el avance tecnológico y un retorno a épocas concluídas, son expresiones claras del pensamiento metafísico, al no advertir que este impulso es consecuencia de la fórmula productora en que se crea y desarrolla.

Resulta útil a mi juicio resaltar algunas facetas del devenir histórico de la investigación científica en el campo de las ciencias naturales.

La revolución científica técnica en el campo de la Biología se está desarrollando debido en gran medida a la acumulación de conocimientos en estos dos últimos siglos, lo que representa directamente en el desarrollo de las ciencias médicas.

Desde el descubrimiento del microscopio óptico y los primeros hallazgos de Hooke sobre la célula en el siglo XV hasta el presente, se ha recorrido un largo camino, comparado con el surgimiento de las ciencias biológicas. El siglo XIX en su segunda mitad marcó la primera edad de oro de la biología moderna, muy vinculada con la medicina, el descubrimiento de un número importante de organismos celulares, el postulado de Schneider y Schwon unido al descubrimiento de la división celular, la fertilización del óvulo, la teoría de la evolución de Darwin, las leyes de la herencia de Mendel, y el descubrimiento de los ácidos nucleicos constituyeron en resumen los resultados más significativos de las investigaciones en el campo biomédico en el siglo XIX.

El siglo XX a partir de la década del 30, se caracterizó por la intervención de novedosos métodos de investigación y se pusieron como base para los nuevos descubrimientos en las Ciencias Biológicas contemporáneas. Este siglo se ha distinguido por el reconocimiento de un grupo de especialidades, que constituyeron las nuevas tendencias de las Ciencias Biológicas; los más importantes están en la Genética Molecular, la Bioquímica, la Biología Celular y Molecular, la

Inmunología y, más recientemente, la Ingeniería Genética. Los descubrimientos más sobresalientes en el campo de las investigaciones biológicas son el estudio de la composición química de las proteínas, los procesos oxidáticos celulares, los conceptos de su actividad catalítica, la respiración y diigestión celular y otras funciones, el papel de los ácidos nucleicos en la herencia como natural genético, las estructuras moleculares de los A.N., los mecanismos de transmisión genética del metabolismo, los mecanismos inmunológicos de defensa del organismo, así como el clonaje y expresión de genes de diversos tipos en bacterias y células.

"El Siglo XX se ha caracterizado por la existencia en cúmulo importante de descubrimientos a los niveles moleculares y celulares de organización de la materia, lo que ha permitido significativos avances en el conocimiento de la estructura y función de la célula; por otra parte, el desarrollo de la microelectrónica ha determinado un progreso tecnológico aplicado de forma extensiva en el campo de la medicina.

Se fortalece notablemente el desarrollo de la Biotecnología; fue comprendida la utilización de modernas tecnologías en nuevos productos y procedimientos de utilidad para la agricultura, la medicina, la cual ha avanzado, en Cuba un buen desarrollo a partir de la presente década lo que nos permite incorporarnos al progreso de la revolución científico-técnica en este campo".⁽³⁾

Ante el impetuoso avance de los conocimientos y el auge alcanzado en muchas de las especialidades de estas ciencias se organizó por nuestro comandante en jefe el Frente Biológico, en 1981, cuyo objetivo fundamental es aunar esfuerzos en el desarrollo de las distintas especialidades de las Ciencias Biológicas y Biomédicas, en el cual participan países de América Latina y de Europa, de manera que el intercambio, la colaboración, lleven en espiral ascendente el conocimiento y los adelantos en función de la salud y el bienestar de los hombres y los pueblos.

También en el 81 se crea el Centro de Investigaciones Biológicas donde se produjo sólo en 3 meses

3. El Impacto de la Revolución Científico-Técnica en la Medicina y sus Implicaciones por la Educación Médica Superior. Educación Medica Superior 1987.

el interferón por la vía leucocitaria y se incorporaron posteriormente las técnicas del DNA recambiante.

El Centro Nacional de Investigaciones Científicas (CENIC) realiza trabajos en el campo de la inmunología para el diagnóstico de malformaciones congénitas del tubo neural mediante el empleo del sistema ultramicroanalítico (SUMA). Todos estos grupos funcionan coordinados por el FRENTE BIOLÓGICO.

Se abordan además problemas importantes sobre la microbiología y parasitología en el Instituto de Medicina Tropical. Está en función un nuevo centro de Biopreparados para la promoción de vacunas, medios diagnósticos y medios de cultivo.

En el campo de la medicina todo este desarrollo debería conducir a nuevos medios, métodos de diagnóstico precoz de las enfermedades, la prevención de los mismos y un tratamiento de mayor eficiencia. En este sentido se utilizan los llamados biomoléculas como el interferón que se utiliza en el tratamiento de algunas enfermedades virales y ciertos tumores, también los anticuerpos monoclonales (moléculas obtenidas a partir de un clon de células y tienen una gran especificidad de poder detectar de forma precisa determinados antígenos), se emplean en el diagnóstico temprano de algunos tumores.

En el campo de las vacunas se trabaja intensamente en la vacuna contra la meningitis meningocócica tipo B, la cual ya se ha utilizado en el Brasil y otros países como forma de colaboración con resultados satisfactorios. También se trabaja en la vacuna de la Hepatitis B.

Continúa el desarrollo de la electrónica, campo en el cual se coordina también el trabajo en un frente único con el fin de utilizar mejor los equipos y los científicos que trabajan en este campo. Conviene mencionar también dentro de este análisis, por considerarse dentro de las nuevas tecnologías, el esfuerzo que se está haciendo en la Industria Farmacéutica. En nuestro país se produce un alto porcentaje de los medicamentos que se utilizan a partir de la importancia de la materia prima, aunque existe también una rica flora tropical. Ya se ha planteado un plan de desarrollo de la Farmacología que incluye mayor utilización de dicha flora.

En el capítulo: "La Investigación de Medicamentos: ¿Una Búsqueda de Oro?" de su libro "Crisis de la

Universidad", Rodrigo Yépez plantea: "Debe reconocerse que especialmente durante el presente siglo, la industria del medicamento logró transformar en productos de amplio acceso algunos principios genéricos de indudable efecto terapéutico. A partir del descubrimiento de la penicilina, por ejemplo, se hizo relativamente más fácil la investigación de otras sustancias naturales que pudieron tener efectos semejantes o mejores, estableciéndose así el nuevo campo de investigaciones sobre los antibióticos. Sin embargo, la actividad de la investigación sobre antibióticos parece más una búsqueda de oro que una indagación dirigida propiamente a contribuir a la solución de los problemas de la salud de la población".

El problema reposa entonces en la forma productiva que marca las posibilidades y los límites de la industria capitalista y no en la eficacia terapéutica a muchos fenómenos. Ningún análisis que pretenda ser riguroso puede dejar de ver que esta industria se orienta más hacia los fines de ganancia y la acumulación que hacia aquellos que puedan realmente transformar o mejorar las condiciones de vida de los conglomerados sociales.⁴

Para poder acumular e introducir en el país los adelantos de la ciencia y la técnica de forma tal que tengan un impacto social, se hace necesario cumplir con tres premisas fundamentales.

- La voluntad política.
- El desarrollo de la infraestructura necesaria que lo permita y,
- Contar con las fuerzas productivas capaces de hacerlas a partir de estos elementos.

La formación de cuadros constituye un elemento importante en el desarrollo científico técnico de un país, la asimilación de los beneficios de la revolución científica técnica mundial, requiere cuadros capaces de entenderlos y llevarlos a la práctica social y paralelamente es necesario reformular los contenidos a enseñar, por tanto los planes de estudios se convierten en un instrumento de cambio.

Es un imperativo salir de los muros de la Universidad para objetivizar el conocimiento y lograr que se de

4. Los Medicamentos en la Práctica Científica y en la práctica educativa. Décimo segunda Conferencia de Facultades de Medicina en América Latina.

en nosotros el doble reflejo de la realidad, o sea, que en la medida en que trabajemos sobre el objeto, transformamos esa realidad y a su vez el objeto nos transforma a nosotros mismos.

Mantener el perfeccionamiento de los planes de estudios, de manera tal que nuestros estudiantes, los egresados apliquen de manera creadora los avances de las ciencias modernas, que su trabajo lo realicen con rigor científico, que les facilite llegar a conocer la esencia de los fenómenos e influir en ellos, que sean capaces de realizar un diagnóstico adecuado, buscar soluciones a los problemas que aquejan a su comunidad dentro del contexto social económico donde se desarrollan.

Paralelamente es un imperativo el reciclaje a los profesores para que se ubiquen a la altura de estos propósitos y actúen en consecuencia.

Permítanme plantear algunos elementos expresados por el Dr. Rodrigo Yépez en su trabajo: "Una Opción en la Investigación Universitaria".⁵

"La Universidad Latinoamericana está en una posición clara para responder a este desafío, pero no sólo para adoptar a las situaciones locales los recientes adelantos de la ciencia y la tecnología biomédica, sino para enfrentar el reto y el énfasis en la realización plena de toda la capacidad íntima de nuestros países. El desarrollo tecnológico autónomo no debe ser tomado como un rechazo inconsecuente o irracional al avance científico y tecnológico mundial."

Y, por último, terminar con una frase de María Isabel Rodríguez citando a Bachellard: "La ciencia se comprende cuando uno se ha comprometido vigorosamente con ella. Nosotros creemos que la Universidad Latinoamericana debe ser una Universidad comprometida con la ciencia al servicio de la sociedad. Esta misión sólo puede ser cumplida por la Universidad a través del conocimiento científico de la realidad y de la incorporación a todos sus integrantes en la formación de un nuevo tipo de universitario consciente y crítico".⁶

5. YEPEZ, Rodrigo. Una Opción en la Investigación Universitaria. ¿Crisis en la Universidad?

6. RODRIGUEZ, María Isabel. El Trabajo Científico en la Formación de Profesionales de Salud. Educación Médica y Salud. 13: 212-213, 1979. Washington, D.C. 1979.

"Salud, Tecnología y Universidad"

Dr. Jorge Solares
Universidad de San Carlos, Guatemala.

INTRODUCCION: EL PROBLEMA

Este trabajo no pretende ser más que un articulado de notas reflexivas sobre el enfoque social de la tecnología para la salud. Se tomará como punto de partida el tema propuesto de "salud, tecnología, y universidad", en el que lo tecnológico aparece como elemento engarce entre dos grandes entidades, una fenoménica como es la salud, y otra institucional como es la Universidad. Este enunciado o punto de partida, (lo tecnológico a la manera de enlace funcional entre Universidad como instrumento y salud como propósito), acepta tácitamente que la tecnología en salud es elemento que da salud. Por lo tanto, es pertinente comenzar el desarrollo del trabajo desde su inquietud más elemental a través de dos preguntas introductoras: ¿La tecnología en salud da salud necesariamente? ¿Es la tecnología en salud neutral, pura y libre de valores?

Esas preguntas conducen a otra: ¿Será que el nivel de salud de la población mejora necesariamente con la incorporación de nuevas tecnologías, como lo sugiere el subtema propuesto?. Si vemos a nuestro alrededor en América Latina y nos percatamos que los ingentes problemas de salud persisten y aún se magnifican, no obstante el adelanto tecnológico incorporado en los sistemas de salud, queda por preguntarse si serán otras condiciones, no las tecnológicas, las que pueden proporcionar mejores niveles de salud. Siendo lo médico una técnica por excelencia, no parece ser esa la respuesta total, a menos que estemos definiendo deficientemente el concepto de tecnología. O de otra manera, ¿Será que la tecnología no se reduce a aquello con que suele confundírsela, es decir, simplemente plantas físicas y equipamientos? ¿Será que la tecnología más importante y entre nosotros más descuidada es la tecnología inmaterial investigativa y la educativa, o al menos su combinación con las tecnologías locales? Si esto fuera así o por lo menos constituyera un elemento de juicio muy importante que en lo general no es tomado en cuenta al diseñar programas de salud en América Latina ¿será entonces que nos encontramos sumergidos en la reproducción de un sistema tecnológico enclavado en una tradición sociohistórica ajena como la nuestra; un sistema que exalta el dominio del instru-

mento y reifica lo mecánico como si tuviera vida propia? Según esto, es válido preguntarse si es posible que el instrumento y el mueble puedan resolver por sí, puramente como tecnología, las raíces estructurales del ingente problema de salud latinoamericano.

Por ejemplo, ¿pueden las computadoras influir positiva y significativamente en la morbilidad y mortalidad producidas por la enorme distorsión estructural de estas naciones? ¿Será aplicable, y si lo es, será útil la tecnología del instrumento desechable en una sociedad menesterosa? ¿Podremos diseñar programas sanitarios aplicando simplistamente la tecnología de una economía del desperdicio (vg. Consumista) en una sociedad de indigentes? ¿Podremos aplicar con éxito las técnicas y las teorías de un sistema que es la apología misma del individualismo y mercantilismo en receptores cuya base histórica está en la identidad de grupo más que en la individualidad?.

Pero al lado de lo anterior hay algo más inquietante aún. Las Universidades latinoamericanas están proclamando la reforma de estructuras y currículos, en posturas críticas de pasados obsoletos y de presentes alienados. Sin embargo, se les escapa que bastante de las reformas puede proceder exactamnte de los focos hegemónicos internacionales que se desean evitar. La alta tecnología procedente de dichos focos aparece en nuestros ambientes como despojada del interés social que la engendró. Por ejemplo, ¿son aliviados significativamente los problemas odontológicos de los países más pobres del continente simplemente con reformas curriculares, con experiencias extramurales, con odontología a cuatro manos, con mobiliario técnicamente diseñado, con procedimientos de alta productividad? ¿Nuestros graves problemas en enfermedad derivan funcionalmente de poca oferta, de mucha demanda, de mal proceder mercadológico, de poca velocidad de los procedimientos operatorios, de mobiliario e instrumental inadecuado? ¿Será esa la dimensión de la tragedia? Quienes ven el proceso salud-enfermedad como producto de estructuras sociales distorsionadas y relaciones de dependencia, responden que no. En efecto, cada vez más se plantea como causa básica de morbilidad y mortalidad, la depauperación

masiva, la explotación despiadada, la inflación, el endeudamiento externo, la caída del Producto Interno Bruto, el subempleo y desempleo, el hacinamiento y desesperanza de barriadas infrahumanas, etc. Esto es cierto y sabido, de modo que no repetiremos aquí lo tanto dicho antes. Abordaremos, más bien, aspectos integrantes de ese marco social estructural pero que a nuestro modo de ver no han sido tratados con la misma amplitud, y argumentaremos desde una realidad muy peculiar en la que el abismo no es sólo socioeconómico sino también socio ideológico-cultural en su forma étnica. Por lo mismo, este trabajo no es necesaria ni absolutamente generalizable, pero se enmarcará en fenómenos universales de índole sociológica y antropológica que nos dan la visión exterior de la tecnología, es decir, su interpretación social e histórica.

PLANTEAMIENTO: EVOLUCION DEL PROBLEMA

La tecnología no es un objeto natural; es una invención social. Según épocas históricas y sistemas socioeconómicos distintos, la tecnología ha servido para intereses genuinos o espurios. Este trabajo pretende discutir esa contradicción: Por un lado, lo genuinamente humano de la tecnología como programa mental consubstancial con la hominización y humanización. Por el otro lado, lo típicamente social de la tecnología como instrumento y estrategia utilitarista y alienante del capitalismo que exalta la absoluta mercantilización de todo. Dicha contradicción conduce a otra: La función liberadora de la tecnología en tanto es un programa profundamente humano, y la función sojuzgadora en tanto es una estrategia de enriquecimiento. En nuestros países se tiende a olvidar lo primero y a no cuestionar lo segundo.

Poco hay en el curso de la obra humana que sea tan genuino y trascendental como el surgimiento de la tecnología, de una tecnología rudimentaria y portentosa al mismo tiempo, en un momento allá hundido en la prehistoria profunda cuando grupos protohumanos se percataron que la elongación y potencialización de sus brazos y manos mediante la materia dura en forma pura o tallada —madera, cuerno, pierna— era la clave entre la extinción y la sobrevivencia y desarrollo. En ese momento genuino, cada piedra tallada, cada instrumento fue la expresión total de lo humano.

Instrumento y organización social comunitaria fueron fenómenos concomitantes. En esa prehistoria

pre-clasista, el instrumento, es decir la tecnología, fue una tecnología de liberación, de independencia, de supremacía sobre la herencia biológica. Fue la diferencia entre lo zoológico y lo sociológico, entre el simple recoger del animal y el portentoso producir del hombre. El más modesto instrumento de entonces ya fue un transformar deliberado del entorno, ya fue un programa mental determinado y la materialización de ese programa: La más burda piedra tallada ya es signo del trabajo. Y como el trabajo es el hombre, ya es, por tanto, el signo del hombre como especie y de la sociedad como historia.

El hombre con su instrumento y su programa existencial —el trabajo en suma— son un todo indivisible, un hacer, un quehacer y una identidad genuinos. La manufactura —cumple objetivos existenciales y nada más que existenciales. La manufactura no es para nada una expresión superflua en número, ni es bastarda en intención. La manufactura es el hombre, la comunidad y la humanidad. En cualquier ámbito y recodo del tiempo y del espacio, cuandoquiera que haya vivido y dondequiera que haya estado, el hombre es, entre otras cosas, el instrumento y el instrumento es el hombre, y el hombre es siempre una sociedad, de manera que el instrumento y la tecnología expresan siempre el tipo de organización de dicha sociedad.

Es la escisión social en torno al sistema de propiedad, es el fenómeno de clases sociales, el que produce un cambio substancial en el hacer y el quehacer del hombre, en el tipo de organización social. A partir de entonces ¿puede seguirse diciendo lo mismo de la producción tecnológica? No. Cuando surge la disparidad social, cuando hay clases y unas preponderan sobre otras, cuando la desigualdad social determina desigualdad de intereses y de estrategias ante el contexto social, la tecnología también se vuelve desigual y deja de ser consubstancial con objetivos existenciales y nada más que existenciales. La manufactura ya no será más sinónimo del hombre integral, de humanidad ni de comunidad. La industria y la producción ya no son un todo genuino; la tecnología ya estará a favor de unos y en contra, o al menos disociada, del interés de sus oponentes. Ya está a favor o en contra de determinados intereses. Ya deja de ser un instrumento material y se convierte en un instrumento también ideológico. La división social se manifiesta en división instrumental.

Para el sector dominante deja de ser instrumento de libertad y se exalta como instrumento de poder y de

expansión. Para los contrarios también deja de ser una tecnología de libertad y se transforma en instrumento de sumisión, vasallaje, esclavitud. La tecnología empieza a cumplir un papel enajenante y a servir a grupos específicos. No significa que los sectores dominados carezcan de tecnología, pero se vuelve dominada en contraste con su oponente que se entroniza como tecnología dominante.

Lo que antes fue piedra para labrar piedra, se volvió hierro para macerar hombres. Lo que antes fue discurso para preservar y enriquecer los valores comunitarios, se volvió texto para ensalzar reyes y conquistas. Lo que antes fue técnica mágica para controlar clima, alimento y enfermedad, se convirtió en instrumento religioso de sumisión. De ahí en adelante, la tecnología varía según el carácter de las relaciones sociales de producción. En las sociedades donde estas relaciones son desiguales y antagónicas y en donde las contradicciones internas y los conflictos suelen manejarse bélicamente, la tecnología dominante de la clase dominante, estará orientada a satisfacer las exigencias dominantes de los grupos de poder. El célebre aforismo de que lo que diferencia una época de otra --o un sistema de otro, podríamos añadir-- no es lo que se hace sino cómo se hace, encierra una verdad lapidaria. La diferencia entre una rueca y un telar, entre un escriba y una imprenta, entre una lanza y un cañón no es diferencia entre estados de inteligencia o estados de desarrollo, sino entre formas de relaciones sociales.

El instrumento es consubstancial con el operario. La combinación de ambos, la práctica tecnológica, es una actividad diseñada según la división del trabajo. Aquí se inserta la tecnología médica o mejor dicho la tecnología de salud. La práctica médica de cabecera, por ejemplo, refleja en sus actividades aún la época de los gremios, mientras que la práctica médica de condominio es un eco de la expansión industrial del sistema capitalista. La práctica médica industrial magnifica el instrumento en vez del oficiante u operario y magnifica la inspección por instrumentos demeritando la interpretación humana. La expansión industrial, clave del capitalismo, no deja ningún espacio a salvo del asalto, y la alienación es la marca de ese asalto.

Los avances tecnológicos de la medicina van de la mano o derivan franca, aunque colateralmente, de las exigencias de la industria. Aún así el incipiente estado de desarrollo del capitalismo seguía traslapándose con una práctica médica eurocéntrica que tenía sus raíces en

la organización gremial de la Europa precapitalista. En tal sentido, la práctica médica y la manufactura farmacológica en su forma semiartesanal y en su relación individual (y no colectiva), biológica y de paternalista "apostolado", mantenía una tecnología cercana al mínimo necesario, como correspondía a la manufactura artesanal. En lo referente a la odontología, entre la segunda y la última década del siglo XIX deja de ser un ejercicio legalmente regulado y se transforma en una actividad totalmente libre, (en los Estados Unidos era casi un oficio de feria) reduciéndose su armamentario tecnológico a lo indispensable para oficios de urgencia principalmente de exodoncia. Ya a finales de ese siglo, cuando la industria estadounidense se expande vertiginosamente, también su odontología es incorporada en tal fenómeno y empiezan los inventos que darán lugar a una masificación de la tecnología odontológica y un encubrimiento ideológico de su verdadero quehacer, pues aunque se diseñe para otorgar salud oral, más evidente es su desarrollo en función cosmética.

A partir de entonces, la tecnología de salud sólo secundariamente es eso, pues primariamente se consolida como una industria cuyo fin primero es vender a un mercado interno en expansión y posteriormente a un mercado internacional. Para ello propaga normas vendibles en los países que sirven de mercado a fin de hacer aparecer su tecnología como indispensable, más bien, como la única posible. Laboratorios y factorías que no mucho antes se distinguían muy poco de entidades artesanales, crecen ahora en proporciones gigantescas. Patentes van y patentes vienen, unas útiles realmente, otras superfluas. Va tomando forma el fenómeno macro-empresarial de producir cada vez más artículos para un mismo objetivo; el instrumental se vuelve abigarrado. La tecnología médica ha dejado de ser genioioina y se ha vuelto mercancía; la salud misma es un valor de cambio. Los países hegemónicos, Estados Unidos a la cabeza (mejor dicho sus fracciones de clase industriales), dictan el tipo de instrumental, medicación, equipamiento en general, materiales, formas de uso, teorías, ideologías, normas, especificaciones. Casi toda la odontología actual es modelada en ese período y se instala en la historia tecnológica con todos los atributos que le han dado el aspecto de joyería biológica que se implanta en nombre de la salud.

Ese enorme aparataje tecnológico nace y se expande primordialmente por necesidades de mercado, se sustenta en teorías muchas veces sesgadas por directrices sociopolíticas del sistema hegemónico, se

envuelve en ideologías tan persistentemente introducidas que hasta llegan a parecer naturales, incuestionables y necesarias. Ese programa industrial, al expandirse, instaura (a través del aparataje) o modifica formas de trabajo, ideas sobre salud y oficios profesionales, dándose el caso de que hasta llega prácticamente a determinar modelos docentes. Cuán abundantes son los casos en América Latina en que buena parte del tiempo requerido para la formación del personal en salud, se emplea en ilustrar enfermedades irrelevantes para la realidad local y en adiestrar en el manejo de materiales extraños con el fin de lograr procedimientos curativos que por su alto costo son inaccesibles a la mayoría de las personas. La selección de médicos en hospitales suele ser una deplorable evidencia de que lo irrelevante por exótico da prestigio y da poder.

Pero este aparataje tecnológico nos llega arropado de una indumentaria ideológica que lo hace lucir como indispensable en su forma de exportación, incuestionable como si fuese puro y natural. Esta ideología de ropaje occidental y factura industrial corresponde naturalmente a un tronco euronorteamericano y no tiene nada que ver con las formas ideológicas de las sociedades en las cuales se incrusta. Queda establecida entonces una profunda incoherencia entre aquella ideología tecnológica dominante y los patrones culturales y técnicos de las sociedades locales. Esto es tanto más manifiesto en naciones con acentuado carácter étnico no occidental, como son las sociedades indo y afroamericanas. Los ejemplos abundan de este conflicto cultural entre una tecnología sanitaria diseñada en el occidente industrial y los sistemas de conocimientos y valores nativos, y en nuestro caso, los mesoamericanos: El esquema binario occidental frente y contra un sistema dialéctico nativo; la dicotomía "soma" y "psiquis" occidental frente a la integración psicosomática- ambiental de las sociedades locales; la separación entre lo físico y lo sagrado de occidente frente a la coalescencia sacroprofana; la división de trabajo entre oficinantes religiosos sanitarios del sistema occidental y la unicidad de ambas dimensiones en las sociedades no occidentales, etc. En suma, el choque de un neohelenismo segmentante que se superpone en forma dominante a los mundos mesoamericano, andino y todos los que forman el substrato primordial de este continente.

En nuestro caso particular, estamos ante una odontología euronorteamericana implantada en un país de amplia base maya; ejemplificando una vez más, esto

quiere decir que ciertas características fenotípicas que son normales en las sociedades que producen esta odontología dominante, no lo son en nuestras sociedades receptoras de tal tecnología, en las cuales lo normal se vuelve anómalo; quiere decir que los patrones estéticos de aquella sociedad (porque lo cosmético es una de las mayores funciones de la odontología euronorteamericana), viene a ser proclamados como universales; que las creencias vernáculos sobre salud y enfermedad son acientíficamente rechazadas porque sí, porque no corresponden a la tecnología occidental que se yergue, no como una interpretación de la verdad, sino como la verdad misma.

Pongamos un caso muy concreto: En el campo de la obstetricia y en el terreno de la cultura maya, resuena el choque entre el concepto occidental de la comadrona graduada y el mesoamericano de la "abuela"-partera, a quien por su arte y por su don que no viene de los hombres, se le encomienda la función más importante en esa organización social, como lo es el protagonizar el alumbramiento. Esta "abuela" "dos veces madre", es algo mucho más que una comadrona: es un cimiento de la estructura social de la localidad. El denigrarla, el verla de menos en su arte y en su designio, el tratarla de reeducar por personas profanas que reclaman para sí un mayor conocimiento, todo ello constituye algo más grande que un error: es la estimulación de un conflicto, es un atentado contra la milenaria institución de la comunidad indígena mesoamericana. Sin importar cuál de ambas posturas sea la más correcta, sin importar de qué lado está nuestra convicción, el hecho es que cuando el personal técnico occidental actúa ignorando o despreciando estos principios, no sólo está errando sino que está gastando un tiempo irrecuperable y cavando en la profundidad de una brecha centenaria.

Si a este choque social añadimos que la tecnología sanitaria dominante, en la práctica sigue siendo virtualmente una tecnología biológica, los elementos del conflicto tecnomédico están puestos sobre la mesa. Ante dicho conflicto ¿Cuál es la actitud de la Universidad?

La Universidad actual no puede todavía desprenderse --no debemos pasar esto por alto-- de su origen precapitalista medieval, cuando se organizó más como una corporación gremial semicerrada que como una institución popular y libertaria. Esta génesis elitista le dió un carácter conservador, en términos generales, y puede decirse que sirvió y funcionó para dar cuadros sistemáticos al orden establecido. Sus intereses fueron

los del sistema y sólo esporádicamente se le vió en contra. No es sino hasta recientemente que vemos universidades en rebelión abierta contra normas dominantes del sistema, pero lo cual no necesariamente significa una rebelión contra la estructura social (Córdoba, California, México, París, y en general América Latina). Sin embargo, pese a los sanos propósitos que animan muchos de estos movimientos universitarios, en lo ideológico y técnico las universidades en general siguen siendo una especie de cuña histórico-social en lo que respecta a las formaciones sociales de nuestros países principalmente de los indoamericanos.

Así pues, la dependencia es más que tecnológica; es una dependencia también valorativa e ideativa. En ese sentido cabe preguntarse: ¿Podemos hablar de tecnologías puras, neutrales y exentas de valores? La respuesta es "no", porque la técnica es un producto de lo social y si lo social es asimétrico, su tecnología también será asimétrica. Así como la economía de una sociedad es un fenómeno sociológico por excelencia, así también los quirófanos, los tomógrafos y las computadoras ya corrientes en casi cualquier consultorio privado, tienen su sociología. La creciente desvalorización del médico como interlocutor humano y humanista de su paciente (ya no digamos de su comunidad) y su exaltación como flamante dueño de pantallas y tableros de instrumentos, tampoco es un hecho ni puro, ni neutral, ni casual: es un hecho sociológico. La tecnología médica no existe por sí misma; es una creación de gentes concretas y entonces, constituye una expresión del grupo que la crea y, por ende, representa una respuesta a las necesidades o intereses del ente creador. Cada vez más es menos una tecnología liberadora, de realización humana universal. Cada vez más es el heraldo del dominio expansivo de una fracción de clase dominante, nacional primero, transnacional después, que se superpone y ahoga a las tecnologías locales (fenómeno económicamente determinado e ideológicamente justificado). Se deshumaniza deshumanizando. Le da vida propia y autonomía al fierro, al mueble, al procesador: le succiona vida al médico humanista, le niega vida o raciocinio (y derecho a preguntar) al paciente, sea individuo, sea colectividad. Se reifica alienando.

Si aceptamos entonces que no hay tecnologías naturales, puras y ahistóricas, debemos entonces aceptar también que el nivel de salud de la población no mejora simple e inoportunamente con la sola incorporación de nuevas tecnologías. Aceptar ese pensamiento

sería des-sociologizar un fenómeno sociológico. Nada de lo hecho por el hombre es asocial. La tecnología, entonces, cumple funciones sociales; si es engendrada en sociedades desigualmente constituidas y penetra en sociedades también desigualmente constituidas, es entonces un hecho social constituido por desiguales y para desiguales. Un instrumento de y para la desigualdad no puede por sí mismo, indefectiblemente, ser un instrumento de equidad, libertad y sanidad. Teóricamente hablando, entonces, una tecnología médica preciosista de países desarrollados es propicia principalmente para el bienestar del sector pudiente, en tanto que mantiene o agudiza la enfermedad de los sectores que le son contrapuestos. Ayuda a profundizar los abismos sociales en vez de allanarlos. Estas cuñas tecnológicas no suelen preocuparse como es debido de lo que es estructuralmente nuestro, sino en lo ajeno que para nuestras necesidades puede ser una moda (en odontología, por ejemplo, los niveles de caries siguen siendo considerables pero ya es creciente el número de especialidades en disfunciones de la articulación temporomandibular).

Derivadamente de lo anterior, procede ahora preguntarse si estas tecnologías representan creaciones efectuadas prístinamente para atacar enfermedades. Resultaría, sociológicamente hablando, difícil sostener esa idea, pues en el sistema capitalista todo es o tiene a volverse mercancía. La producción de equipos y materiales cumple una función primaria que es la de generar ganancias para quien las produce. La industria médica es consecuentemente un procedimiento para enriquecerse a través de la satisfacción de necesidades de salud. Muchos podrían argüir que el plantear esto es ingenuo ya que por supuesto quien produce lo hace para ganar. De acuerdo. Insistamos entonces que la tecnología de la industria médica es más industria que médica, más negocio que apostolado y por lo mismo sólo es médica para el sector que la puede comprar. Para un magnate, el tomógrafo puede ser la clave de su vida o muerte. Para un mendigo, ese tomógrafo no es nada; lo mismo le da si existe o no existe. Si el afirmar esto puede parecer una simpleza, el ocultarlo, como es lo corriente, significa enmascarar la realidad de que la tecnología médica, antes que médica constituye una enorme empresa industrial que genera ingentes ganancias para el sector que la produce y que al penetrar en una sociedad consumidora sólo llega, dentro de ésta, al sector cliente, al que puede pagarla. Para la práctica médica, el objetivo de la acción no es el enfermo sino el cliente.

PROPOSICIONES

Como resultado de la discusión anterior, se exponen a continuación algunas proposiciones como un intento por ver la tecnología de la salud y el papel de las universidades en su dimensión sociológica. Insistimos en que parte del problema de la interpretación de la tecnología para la salud estriba en verla médicamente, no sociológica ni históricamente. Desde adentro de sí misma. Si la tecnología médica solo es un medio para lograr determinados objetivos, no puede evaluarse si no es desde dichos objetivos. Siendo los objetivos de carácter sanitario y siendo la salud un aspecto de lo social, obvio es que la tecnología médica, evaluada desde sus objetivos, sólo puede ser interpretada y aplicada, para que sea racional, desde el marco socio-histórico que la contiene. La tecnología como todo fenómeno social, sólo en un contexto socio-histórico tiene sentido. El ignorar dicho contexto conduce a ignorar o silenciar ciertas evidencias.

1. Que nuestro saber, nuestra ciencia es importada, trasladada, insertada en nuestro medio.
2. Que es corrientemente discrepante de los valores ideológico-culturales y de las tecnologías vernáculas.
3. Que es una interpretación de la verdad pero que se la pedestaliza como la verdad misma.
4. Que no es definitiva ni perfecta, sino perfectible.
5. Que no es inocentemente pura ni libre de valores, sino ideológica, económica e históricamente condicionada.
6. Que no es, como se la considera con frecuencia, una "inyección" que mediante una presunta educación llena "vacíos" de conocimiento en las mentes populares.
7. Que la gente en cualquier sociedad y cualquier época, concibe, conoce, clasifica y explica sus problemas; lo que ocurre es que no se lo preguntamos.
8. Que la gente no se queda esperando que buena-mente llegemos a atenderla; con nosotros o sin nosotros, una población actúa.
9. Que la actuación popular ante un problema se basa en una larga experiencia y, por lo tanto, puede dar en lo correcto.

10. Que nuestro conocimiento niega lo anterior, al mismo tiempo que acepta acriticamente los patrones dominantes del exterior, suponiendo que nuestras acciones sanitarias tienen necesariamente que depender de grandes capitales y de teorías y equipos extranjeros, lo que es olvidar la vena inventiva de las bases populares.

Como la tecnología que usamos en la mayor parte de nuestra actividad de salud es creación de sociedades distintas a las nuestras y se dirige a estratos socioeconómicos determinados y, como por otra parte, se pretende que es una tecnología prístinamente sanitaria omitiendo que está económicamente determinada, se precipita un verdadero complejo de antagonismos socioeconómicos, socioculturales, ideológicos y organizativo-estructurales entre dos modelos de comprensión y práctica: la occidental "desarrollada" y la local "subdesarrollada".

Aquí es donde debería cristalizar la acción universitaria para investigar científicamente el problema abordándolo en toda su extensión y profundidad. Pero hacer ciencia es tomar conciencia. Y el tomar conciencia debe llevarnos a admitir que si bien las Universidades pueden ser contestarias, a la vez y contradictoriamente imitan y siguen tácitamente teorías, procedimientos, equipos e instalaciones de los países hegemónicos cuya acción justamente se cree estar criticando. Es posible que en parte esto se deba a que la universidad —de origen precapitalista y de carácter estamentario y supraestructural— no ha tenido la claridad y unidad de acción del sector industrial y comercial que es el que determina la tecnología actual de la salud. Además la Universidad es un todo heterogéneo en donde revelan sus armas tanto posiciones avanzadas como conservadoras y aún retrógradas.

Recordemos que se trata de un aparato ideológico estatal, más que de una institución pretendidamente al tanto de su responsabilidad histórica, "responsabilidad" que en términos modernos no es congruente con su origen ni con su composición interna ni, por ende, con la diversidad de intereses que en su interior se dan. No es precisamente el instrumento principal para el cambio estructural de la sociedad, ni siquiera un contrafuerte resistiendo la penetración de tecnologías ajenas a su realidad social. No se ve promisorio una lucha entre un aparato ideológico heterogéneo y una clase social beligerante. Por eso la acción universitaria tiene que discurrir por vías más objetivas y racionales.

Se dice, por ejemplo, que la universidad debe ser la voz crítica de la sociedad. Pero en última instancia es la sociedad la propia conciencia crítica de la Universidad. La Universidad, para la sociedad heterogénea que le sirve de continente, sólo es un recurso disponible, útil sin duda, pero un recurso nada más. Lo que le compete de acuerdo con su naturaleza, y lo que puede resolver, está dentro del campo académico administrativo (incluyendo aquí políticas y planificación), pero debe recordarse una y otra vez que el problema social de enfermedad y muerte no es asunto de administraciones sino de estructuras sociales. Se habla mucho de reformas curriculares, pero un currículo no es un *Deus ex machina* ni reemplaza a la fuerza motriz de una reestructuración social. Para que la Universidad fuera realmente un factor de crítica e innovación en su sociedad debería empezar por sí misma, pero ¿qué acerca de su composición de clases? ¿Qué de sus fenómenos ideológicos de estratocentrismo, arribismo y oportunismo, tan comunes? La Universidad debe despojarse de la idea de que sólo en ella se maneja la verdad, una verdad única y universal, que los sectores sociales no universitarios carecen de ciencia, incluso de un pensamiento racional, de experiencia empírica, de modernidad, como si fueran atavismos sociales. Debe prevalecer, por tanto, un rechazo al cientificismo y a la tecnolatría.

En suma, se impone un cambio profundo de actitud de los sectores universitarios comprometidos con un cambio profundo y genuino. Un cambio de actitud que es un tomar conciencia. Un tomar conciencia que debe materializarse, entre otras cosas, en una tecnología peculiar, de alguna manera diferente, socialmente concebida y ejecutada, si se trata de veras de una actitud y una conciencia auténticas, y no sólo formas ilusorias de la tecnolatría.

Aquí aparece precisamente el nudo del problema ya que podemos teorizar profusamente acerca de la práctica pero no pasar de la teoría. Procede en este momento exponer un punto tan importante, a nuestro parecer, como toda la argumentación precedente porque viene a ser su antítesis, pero igualmente vulnerable a la crítica.

Cuando discutimos que la alta tecnología capitalista industrial es mercancía, y no sólo eso sino que además únicamente útil para la población cliente, no quisimos sin embargo acercarnos o llegar al extremo opuesto de predicar el retorno a una tecnología precapitalista "medieval" como si la regresión histórica fuese, sanitariamente hablando, una caja de Pandora. Por eso

la creciente y casi impaciente proclamación de medicinas naturales como panaceas no capitalistas dentro del imperio del capitalismo, puede llegar a constituir una visión romántica y radical de lo que es el poderío económico imperante dentro de una época histórica como la presente, y de las condiciones reales y objetivas determinadas por dichas condiciones.

No es científico ni útil para las masas enfermas, el que nos arrojemos a posiciones románticas que nos hagan creer en la bondad o factibilidad de combatir la perniciosa alienación de la sobrevivencia moderna industrial e hiperurbanizada, proponiendo como solución un metafórico retorno a pastorales de aldea neolítica. Las virtudes y potencialidades de las medicinas vernaculares no occidentales ni industriales y las distorsionadas deformaciones de la tecnología médica industrial, no son elementos de juicio suficientes para satanizar de una vez por todas y para siempre alguna cosa. En la salud, el extremo elitista, al igual que el extremo populista, nos deforman la realidad. Por ejemplo, la medicina ayurvédica es una importante alternativa digna de la mayor atención, pero no hay que olvidar que pese a ella, la India sigue siendo una de las naciones más enfermas del orbe; la acupuntura china ha mostrado tener un valor muy grande, pero la progresiva salud de la sociedad que le dio origen no devino directamente de esa milenaria práctica. Son otros factores, más allá de lo médico, los que dan cuenta de una y otra situación.

No es una técnica, un instrumento, un procedimiento, lo que simplistamente establece la diferencia entre enfermedad y salud, entre vida y muerte. Es el uso social que de la tecnología se haga. Y su uso social ya significa la sociología de la práctica médica, la cual puede darnos luz sobre el campo sociológico que circunda, enmarca y da sentido a la práctica médica y al sector salud. Darnos luz, por una parte, para comprender que la tecnología industrial en salud, por aparte, encima y ajena a los sectores populares y enarbolándose como la propia verdad, nos lleva sólo por sí misma, salud a la población. Pero que por otra parte también nos haga comprender que la medicina popular tradicional, tan sólo por serlo, no necesaria, automática ni inexorablemente tiene que equivaler a una medicina libre, liberadora y desalienante; en buena parte de los casos cumple una función ideológica de sometimiento al imputar la enfermedad a un recto castigo divino que por dicha vía sanciona transgresiones contra el sistema imperante. El criticar lo socialmente criticable de la

tecnología industrial no debe lanzarnos al romanticismo de idealizar absolutamente todas las prácticas populares, las conservadoras inclusive, pues de lo contrario estaríamos acatando precisamente el mensaje ideológico del sistema que pretendemos atacar.

En el campo de la salud y su tecnología, el simplista esquema binario del sí o el no, del todo o nada, del con y contra, lo blanco de lo negro, lo satánico y lo seráfico, es una visión indeficiente, casi novelesca, del hecho social dialéctico y anfractuoso que envuelve al proceso salud- enfermedad. La tecnología empieza por la crítica; ser rigurosos pero no rígidos; no negar a priori ni admitir a posteriori. Entonces, y sólo entonces, examinar las diversas tecnologías, tanto industriales como vernáculas, a la luz y a la sombra de las permanencias y los cambios estructurales que, como en el caso de la medicina ayurvédica y la acupuntura, son los que en última instancia dan cuenta del éxito o intrascendencia de tecnologías tradicionales o de innovaciones tecnológicas. Estimamos que sólo bajo este prisma sociológico y político es dable ver verdaderamente los alcances y las limitaciones que ofrezcan campos como los que propugna la llamada etnomedicina y la estrategia de la Atención Primaria en Salud, aparentemente tan novedosos y libertarios pero que frecuentemente en la experiencia y la práctica diaria de ciertos países, oscilan entre la proclama y el programa, entre genialidad e ingenuidad, entre proyecto de independencia tecnológica y artificio de financiamiento internacional.

En conclusión: Con estas notas reflexivas sobre el enfoque sociológico de la tecnología para la salud hemos pretendido contribuir a la crítica de la tecnología preciosista industrialmente intencionada, pero también de la tecnología popular cuando es interpretada como panacea de un islote de acción social. Nuestra crítica ambivalente no procede de una retórica academicista, sino de la experiencia directa en que ambas posturas se nos exhiben como disputándose sin éxito el bienestar sanitario de un ambiente que sigue siendo sórdido. Hay en medio de todo, intereses genuinos que desmayan ante la impotencia de sus acciones, y eso porque tratan de comprender la salud sólo desde dentro del sector salud y, en tal caso como una tecnología salvadora sólo porque es tecnología, ya se trate de la industrial como de la popular, según sea el tipo de práctica que cada quien desarrolle. El enfoque sociológico del hacer médico no apacigua esa angustia, pero sí da sentido explicativo racional a los fracasos.

De acuerdo con ello, la argumentación de este trabajo constituyó un "no a la tecnolatría deshumanizada, pero también un "no" al romanticismo primitivista. Tampoco trató de constituir un "no hacer nada" sin un eventual y mesiánico cambio de estructuras que viniere a hacer todo el trabajo, como algunas corrientes pseudo-sociológicas han postulado hasta la saciedad en nuestro medio. En vez de respuestas certeras o de remedios comprobados al ingente problema salud- enfermedad, y a la tecnología que le va aparejada, no hemos hecho sino presentar en este momento una reflexión teórica sin la cual toda la práctica que se continúe o se instaure corre mucho riesgo de perpetuar el daño de la masa enferma, el beneficio de quienes lucran con ese daño y la desesperación de las personas de buena voluntad.

Incorporación de Nuevas Tecnologías y Nivel de Salud de la Población

Dr. Rafael H. Borges

Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Salud Pública

INTRODUCCION

En las últimas décadas se ha experimentado un avance rápido en la aparición de nuevas tecnologías en el campo de la salud, y su incorporación en la práctica diaria de los cuidados de salud, tanto a nivel individual como colectivo.

Estas tecnologías innovadoras se espera que tengan un impacto positivo en la salud de la población a la cual sean aplicadas. Sin embargo, algunas de ellas pueden presentar riesgos para los individuos a los cuales se les aplica, o pueden representar un costo elevado para las sociedades, el que a veces puede ser muy alto, en relación al beneficio que se origine por su aplicación.

Por otra parte, y considerando este aspecto desde el punto de vista de las áreas en desarrollo, la mayoría de las innovaciones tienen su origen en las áreas más desarrolladas del mundo, y luego se hace su transferencia a los países del primer grupo, no siempre en óptimas condiciones ni con la justificación adecuada, por lo cual en ocasiones los beneficios que podrían otorgarse por su aplicación pueden ser mínimos. Igualmente, se debe mencionar que muchas tecnologías utilizadas en otros campos diferentes a la atención de salud, pueden tener efectos negativos en la población residente del área donde se aplican, y en ocasiones este efecto puede ser a gran distancia. En este aspecto se puede recordar los accidentes nucleares de relativamente reciente fecha, y los efectos sobre la salud de algunos aditivos químicos utilizados para la conservación de alimentos. Sin embargo, el tratar de cubrir el aspecto de los efectos sobre salud de esta tecnología no será objeto de esta presentación, ya que haría el tema demasiado extenso.

DEFINICIONES Y CLASIFICACION

La definición propuesta por la Oficina de Evaluación de Tecnología de Estados Unidos, la cual define a la tecnología médica como "el conjunto de técnicas, medicamentos, equipo y procedimientos utilizados por

los profesionales de la salud en la distribución de atención médica a los individuos y sistemas en los cuales se suministran"(1), así como la definición propuesta por Jonsen(2) de la Universidad de California, que dice "Tecnología en medicina se refiere a un complejo de pensamiento médico, equipos médicos y la organización de los trabajadores médicos. Es la lógica del diagnóstico y tratamiento, y la aplicación de habilidades y maniobras que pueden ser llamadas técnicas. Es el empleo de productos manufacturados, tales como equipos para diagnóstico y tratamiento, así como drogas que pueden ser llamados los aparatos de la medicina. Es la educación de individuos en varias especialidades, su compartir información y colaborar en rutinas profesionales, y sus roles en instituciones de salud que constituye la organización social de la medicina. Todo esto y no menos que esto, es la tecnología de la medicina", son bastante amplias, pero sin embargo el inconveniente de estas definiciones para ser utilizadas en el análisis de la tecnología en salud es que ambas se refieren sólo a tecnología médica y los cuidados de salud son más que médicos, ya que deben incluirse todas las acciones sobre el medio físico, biológico y social que tengan por fin provocar modificaciones del estado de salud de las comunidades o grupos humanos.

Considerada en este amplio sentido, la tecnología en salud comprenderá:

- La tecnología médica, que a su vez incluye:

Las técnicas, equipos y procedimientos utilizados para el diagnóstico de las alteraciones de la salud.

Las técnicas, equipos y procedimientos utilizados para la restauración de la salud (incluye los medicamentos y drogas).

Las utilizadas para la rehabilitación de los individuos incapacitados.

Todos los procedimientos empleados para la prevención de las enfermedades (comprende las vacunas y otros productos biológicos).

este tipo de evaluación el efecto sobre el nivel de salud es siempre inferior al logrado en las condiciones controladas.

Los estudios de observación son útiles para generar o evaluar hipótesis sobre los efectos de las técnicas de amplia difusión. Se usan tanto los métodos descriptivos como los comparativos, con sus variedades de cohortes y de casos y controles, siendo estos últimos de gran valor para el estudio de efectos indeseables que se presenten a mediano o a largo plazo.

La evaluación de las técnicas diagnósticas se realiza mediante la determinación de su validez y de su valor predictivo.

Evaluación de los efectos económicos.

La evaluación de los efectos económicos de la tecnología en salud se realiza por una serie de métodos como los análisis de costo efecto, de costo beneficio, de costo-impacto, o análisis de rendimiento de inversión.

Independientemente de la metodología utilizada, ciertos conceptos económicos deben tenerse muy en cuenta al determinar el efecto económico de las tecnologías, entre ellos los de costo de oportunidad, de valor marginal, y de beneficios agregados.

Por otra parte, un elemento importante que hay que considerar en el valor de las tecnologías, especialmente cuando ellas son desarrolladas en los servicios, es el costo de investigación de las mismas.

Evaluación de los efectos sociales.

Este constituye el aspecto de evaluación más complejo y probablemente el menos desarrollado de la evaluación de las tecnologías en salud. Es importante recordar que la introducción de una tecnología puede ocasionar cambios sociales importantes en una comunidad, ya que ellas pueden, directa o indirectamente afectar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, que en ocasiones pueden ser beneficiosos, pero en otras pueden significar una reducción del nivel de vida, como sería el caso que se originaría si una familia o una sociedad tienen que pagar una tecnología muy costosa y de la que sólo se beneficiarían unos pocos individuos, ya que el uso de este recurso significaría el prescindir de otros.

Por otra parte, ciertos valores de las poblaciones pueden constituirse en fuertes obstáculos para la aplicación de las mismas, o por el contrario, ser elementos de presión para la toma de decisiones en relación a la introducción de tecnologías cuyo efecto en salud puede ser muy escaso, o cuyo costo puede ser muy alto para la sociedad en cuestión.

Por otra parte, la introducción de nuevas tecnologías pueden constituir fuente de conflicto en las sociedades a las cuales se aplica, en especial si fueron generadas en entornos sociales muy diferentes, y puede significar un cambio que provoque un choque muy intenso para la cultura de la sociedad a la cual se pretende introducir.

TOMA DE DECISIONES EN RELACION A NUEVAS TECNOLOGIAS

Con frecuencia las investigaciones aisladas no constituyen elementos de juicio suficientes para tomar decisiones en relación a la adopción de nuevas tecnologías, por ello es necesario utilizar información que permita analizar y sintetizar los resultados de múltiples investigaciones, así como el aprovechar los conocimientos de varios expertos.

En el primer caso, de síntesis de información, se utilizan métodos no estructurados y procedimientos estructurados, entre los cuales el de los votos, del meta análisis, y otros han sido desarrollados (7)

Para el uso de opiniones de expertos, algunas técnicas como la Delphi, el desarrollo de consenso, los grupos nominales y otras han sido utilizadas. Cada una de ellas tiene sus ventajas y desventajas. En todo caso, para cada situación, debe utilizarse la técnica que sea más adecuada para ella.

BIBLIOGRAFIA

1. BANTA, H. D. "Aplicaciones de la Tecnología Moderna. Problemas y Perspectivas en los Países Industrializados y en Vías de Desarrollo". Bol. Oficina Sanitaria Panamericana 9 6 (6) 4 71-4 8 8 .
2. COE, Gloria A. "Health Technology and Schools of Public Health". Educación Médica y Salud. 22 (4) 504-515, 1988.

3. U.S.A. Office of Technology Assessment. "Medical Technology and Innovation". Strategies for Medical Technology Assessment. 150-166. Washington, D.C. 1982
4. _____ "Introduction and Summary". Strategies for Medical Technology Assessment. 3-19. Washington, D.C. 1982
5. FRENK, J. PEÑA, J. "Bases para la Evaluación de la Tecnología y la Calidad de la Atención a la Salud". Sal. Pub. de México, 30 (3), 405-415, 1988
6. U.S.A. Office of Technology Assessment. "Evaluating Health and Economic Effects". Strategies for Medical Technology Assessment. 33-41. Washington, D.C. 1982.
7. _____. "Synthesis, Cost-Effectiveness Analysis, and Decision-making" Strategies for Medical Technology Assessment. Washington, D.C. 1982.
7. Obst. Cecilia de Arellano
Directora de la Escuela de Obstetricia, Universidad Central del Ecuador.
8. Dra. Georgina de Carillo
Directora del Instituto de Pedagogía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central
9. Lcda. Nelly Gallardo
Jefe de la División de Enfermería del Ministerio de Salud Pública
10. Lcda. Cumanda Yerovi
Jefe del Departamento Nacional de Enfermería del IESS
11. Dr. Patricio Espinoza
Director del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central

PARTICIPANTES

Nacionales

1. Dr. Plutarco Naranjo
Ministro de Salud Pública del Ecuador
2. Dr. Dimitri Barreto
Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador. Secretario General de ALAFEM.
3. Dr. Fernando Sempertegui
Subdecano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador.
4. Dr. Remigio Guerra
Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador.
5. Lcda. Gladys Jordan
Directora de la Escuela Nacional de Enfermería de la Universidad Central del Ecuador
6. Lcda. Carmen de Andrade
Decana de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
12. Ing. Miguel Falconi
Presidente del CONUEP
13. Dr. Edmundo Carvajal
Secretario General del CONUEP
14. Dr. Rodrigo Yépez
Ex-Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador - Presidente de ALAFEM
15. Lcda. Thalia Terán de Endara
Presidenta de la Asociación Ecuatoriana de Escuelas de Enfermería.
16. Lcda. Rosa Santamaria
Secretaria Ejecutiva de la Asociación Ecuatoriana de Escuelas de Enfermería
17. Dr. Edgar Jativa
Secretario Ejecutivo de AFEME
18. Lcda. Gladys Eskola
Profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca
20. Sr. Estudiante José Calva
Srta. Estudiante Elsa Morillo
Representantes de Organizaciones Populares

Coordinación General:

Dra. María Isabel Rodríguez:
Coordinadora del Núcleo Básico I

Lcda. María de Lourdes Velasco:
Coordinadora General de la II Conferencia - Secretaria
Gral. de ALADEFE - UDUAL

Srta. Cecilia Alvarado
Secretaria

Internacionales

1. Dr. Guarocuya Batista de Villar
Ex-Rector de la Universidad Autónoma de Santo Domingo
2. Lcda. Rosa María Nájera
Jefe del Dpto. de Enfermería y Profesionales Técnicos del Ministerio de Salud y Profesora de la Universidad Autónoma Metropolitana UAM, Xochimilco, México
3. Dr. Jorge Solares
Vice Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad San Carlos de Guatemala
4. Dra. Cristina Rivalta, Profesora de la Escuela de Enfermería, Instituto Superior de Ciencias Médicas, La Habana, Cuba
5. Dr. Rafael Borges
Vice Presidente de la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (ALAESp)
6. Dr. Saúl Franco
Presidente de la Asociación Latinoamericana de Medicina social (ALAMES)

UDUAL

1. Dr. Javier Sandoval
Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de México y Secretaria General de UDUAL

OPS/OMS

1. Dr. Italo Barragán
Representante OPS/OMS en el Ecuador

2. Lcda. Maricel Manfredi
Consultora Regional OPS/OMS en Washington, D. C .
3. Dra. María Isabel Rodríguez
Consultora OPS/OMS en Washington, D.C.

PROGRAMA DE TRABAJO

Noviembre 1989

Miércoles 8

Mañana

- Inauguración
- Dr. Dimitri Barreto
Decano de la Facultad de Ciencias Médicas
 - Dra. Cristina Rivalta
Presidenta de la ALADEFE - UDUAL
 - Dr. Italo Barragán
Representante de la OPS en el Ecuador
 - Dr. Plutarco Naranjo
Ministro de Salud Pública

Discusión General

Introducción al Tema

- Dra. María Isabel Rodríguez
Consultora de la OPS/OMS

Subtema I

Educación y nivel de salud de la población

Moderadora: Dra. María Isabel Rodríguez

- Dra. Rosa María Nájera
ALADEFE
- Dr. Guarocuya Bautista del Villar
ALAFEM
- Dr. Rodrigo Yépez
ALAFEM

- Representante: Organizaciones Populares

Tarde

Trabajo Núcleo Básico I (Subtema I)

Jueves 9

Mañana

Subtema II

Orientación programática biológica y social en la educación y nivel de salud de la población

Moderador: Dr. Saúl Fanco

- Lcda. Gladys Eskola
ALADEFE
- Dr. Fernando Sempertegui
Subdecano de la Facultad de Ciencias Médicas
- Representante: Organización Popular

Discusión General

Tarde

Trabajo Núcleo Básico I (Subtema II)

Viernes 10

Mañana

Subtema III

Incorporación de nuevas tecnologías a nivel de salud de la población

Moderadora: Dra. Cristina Rivalta
Presidenta de ALADEFE - UDUAL

- Dr. Rafael Borges
ALAESP
- Dr. Jorge Solares
OFEDO

Discusión General

Tarde

Trabajo Núcleo Básico I (Subtema III)

Presentación del Relato General y discusión

Clausura

21 OCT. 1991



La universidad latinoamericana y la salud de la población



REUNION DEL NUCLEO BASICO II
La Universidad y las Prácticas
de Salud en América Latina

Unión de Universidades de América Latina
(UDUAL)
Asociación Latinoamericana de Facultades y
Escuelas de Medicina (ALAFEM)
Organización Panamericana de la Salud
OPS/OMS

La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población

Informe de la Reunión del Núcleo Básico II sobre
La Universidad y las Prácticas de Salud en América Latina

Instituciones auspiciadoras:

Unión de Universidades de América Latina (UDUAL).

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).

Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas
de Medicina (ALAFEM).

Santo Domingo, República Dominicana 19-22 marzo, 1990

PRESENTACION

Con mucho agrado ponemos en vuestras manos el Relato General y las ponencias que se produjeron alrededor del tema "La Universidad y las Prácticas en Salud en América Latina", que bajo la coordinación de la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM), fue encomendado al Núcleo Básico II que se reunió en el "Hotel Playa Real" de San Pedro de Macorís, República Dominicana, del 19 al 22 de marzo de 1990.

Una muestra multi-profesional de América Latina reunió delegados de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE); de la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología (OFEDO); de la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (ALAES); de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES); de la Coordinadora Latinoamericana de Estudiantes de Medicina y un equipo de profesionales de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, institución académica anfitriona, en un cónclave de gran colorido en los debates y la profundidad del análisis.

La presencia de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) y el decidido apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), fueron factores relevantes en el éxito que alcanzó esta reunión.

Se pretende que las instituciones latinoamericanas y los dirigentes de las diferentes áreas de la salud que reciban este documento, lo enriquezcan con sus sugerencias y opiniones a fin de arribar a la Conferencia Integrada de Facultades, Escuelas e Instituciones de Salud, que celebraremos en La Habana, Cuba, en junio de 1991.

Aunque las menciones tienen, como ésta, el riesgo de las omisiones, quiero destacar el apoyo y asesoría brindado por los Dres. José Roberto Ferreira y María Isabel Rodríguez de OPS/OMS, Washington; la participación decidida y efectiva de la Dra. Mirta Rosés Periago, Representante de la OPS/OMS en la República Dominicana, junto a su equipo de asistentes encabezado por la Sra. Catherine Cocco, Administradora; las ingeniosas sugerencias del Coordinador Complementario de este evento Dr. Saúl Franco, y finalmente, al excelente y difícil trabajo de relatoría realizado por la Lic. Rosa María Borrel Bentz.

Nunca más que ahora, la Universidad Latinoamericana tiene el reto de involucrarse críticamente en las problemáticas derivadas de la salud-enfermedad de la población.

Este primer aporte queda a su consideración...

Dr. César Mella Mejías
Coordinador

CONTENIDO

	Página
Presentación Dr. César Mella Mejías Coordinador General de la Reunión	90
Relato General Lic. Rosa María Borrel Bentz Dr. Saúl Franco Agudelo	93
Ponencias Presentadas	
SUB-TEMA 1	
Contextos y Determinantes de la Relación Universidad Prácticas en Salud en América Latina.	105
1.1.La Universidad y las Prácticas de Salud en el Contexto Latinoamericano Actual. Dr. Pedro Brito, OPS/OMS Argentina	107
1.2.Perfil Socio-Epidemiológico y Escenarios cambiantes para la Práctica Médica en América Latina. Dr. Pedro Luis Castellanos, OPS/OMS. Rep. Dominicana	119
1.3.Estructura y Dinámica de la Fuerza de Trabajo en Salud en la América Latina y su Interacción con las Prácticas en Salud. Dr. Francisco Campos, OPS/OMS Washington	164
1.4.Tecnología en Salud - El Papel de la Universidad Dr. Roberto Almeida Magalhaes, Ciencia y Técnicas. Brasil	171
SUB-TEMA 2	
La Universidad como Formadora de Profesionales para la Práctica en Salud en América Latina.	179
2.1.La Universidad y la Práctica Médico Clínica. Dr. Dimitri Barreto. ALAFEM, Ecuador	181
2.2.La Universidad y la Práctica Odontológica. Dr. Alfredo Gómez Castellanos. OFEDO, México	185
2.3.La Universidad y la Práctica en Enfermería. Lic. Eva Luz Sánchez. ALADEFE, Honduras	193
2.4.La Universidad y la Práctica en Salud Pública. Dr. David Gómez Cova. ALAESP, Venezuela	201

2.5.La Universidad y las Prácticas Médico Sociales. Saúl Franco. OPS/ALAMES	205
2.6.La Universidad y las Prácticas Alternativas en Salud. Dr. Francisco Rojas Ochoa, Cuba	213
SUB-TEMA 3.	
La Universidad y el Rediseño Curricular. Hacia una Nueva Práctica en Salud en República Dominicana. (Panel) Coordinador: Dr. Guarocuya Batista.	217
3.1.La Universidad y el Rediseño Curricular en el Contexto de la Crisis Nacional. Dr. José Antínoe Fiallo, UASD	219
3.2.La Facultad de Ciencias de la Salud y el Rediseño Curricular: Hacia una Nueva Práctica en Salud. Dr. José García Ramírez. Facultad Ciencias	225
3.3.La Universidad y las Prácticas Alternativas en Salud en República Dominicana. Dra. Josefina Padilla. ADES, Rep. Dominicana	232
ANEXOS:	
1. Programa de la Reunión	243
2. Comité Coordinador	244
3. Lista de Participantes	245

RELATO GENERAL

ANTECEDENTES

El interés de lograr que la Universidad Latinoamericana cumpla cada vez mejor su papel en la búsqueda conjunta de soluciones a la grave situación de salud que vive la Región, ha venido estimulando el pensamiento, el debate y la acción de muchos universitarios e instituciones del Continente. Entre estas, la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), han asumido el compromiso conjunto de propiciar tanto la discusión del tema como la búsqueda de alternativas viables. Tomando como tema general "La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población", se iniciaron una serie de elaboraciones teóricas y grupos de discusión. Ante la amplitud del tema, se decidió subdividirlo en tres subtemas, así:

- I. Papel de la Universidad en la Elevación del Nivel de Salud de la Población.
- II. La Universidad y la Práctica en Salud.
- III. Contribución de la Universidad a la Atención Primaria y a los Sistemas Locales de Salud.

Se diseñó la estrategia de realizar un grupo de trabajo para cada uno de los tres subtemas, asignándole su desarrollo a un núcleo básico encargado de darle seriedad teórica y elaborar un material que pudiera alimentar el debate a nivel regional y tratando de llegar realmente a todos los estamentos universitarios. La responsabilidad organizativa de los grupos de trabajo se asignó a las Asociaciones de Facultades y Escuelas del Área de la Salud, filiales de la UDUAL, y a la propia OPS.

Fue así como el Subtema I se encomendó a la Asociación de Facultades y Escuelas de Enfermería (ALADEFE); el Subtema II a la Asociación de Escuelas de Medicina (ALAFEM); y el Subtema III a la Organización de Facultades y Escuelas de Odontología (OFEDO). Conviene aclarar, que no sólo se propició a lo largo de los trabajos de los tres núcleos básicos en los grupos de trabajo, una activa participación de todas las asociaciones, sino que éstas buscan propiciar tanto la mayor participación directa de todos los asociados, co-

mo suscitar y facilitar la presencia activa en los debates de los diferentes estamentos de todas las universidades latinoamericanas. De no ser así, el esfuerzo se vería reducido a pequeños círculos sin lograr el objetivo propuesto de penetrar en la conciencia y en la práctica universitaria.

Si bien, en la preparación de los documentos y debates iniciales, las acciones mencionadas se han apoyado fundamentalmente en sus miembros, es de esperarse que en las próximas etapas del proceso será mucho más abierta la participación, tratando de interesar a lo mejor del profesorado, el equipo investigativo, directivo y estudiantil de las universidades.

Mucho se ha avanzado ya en el camino. En noviembre de 1988 se reunió, en Caracas, el núcleo básico que desarrolló el subtema "La Contribución de la Universidad a la Atención Primaria en Salud y a los Sistemas Locales de Salud". De allí surgió un documento sometido hoy a la discusión general y sobre el cual, por ejemplo, ya la Universidad Venezolana realizó un análisis tratando de asimilar e implementar lo posible dentro de la realidad del país. Este ejemplo sería importantísimo que pudiera darse ya con la totalidad de los documentos producidos en la mayor parte de los países del Continente.

En noviembre de 1989 se reunió en Quito el núcleo básico encargado del subtema "Papel de la Universidad en la Elevación del Nivel de Salud de la Población". También de allí surgió un documento actualmente en circulación, y que contiene tanto las ponencias como los elementos básicos de las discusiones, y justamente, el presente documento se propone someter al análisis crítico y la inagotable capacidad creadora de las universidades latinoamericanas, los temas tratados en el grupo de trabajo que desarrolló el núcleo básico del subtema: "La Universidad y las Prácticas en Salud en América Latina".

Con la participación de 46 universitarios procedentes de 11 países de la Región, de cinco campos profesionales diferentes (medicina, odontología, enfermería, educación y arquitectura hospitalaria), y de los estamentos estudiantiles, profesoriales y directivos de las diferentes universidades, el grupo trabajó durante los días 19, 20, 21 y 22 de marzo de 1990, en la localidad

de Juan Dolio, Provincia de San Pedro de Macorís, República Dominicana, a orillas del Mar Caribe.

Tanto para el Comité Coordinador como para el Grupo de Trabajo, eran claras desde un comienzo las dificultades y limitaciones que debían reconocer y en lo posible enfrentar. Dos de ellas merecen enunciarse en este Relato General:

1. La Cuestión del Tema

No sólo es amplio y por tanto posible de múltiples abordajes el tema "La Universidad y las Prácticas en Salud en América Latina", sino que, además, existe una gran heterogeneidad tanto en el perfil de las Universidades Latinoamericanas como en el de las diferentes prácticas en salud. A propuesta de los organizadores, la cuestión se trató de resolver en dos sentidos: delimitando los términos y subdividiendo el tema específico de la reunión. Sin excluir a las universidades privadas, ni pretender establecer o acoger un modelo ideal de universidad, con este término, el grupo se refiere a todas las instituciones que en el terreno de la educación superior, trabajan con seriedad y en medio de grandes dificultades en la creación de conocimientos que permitan interpretar y transformar mejor las realidades y problemas del Continente; en la difusión al mayor nivel posible de tales conocimientos y técnicas que de ellos se deriven; en la formación de personal profesionalmente competente y analítico; y en la creación y actuación de la conciencia crítica de la sociedad.

Más allá de la reducción de la práctica en salud a la práctica médica y, menos aún, a las prácticas de los médicos, en las discusiones del grupo, las prácticas en salud fueron entendidas como el conjunto de respuestas con distinto nivel de elaboración y sistematización que los diferentes grupos sociales dan a los problemas planteados por las necesidades de salud y por los requerimientos de las enfermedades y de la muerte.

Lógicamente, el grupo prestó mayor atención a las prácticas que se han ido configurando en profesiones, cuya formación se ha asignado, en buena parte, a la universidad, pero reconoce que es necesario ampliar más la consideración a otras prácticas no profesionales en salud, pero que cumplen importante papel en la manera cómo algunos sectores sociales responden a los problemas en cuestión.

La discusión, el tema específico, se dividió en tres subtemas, así:

- Contexto y Determinantes de la Relación Universidad y Prácticas en Salud en América Latina.
- La Universidad como Formadora de Profesionales para la Práctica en Salud en América Latina.
- Papel del Rediseño Curricular dentro de las Estrategias de Cambio Universitario hacia la Formación de Nuevas Prácticas en Salud.

El primer subtema se orientaba a mirar la realidad científica, económica y político-social de final de siglo en la Región, tratando de identificar las orientaciones y exigencias que ella plantea a la universidad para la configuración y formación de las prácticas en salud. El segundo subtema, pretendía una mirada descriptiva, analítica y propositiva a los diferentes campos profesionales que hoy forma la universidad, y el tercero, parece suficientemente explícito y se proponía socializar y justipreciar los múltiples esfuerzos que se han venido haciendo en ese campo.

Por supuesto, que ni la delimitación ni la subdivisión temática fueron suficientes para resolver el problema, pero permitieron mayor concreción en las discusiones y quedan a la espera de soluciones más enriquecidas por la comunidad científica y por la reflexión de los grupos populares vinculados a la temática.

2. La Cuestión de los Objetivos

Más del objetivo concreto de producir un documento de trabajo, el grupo se proponía dos objetivos centrales:

- Caracterizar y analizar la participación de la Universidad Latinoamericana en la orientación de las prácticas en salud en la Región y en la formación de personal.
- Proponer alternativas que permitan el cumplimiento más adecuado del papel de la universidad en la orientación y formación de las prácticas en salud.

Está fuera de las pretensiones posibles de un grupo de menos de un centenar de personas y de menos de la

mitad de los países de la Región, intentar en cuatro días o una caracterización acabada del tema en cuestión o una propuesta suficientemente madura y coherente. Con realismo y modestia, el grupo se dió a la tarea de enunciar algunos elementos que permitieran abrir o fomentar el debate sobre los temas abordados y los objetivos propuestos. Pero fue consciente desde el comienzo, y lo es más al final de su trabajo, que esta es una tarea que sobrepasa sus posibilidades y que exige de un esfuerzo sostenido, participativo y enriquecido por muchos más cerebros y más prácticas.

Objetivamente, el grupo reconoce que, adicionalmente, existen grandes desequilibrios en el tratamiento dado a los temas incluídos, debido en parte a la diversidad de los participantes, al abordaje y diferente nivel de profundidad de las presentaciones hechas durante el evento, y a la variabilidad con que los temas se debatieron en los tres subgrupos de trabajo.

Con todo, el grupo espera que el documento sometido a la consideración de los universitarios de toda América, cumpla su papel esencial de estimular la discusión, suscitar críticas y para ayudar a encontrar caminos de concreción.

El evento conjunto, que culminará en la Reunión de La Habana del 3 al 7 de Junio de 1991, será un nuevo paso y un nuevo estímulo en este esfuerzo por lograr un mayor compromiso de la universidad con la salud de la población de nuestro Continente.

CONTEXTO Y DETERMINANTES DE LAS PRACTICAS EN SALUD EN LA AMERICA LATINA DE FINALES DEL SIGLO

Como prácticas sociales, las prácticas en salud son cambiantes, no sólo en función del tiempo y la geografía, sino, y fundamentalmente, en función de las distintas maneras que la sociedad va teniendo de interpretar el mundo; de apropiarse y distribuirse la riqueza, los bienes, el saber y el poder; de organizar el estado y ejercer sus funciones.

El núcleo básico hizo a lo largo de su trabajo un gran esfuerzo por entender cuáles son los principales procesos de la cambiante situación actual que determinan la existencia de las principales prácticas en salud, y cuáles parecen ser las principales líneas de tendencia en la configuración de dichas prácticas al momento de la transición secular.

A lo largo de las presentaciones y de las discusiones, tres procesos se resaltaron como los principales determinantes de las prácticas en salud:

- El Contexto Económico y Político Social de la Región;
- La Situación de Salud del Continente; y
- El Modelo Médico dominante, en especial, en sus componentes de concepción de la salud y la enfermedad, de la estructura y dinámica de la fuerza de trabajo en salud, y del mercado sanitario, con especial referencia al mercado de servicios médicos, de tecnología y de medicamentos.

Las presentaciones de los Dres. Pedro Brito, Pedro Luis Castellanos, Francisco Campos y Roberto Magalhaes - publicadas al igual que todas las demás en este mismo documento- suministran los elementos básicos a partir de los cuales los subgrupos ampliaron la discusión. Las notas siguientes son apenas una breve síntesis de los aspectos tratados tanto en las exposiciones como en las discusiones.

1. Elementos Sobresalientes de la Situación Económica y Político-Social de la Región.

Si bien la crisis del capitalismo a nivel mundial a partir de la mitad de los años setenta, fue señalada como elemento fundamental del actual perfil político y económico-social de la Región, se reconoció que los efectos de tal crisis llegaban a nuestros países sobre las bases y los remanentes de injusticias centenarias en la distribución de la riqueza, del marginamiento cultural de la mayoría de la población del Continente, y de vicios y marginamientos políticos que se manifestaban aún como dictaduras abiertas y violentas, o como democracias más formales que reales en muchas ocasiones y frecuentemente amenazadas por militarismos aún no superados en la región, o por la prepotencia de los grandes centros de poder, como trágica y dolorosamente se evidenció con la invasión de los Estados Unidos a Panamá en la Navidad pasada.

Se enfatizó el peso insostenible que significa para nuestros países la deuda externa, tanto en términos económicos como sociales. Económicos por las severas medidas de ajuste, el incremento acelerado de los fenómenos de recesión e inflación, la dedicación de partes cada vez mayores del producto interno bruto y de los presupuestos nacionales al servicio de los intereses y amortización de la deuda, convirtiendo a los países

endeudados en exportadores de capital; y sociales por el impacto y las consecuencias de las políticas de ajuste en la reducción drástica del gasto social -incluido el de salud- el aumento de la miseria, el hambre y el desempleo Desfinanciadas por el estado, la universidad, los servicios públicos asistenciales, las empresas prestadoras de los principales servicios básicos y algunas de las empresas estatales, resulta relativamente fácil desacreditar la gestión y cuestionar la eficacia de dichas instituciones y servicios, reinstalando un modelo privatizador, de corte neoliberal. A la sombra de tal situación económica, y reforzado por corrientes ideológicas del sector salud que centran en la responsabilidad individual y en los estilos personales de vida los determinantes básicos de la salud y las enfermedades, el Estado entra a desentenderse de su responsabilidad esencial en la gestión de la salud. En la práctica, la salud va dejando de ser un deber del Estado y va quedando más abiertamente en manos del individuo y de las leyes del mercado, como una mercancía de altísimos costos y de millonarios rendimientos.

2. Principales Aspectos de la Situación de Salud

Las consecuencias directas e indirectas tanto de la situación acumulada como de la crisis, unidas a los fenómenos crecientes de urbanización y transición demográfica, están influyendo marcadamente en un deterioro neto de las condiciones de vida y salud en la Región.

Posiblemente, el elemento más preocupante sea la progresiva desvalorización de la vida como consecuencia de la crisis de valores, la generalización de la indigencia en grandes sectores, la persistencia de guerras internas y subregionales y el inadecuado trato al problema de la producción, circulación y consumo de narcóticos y armamentos.

Puede afirmarse que la Región vive una situación de violencia generalizada y con modalidades que van, desde la violencia cotidiana e intrafamiliar y laboral, hasta la tortura, las desapariciones, los suicidios y las guerras. Unido a algunos de los problemas anteriores, en especial a la urbanización no programada y a procesos como la explotación minera y agroindustrial y a la industrialización y transferencia de riesgos desde los países centrales, se aprecia también un marcado deterioro ambiental expresado en: contaminación de fuentes de agua y del aire; incremento de los niveles de ruido y pérdida irremplazable de vastas reservas

forestales. Este inadecuado ejercicio de la relación hombre-naturaleza, tiene mucho que ver con la persistencia e incremento, en algunos casos, de patologías específicas como las diarreas, los problemas infecciosos del tracto respiratorio, la malaria, y el dengue.

Es cierto que se están logrando mejorías importantes en el campo de las enfermedades inmunoprevenibles, y lo es también el hecho de que, globalmente, se han reducido las tasas de mortalidad general y de mortalidad infantil, y que las cifras de la esperanza de vida al nacer han mejorado; pero hay que mirar con cuidado tanto la desaceleración de la mejoría a partir de la agudización de la crisis, como los enormes diferenciales de la esperanza de vida entre los países del Continente, e inclusive, entre regiones de un mismo país, como ocurre en Brasil.

Repetidamente, el grupo de trabajo observó la significativa y favorable diferencia de los indicadores de salud de la República de Cuba, planteándole la importancia de la coherencia entre proyecto político, el modelo económico, la escala valorativa y las políticas y acciones de salud.

En la realidad, no parece correcto el término de "transición epidemiológica" para describir el acontecer sanitario regional. Más que una transición, parece configurarse una acumulación de problemas epidemiológicos: desde el hambre y la desnutrición, hasta el SIDA y los accidentes nucleares, pasando por el cáncer y la malaria, las enfermedades cardiovasculares y la tuberculosis, el tabaquismo y la lepra.

3. Acerca del Modelo Médico Dominante

Siendo suficientemente conocidas las bases conceptuales e ideológicas del Modelo Médico Dominante (MMD), y tratando en el próximo numeral de este relato de caracterizar las prácticas en salud que él ha configurado, conviene destacar aquí algunos elementos del mercado de trabajo de salud y del mercado sanitario que tienen especial relación con las prácticas analizadas, y que fueron objeto del trabajo de los expositores y de las discusiones de los grupos de este núcleo básico.

Se destacaron los cambios ocurridos en la estructura y dinámica de la fuerza de trabajo en salud, entre ellos:

- Complejización del proceso de trabajo en salud, superando el modelo individual, pero sin constituir equipos interesados en la salud como un todo, sino más bien, grupos de individuos que manejan técnicas, sub-especialidades o partes de un proceso tecnológico.

- En la década de los 70, se dió una ampliación masiva del contingente de trabajadores de la salud, con la consiguiente explosión de facultades y escuelas del área, pero especialmente, en el sector privado. El Estado amplió en esa década su capacidad prestadora de servicios y, consecuentemente, crecieron las tasas de cobertura de servicios. En la década del 80, tales corrientes se revierten, caen drásticamente los ingresos a las escuelas y facultades del área de la salud, cuya expansión igualmente disminuye su ritmo o casi se detiene en ocasiones.

- En la composición por sexo se incrementa la participación femenina, no sólo en las profesiones, en las que siempre ha predominado, sino en otras que utilizan mayor tecnología y en medicina

- En la década de los 80, proliferaron los centros de asistencia de propiedad de grupos médicos privados, presentándose más generalizadamente los fenómenos de médicos empleadores de médicos. Desde entonces, se ha venido intensificando también el sub-empleo y el desempleo médicos, encontrándose hoy a profesionales del área empleados con otros servicios y en muchos otros campos.

- No existe correlación entre los contenidos y la orientación de las escuelas médicas y las condiciones y campos reales del derivado de trabajo. Se forma personal para una práctica inexistente, siendo ésta una de las mayores contradicciones de la educación médica actual.

- Se destacó finalmente, que a pesar de lo avanzado en los últimos años, faltan aún más estudios sobre la estructura y dinámica de la fuerza de trabajo en salud. No hay un enfoque comprensivo del área, la cual es generalmente tratada más con elementos del sentido común que con rigor profesional.

El tema de la **Tecnología** y su impacto en salud, mereció múltiples consideraciones a partir de su presentación en el evento. Se destaca el acelerado incremento de las tecnologías de diagnóstico y tratamiento (aproximadamente 100 nuevos procedimientos tecno-

lógicos se han integrado a la atención sanitaria en los últimos cinco años). Si bien, como momento aplicativo-instrumental de la ciencia, la tecnología puede ser un patrimonio positivo de la humanidad, se expresaron muchas preocupaciones sobre la forma cómo ha penetrado en el campo de la salud, entre ellas:

- La aplicación en nuestros países de tecnologías insuficientemente probadas en sus países de origen.

- No parece haber relación directa entre volumen de tecnología utilizada y éxitos diagnósticos y terapéuticos.

- Los altísimos costos tecnológicos difícilmente son o asequibles para la mayor parte de la población o subvencionables por instituciones asistenciales públicas y se reconoció que es frecuente que sea mediante los ingresos de convenios de prestación de servicios con instituciones públicas o con el Estado directamente, como muchas instituciones privadas acceden a los más altos niveles tecnológicos.

- No sólo se ha ido creando una conciencia sanitaria que identifica medicina- científica con medicina consumidora de tecnología compleja y masiva, sino que la población aumenta permanentemente sus demandas de mayor consumo médico, tanto por efecto del modelo, como del impacto de los medios de comunicación.

- Se discutió el concepto de tecnología adecuada, aclarándose sus variadas interpretaciones, que van desde la defensa de tecnologías simples para los sectores populares de estos últimos países, hasta el concepto de la mejor tecnología posible, con indicación prevista y a precios razonables. Es preciso vigilar todo el proceso de adaptación y adecuación tecnológica.

- Se advirtió, finalmente, el importante papel que la universidad debería cumplir al respecto en la vigilancia de las tecnologías adoptadas o impuestas, y en el proceso de adaptación tecnológica y desarrollo de tecnologías propias, basadas, cuando sea posible, en procesos tecnológicos correctamente utilizados por la población. Se advirtió, no obstante, la gran limitación que tiene en la actualidad la universidad para cumplir este papel, especialmente por problemas de costos y el reducido espacio que la investigación ocupa en ella.

Aún cuando la cuestión de los fármacos no fue objeto específico de debate, se insistió en que el modelo

médico actual centra su esperanza y éxito terapéutico casi exclusivamente en su utilización. Es una medicina fármaco-dependiente que ha contribuido a generalizar en la sociedad hábitos muy fuertes de consumo casi indiscriminados de medicamentos, y a reducir el acto médico a un acto que necesariamente culmine en la formulación de medicamentos cuyo costo y mercado son actualmente uno de los más altos rubros del gasto en salud individual y social, y una de las principales y más lucrativas industrias del mundo capitalista.

El conjunto de elementos de la situación política, sanitaria, tecnológica, económico-social y de mercado de trabajo, son determinantes fundamentales de las prácticas en salud que se describen a continuación y señalan, en buena parte, los rubros que la universidad deberá asumir en la formación de profesionales de la salud, tal como se enunciara en la parte final de este relato.

UNIVERSIDAD Y LAS PRÁCTICAS DE SALUD

1. El Papel de la Universidad en las Prácticas en Salud. Sus limitaciones.

Mucho se ha escrito y debatido sobre el papel de las universidades en la transformación de las prácticas en salud. Por años se ha repetido que las prácticas en salud ejercen una influencia determinante sobre los procesos de formación de recursos humanos y que esta determinación no es mecánica. Que la universidad tiene un margen de autonomía relativa de esta influencia, lo que explica las numerosas experiencias e intentos de transformación que se han llevado adelante, con resultados diferentes en casi todos los países del Continente Americano.

Allí radica también la convicción de los universitarios en cuanto a su papel crítico y de innovación en la producción de conocimientos y en la formación de un nuevo personal capaz de transformar con el tiempo la realidad de los servicios.

Los cambios de América Latina, en sus aspectos económicos y sociales, las derivaciones y determinaciones en los perfiles epidemiológicos antes señalados, así como las consecuencias de cambios observados en los servicios, plantean interrogantes sobre el nuevo papel que debería cumplir la universidad en la defini-

ción de nuevos caminos comprometidos con el progreso social.

Algunos indicadores muestran la situación de estancamiento de la universidad y, en particular, de las Facultades de Ciencias de la Salud en su relación con las prácticas en salud y la necesidad de desarrollar internamente procesos de análisis sobre su compromiso social y de plantear nuevos retos con relación a las demandas de salud de la población y de sus necesidades reales de servicios. Los hallazgos del análisis prospectivo aplicado a sesenta escuelas de medicina de América Latina, reporta que el 70% de las escuelas no participa con los servicios de salud, en la planificación y evaluación del sistema de salud de su área de influencia y sólo el 17% de ellas fundamentan la formación profesional en la práctica general de la medicina basada en la atención primaria.

Es generalizada, además, la percepción acerca de la incapacidad de los egresados universitarios de ciencias de la salud en cuanto a su potencialidad como agentes de cambio para responder a las necesidades de salud de la población.

El deterioro del rol cumplido por la universidad en los actuales momentos se debe, fundamentalmente, al desfase entre las necesidades de salud cambiantes de la población, las modalidades de las prácticas de salud vigentes y las escasas respuestas ofrecidas por un currículum estacionario en el tiempo y amparado por teorías puramente biológicas y de enfoque curativo, centrado además en los problemas individuales y en lo relacionado con la enfermedad, olvidando lo relativo a la vida y a la salud.

El papel de la universidad ha sido la de reproducir las prácticas de salud hegemónicas, en tanto no maneja una visión colectiva del proceso de salud-enfermedad y en cuanto no desarrolla las herramientas teórico-metodológicas que permitan analizar con actitud crítica los determinantes de dichos procesos y facilite una visión integral del hombre en sus aspectos biológico-sociales. Su constante incapacidad de generar, en su práctica cotidiana del saber, conocimientos tendientes a la solución de problemas de salud desde una perspectiva más abarcadora, hace que el egresado se incorpore a una práctica hegemónica divorciada, en su mayoría, de la realidad que afecta a los sectores mayoritarios de la población. Como consecuencia de su papel reproductivo, los postulados filosóficos y prácticos del pro-

ceso enseñanza-aprendizaje se caracterizan por su corte tradicional, centrado en la transmisión de conocimientos aislados y fraccionados y en el aprendizaje individualizado, carente de seguimiento y evaluación tutorial. En general, el modelo educativo no parte de los problemas y necesidades de salud de la población y carece de ejes o núcleos integradores del conocimiento, que facilite, cuando menos, el análisis del proceso vital humano. Este modelo sigue descansando en la disgregación de asignaturas y en el desarrollo con carácter feudal de la departamentalización, caracterizada por apropiaciones excluyentes del conocimiento y de la práctica y con grandes resistencias al intercambio y trabajo colectivo. Esta situación entorpece la búsqueda de integración de conocimientos y dificulta la discusión de problemas comunes y formas de abordarlos.

Su papel reproductivo también se manifiesta en su acriticidad y apoyo a la práctica mercantilista de la atención a la salud, que mantiene como eje diagnóstico el uso de una sofisticada tecnología y como eje terapéutico el uso de fármacos y procedimientos de alta complejidad.

Los procesos de integración de la docencia y la práctica a través de la investigación, desarrollados en muchas de las universidades latinoamericanas, requieren de un análisis particular. Resultan variadas las definiciones y alcances de estos procesos. Por un lado, la práctica de la investigación en sí misma, es escasa, dependiendo de la importancia que unos cuantos profesionales docentes le asignen, motivados frecuentemente por intereses de la gran industria médica o de centros de poder transnacionales. Mientras la práctica es muy limitada y se coordina la mayoría de las veces al margen del desarrollo de la docencia y de sus contenidos programáticos, el proceso docente se fundamenta y se concentra en la enseñanza y no en los procesos de aprendizaje. En este último sentido, la universidad ha descuidado su reflexión alrededor de cómo se aprende y se integran los conocimientos y cuales son los procesos que un sujeto experimenta para aprender nuevas ideas. El estudiante es considerado entonces como un receptor de información ya elaborada, ejerciéndose sobre él una relación unidireccional de poder, basada en la apropiación excluyente del saber por parte del docente, relación que luego asumirá como profesional ante el paciente y la comunidad.

El desarrollo de nuevas prácticas educativas que den respuestas a las demandas sociales actuales y

prácticas diferentes de salud, se ha visto limitada además por el tipo de sistema burocrático administrativo desarrollado en las universidades latinoamericanas, desfasado de los acelerados cambios de las prácticas sociales y de los avances de la administración moderna para dar respuesta a las demandas deseadas.

La carencia de políticas universitarias que permitan la actualización permanente de sus docentes, que garantice un espacio sosegado para el análisis y reflexión del acontecer nacional y las posibles respuestas que desde la universidad se pueden generar, así como el desarrollo de estímulos e incentivos permanentes para su desarrollo docente está llevando a la comunidad universitaria a perder su dimensión social educativa.

Finalmente la carencia de estudios que generen nuevas políticas de formación de recursos humanos en salud acorde con las condiciones actuales del mercado de trabajo, podría estar proporcionando situaciones deformantes de la práctica en salud.

2. Prácticas Alternativas

Hasta aquí se ha caracterizado la universidad latinoamericana en su papel actual de producción de conocimientos y como formadora de recursos humanos, y desde esta perspectiva, su vinculación con las prácticas en salud.

El grupo reconoció el desarrollo de diversas propuestas teórico- metodológicas que han permitido un análisis e interpretación diferente de la situación de salud en los países y que han ofrecido informaciones valiosas acerca del proceso de vida y muerte de los pueblos del Continente. El desarrollo de nuevas formas de observar los procesos de salud- enfermedad ha generado como consecuencia propuestas alternativas de prácticas diferentes para enfrentar dichos procesos. Muchos de ellos no han surgido específicamente de la universidad. Sin embargo, el número de propuestas originadas por la universidad y que se corresponden con un pensamiento crítico, demuestra la importancia que le atribuyen algunos sectores universitarios con sensibilidad social y por estudiosos de la realidad de los países.

Los planteamientos filosóficos, ideológicos y aún de los enfoques y líneas de acción de un número considerable de organizaciones, asociaciones e instituciones que desarrollan proyectos y programas alternativos de

salud, no necesariamente son coincidentes en su totalidad. Convergen en la idea de que las estructuras de salud del Estado no han sido eficientes en la cobertura de atención y en la calidad de los servicios. Su misión, por tanto, responde a una labor supletoria, generalmente, con sectores rurales, trabajadores y marginados de grandes ciudades, casi siempre con sectores populares. Las prácticas concretas alcanzan la entrega de consultas y medicamentos, estrategias de reivindicaciones sociales y de servicio hasta las prácticas puramente religiosas y que buscan evitar las explosiones sociales.

La contribución de la universidad en la búsqueda de prácticas alternativas de salud, fue reconocida por el grupo como un componente que debe primar en su proceso curricular, ya sea desde el desarrollo de líneas de investigación que estudien los procesos de salud de la población, hasta su inserción y compromiso con los sectores populares antes mencionados.

Por el mismo desarrollo programático de la reunión de este núcleo II, las prácticas populares en salud, la medicina folklórica y las llamadas medicinas populares, no fueron discutidas lo suficiente. Se esperaba que durante este año y antes de la reunión que se celebrará en Cuba en 1991, los grupos universitarios puedan discutir estas prácticas y puedan ofrecer algún tipo de caracterización y propuestas metodológicas para su estudio y seguimiento.

3. Perfiles Profesionales Actuales

El grupo reunido en diferentes momentos, discutió el perfil de los profesionales del área de ciencias de la salud, encontrando características comunes a todos ellos. Entre ellos se destacaron:

- Predominio de la visión biológica del hombre;
- Fragmentación del conocimiento y por tanto de la unidad del hombre;
- Énfasis en el análisis y resolución de la enfermedad y no del proceso salud-enfermedad o proceso vital humano;
- División de la teoría y de la práctica, de lo básico y de lo clínico;
- Incorporación creciente y el predominio de las especialidades en las perspectivas profesionales;
- Valoración creciente de las clínicas, consolidando la medicina hospitalaria de alta complejidad como eje de formación profesional;

- Posición secundaria de las ciencias sociales y de la conducta;
- Exaltación de lo curativo, postergando la importancia de la promoción y prevención;
- Alta valoración del ejercicio liberal de la medicina como futuro ejercicio profesional;
- Concentración del poder profesional en la figura del médico, lo que impide una auténtica estructuración y financiamiento del equipo de trabajo;
- Desfase entre los contenidos enfatizados en el proceso formativo del personal y las necesidades de salud reales de la población y la demanda real de los servicios;
- Visión limitada de los diferentes servicios de salud que ofrece el Estado y la medicina liberal, las cuales a su vez, mantienen poca coordinación entre ellas; y
- Escaso o poco desarrollo de experiencias de investigación científica.

Siendo comunes las características señaladas, se asumen como más representativas de la **práctica de los médicos** y asumiendo ciertas especificidades en el resto de las profesiones.

Sobre la **práctica odontológica** se consideró:

- Como una práctica diferenciada económica y socialmente en la cual el ejercicio privado es la modalidad hegemónica que modula a la vez la formación de nuevos profesionales.
- Una práctica que ha desarrollado una importante división del trabajo en los últimos tiempos y que se traduce en la ampliación de las funciones del personal técnico-auxiliar como son los higienistas dentales y el asistente de sillón. Esta ampliación del personal técnico, sin embargo, no está regulado por la universidad ni por el Estado, más bien está ligado a la iniciativa privada tanto en su formación como en su utilización.
- El desarrollo de la actividad investigativa desde sectores de la industria tecnológica ligada por lo general a sus propios intereses.
- Desarrollo de programas de postgrados por parte de los gremios y corporaciones industriales.

Si bien el grupo rescató los avances que en forma significativa se han logrado en el área de formación de la **enfermería**, se hicieron los siguientes señalamientos:

- Se ha configurado históricamente como una práctica institucional, altamente normatizada y,

principalmente, ligada al quehacer hospitalario público o privado.

- El profesional de la enfermería es el personal que está vinculado más directamente a la atención inmediata del paciente y al que se le exige garantizar la continuidad de la misma.
- En el actual modelo de práctica tiene una responsabilidad superior en la administración de los tratamientos y del funcionamiento cotidiano del servicio, debiendo dirigir al personal auxiliar y técnico en una forma vertical del trabajo, reproduciendo, en parte, el patrón de dominación al cual está sometido. Este modelo de práctica dominante se observa además en la estructuración de normas jurídicas y reglamentarias de su ejercicio profesional, pese al avance en muchos países en cuanto a la aparición de colegios profesionales y de sindicatos que defienden sus intereses.
- No tiene acceso a la toma de decisiones, debiendo ser ejecutante de las órdenes médicas, lo cual determina un perfil de sumisión históricamente asimilado.
- Es una práctica con bajo reconocimiento y valoración social y el impacto de la crisis ha llevado a que las remuneraciones hayan caído sustancialmente, produciendo en estos momentos una crisis laboral.
- El espectro de sus funciones y prácticas se amplió significativamente por el desarrollo de programas de extensión de cobertura, de servicios ambulatorios y de estrategias de atención primaria, lo cual ha facilitado, en muchos casos, el desarrollo del liderazgo en los equipos de salud de los diversos servicios de atención.
- Se reconoce que es una de las profesiones que mayor avance ha alcanzado en el desarrollo de propuestas innovadoras en la formación de personal y de las cuales se espera un importante impacto tanto en la práctica como sobre otros programas de formación.

Con relación a la práctica de Salud Pública, el grupo la configuró como:

- La mayoría de las escuelas de ciencias de la salud siguen aferradas a modelos teóricos tradicionales, sin alcanzar a incorporar una visión sobre la vida y la muerte y sobre las corrientes modernas que estudian, analizan y contribuyen al desarrollo de mejores prácticas de salud y servicios. En este sentido, los Departamentos y Escuelas de Salud Pública no han desarrollado un fuerte liderazgo ni formas novedosas de ambientación con el sistema de servicios.
- Si bien las prácticas de salud pública han realizado avances en el desarrollo de investigaciones que muestran las determinantes de la situación de salud y del

funcionamiento de los servicios, requiere de esfuerzos para ampliar su perspectiva teórica y fortalecer los componentes metodológicos para realizar acciones efectivas sobre los servicios y la comunidad.

- La legitimidad de estas áreas en el contexto de los servicios y de las instituciones formadoras constituye un objetivo a alcanzar en la mayoría de los casos.

Hubo conciencia en el grupo de que no se dispone de suficientes insumos para una adecuada caracterización del perfil actual y futuro del salubrista. Dada su importancia, es de esperarse que a partir de los estudios ya disponibles y de la reflexión de las propias Escuelas de Salud Pública y de sus egresados, se logre en un futuro próximo, configurar un nuevo perfil del salubrista.

Con respecto a la Medicina Social, se discutió ampliamente la importancia de incorporar dicho enfoque en todo el proceso formativo y aplicativo de las diferentes profesiones de salud y no sólo en las profesiones, sino en la manera corriente de entender y enfrentar estos problemas. A partir de la presentación del tema se abrió un debate respecto a si la medicina social debería configurarse como una práctica profesional específica y como una nueva especialidad en el campo de la salud. Se dieron elementos, pero el debate queda abierto y requerirá de la participación, tanto de los programas de postgrado en el área como de los interesados en el tema.

Constituyó una preocupación del Comité Organizador y relatores de este informe, la falta de una caracterización de prácticas profesionales como las de bioanálisis, farmacia y otras técnicas afines. Se espera que de las discusiones futuras de las instituciones formadoras y de servicio puedan surgir elementos para completar el espectro de los profesionales del campo de la salud.

4. Significado y limitaciones de las reformas curriculares. Sus limitaciones y avances.

Algunos análisis de experiencias realizadas en América Latina, entre ellas las presentadas por la Universidad Autónoma de Santo Domingo, muestran que todavía no se ha logrado el cambio curricular profundo que todos los sectores aclaman; por el contrario, se reafirma que la estructura de la práctica en salud representa el factor que ha determinado en cada contexto el patrón que reproduce la educación en ciencias de la salud.

Si bien el grupo negó la relación de determinación entre las reformas curriculares y el cambio en las prácticas en salud, admitió por otra parte el significado que estos procesos pudieran tener en la apertura de espacios de lucha ideológica y técnica, que permitieran apoyar en un futuro los procesos de cambio social, de los cuales depende, en gran medida, la posibilidad de una real transformación estructural de las prácticas en salud. En este sentido, el grupo hizo algunas consideraciones sobre el currículum, entendiéndose como el conjunto de acciones que desarrolla la universidad con miras al cumplimiento de sus objetivos, los cuales de ninguna forma se reducen al plan de estudios con el que se forman los profesionales. En este marco amplio, los procesos de reforma curricular, deben ser parte de un cambio conjunto de la universidad, ya que de lo contrario podrían reducirse a un simple proceso de adaptación a las condiciones sociales dominantes.

Desde esta perspectiva, las reformas curriculares deben partir del compromiso de modificar la actitud de la comunidad universitaria frente a las vigencias igualitarias de la sociedad contemporánea en la búsqueda de problemas críticos tales como la ignorancia, la pobreza, el padecimiento, la incapacidad, la vida y la muerte, los cuales deberán constituirse en objetos de estudio particular de cada una de las carreras de ciencias de la salud. En otras palabras, la reforma curricular debe partir de un diagnóstico real de la sociedad en la que se inscribe la universidad y de una posición de compromiso frente a las demandas sociales de hoy.

Por otra parte, habría que pensar que si los procesos sociales están en permanente cambio y que la velocidad del cambio es cada vez más acelerado, también los procesos de reforma curricular deberían estar en permanente revisión y discusión para que sus cambios puedan acompañar, cuando menos, las interpretaciones de los procesos acelerados de cambio social de las sociedades latinoamericanas, así como los nuevos avances científico-técnicos.

Claro está, que este pensar permanente en función del cambio curricular, implica trabajar en las diferentes dimensiones señaladas anteriormente con relación al papel de la universidad y que si bien el cambio curricular no se reduce a una reforma pedagógica, implica una revisión profunda de los contenidos educativos y aún más, implica una profundización acerca de cómo se construye el pensamiento científico, que hasta ahora figura como una gran laguna, a pesar de las discusiones

paralelas que por años se han tenido acerca de la integración disciplinaria, de lo biológico y lo social, del estudio y el trabajo, de la docencia y la práctica.

Pensar de manera permanente sobre estos procesos de cambio curricular debe ser un ejercicio de construcción colectiva de los actores involucrados, tanto de la comunidad universitaria como de las organizaciones e instituciones que interactúan con la universidad. Finalmente, el grupo valora el reto que significa estar en permanente proceso de análisis crítico sobre el desarrollo curricular y sobre el aporte que la universidad puede ofrecer a la sociedad en la transformación de su práctica como forma de atender las demandas de salud de la población. Es en este sentido que el análisis universitario acerca del papel del Estado, la crisis y sus repercusiones, las posiciones y demandas de la sociedad civil, la articulación intersectorial, las diferentes prácticas de salud deben permanecer en un proceso de estudio y reflexión continuo.

ALGUNAS PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES

Además de un análisis del contexto de determinantes de las prácticas en salud, de la caracterización de las principales de ellas y del papel que compete a la universidad en su configuración y en la formación profesional respectiva, era objeto del núcleo básico, esbozar algunas propuestas para someter a los universitarios del Continente en la búsqueda de mejor respuesta y adecuación de la universidad a sus tareas en este campo de formación para las prácticas en salud.

Si bien, como ya se advirtió, no era esperable una propuesta global y acabada, tanto los expositores como el grupo en sus discusiones, fueron formulando alternativas, preguntas, líneas posibles de trabajo y elementos para la formación de personal y de profesionales, cuya síntesis se presenta a continuación:

- Definir formas de integración de la universidad a un trabajo conjunto con la sociedad civil y el Estado y participar en una lucha por el desarrollo de propuestas orientadas a mejorar la vida y salud de la población.
- Contribuir con la transformación de los servicios de salud que demandan acciones colectivas, redefiniendo los contenidos educativos, basados en un criterio de interdisciplinaria y apoyados en el desarrollo docente y de la investigación.
- Repensar el rol universitario como instancia social

de generación de conocimientos científico-alternativos y replantear estrategias para dar el salto cualitativo en la inserción de la universidad en un proyecto democrático-popular.

- Definir líneas de acción para impulsar la integración latinoamericana, estableciendo formas de abordaje específicos entre sectores críticos de distintos países, procurando la solución conjunta de problemas comunes.
- Generar propuestas concretas para integrar al sector estudiantil como fuerza potencial para propender a las transformaciones deseadas.
- Trabajar con la sociedad organizada para diseñar y ejecutar proyectos populares de salud que respondan a las necesidades de las mayorías latinoamericanas.
- Crear un ambiente democrático en el proceso formativo que repercuta tanto en la práctica profesional y en el ejercicio como ciudadano.
- Estrategias que permitan difundir, al interior de las universidades y de la sociedad civil, los avances teóricos objeto de estos análisis, incorporando al estudiante como actor de este proceso.
- Necesidad de jerarquizar la investigación hasta convertirla en un espacio privilegiado y en una importante estrategia de acercamiento a la realidad.
- Fortalecer y redefinir la integración docente-asistencial, el desarrollo de nuevas propuestas educativas, que incorporen avances de la andragogía y la pedagogía de la problematización.
- Definir criterios epidemiológicos que orienten los contenidos de los programas educativos y los métodos de enseñanza-aprendizaje.
- Profundizar en el análisis del rol de la tecnología en los modelos de prestación de servicios.
- Delinear una política tecnológica universitaria, la cual deberá surgir fundamentalmente de un análisis de las necesidades sociales prioritarias, teniendo como fundamento el hombre y no el capital y buscando la equidad de las prácticas en salud.
- Redefinir las prácticas fragmentarias de las profesiones para inscribirlas en el marco de una práctica integradora.
- Desarrollar capacidad crítica que genere conocimientos en una acción colectiva de análisis de la situación de salud y de las prácticas respectivas.
- Abordar el proceso de salud-enfermedad desde una óptica integral bio-social.
- Formar profesionales con capacidad para insertarse en una práctica social que intente contribuir al esclarecimiento de las verdaderas condicionantes y determinantes del proceso salud-enfermedad.

- Ofrecer una visión integral del hombre como ser histórico-social y en donde la actuación de salud forme parte de una totalidad que es la vida misma y ante la cual la práctica en salud también da su respuesta socio-política.

- Contribuir al análisis de los servicios de salud en su relación con la población y redefinir sus aportes a los mismos desde el espacio real de la docencia y la investigación.
- Replantear las formas de definición de necesidades de la población. Al respecto, su mayor aporte debe ser en el campo de la investigación y en la proposición de nuevas formas de servicio.
- Profundizar en el papel de las prácticas de salud alternativas, por cuanto las prácticas en salud parten de un saber e implican un ejercicio del poder, actualmente muy centralizado. Se necesita trabajar los procesos de redistribución y democratización del saber y del poder.
- Tender a la formación de equipos de salud para establecer una práctica colectiva.
- Profundización teórica sobre las prácticas en salud con un enfoque integral tratando además de superar el desfase epistemológico entre la visión teórica de ellas y la construcción efectiva de las prácticas.
- Revisión detenida de experiencias haciéndoles seguimiento científico, a fin de vencer el subjetivismo sobre la valoración de éxitos o fracasos.
- Construir un proyecto de contrahegemonía utilizando mecanismos de consenso y definiendo la direccionalidad del proceso. El estudiantado no debe quedar como participante pasivo del mismo.
- Revisar, rediseñar y fortalecer la presencia de la universidad en la sociedad civil y en el Estado. En este último aspecto, la inserción de la universidad en la estructura de servicios del Estado debe contribuir efectivamente a la organización de una práctica en salud crítica, que coadyuve al logro de los objetivos planteados.
- La universidad debe construir metodologías efectivas para hacer operativo el modelo contrahegemonico, a fin de poder viabilizar la ruptura con los modelos tradicionales.
- Difundir y promover conciencia crítica tanto en la comunidad universitaria como en la sociedad civil, el cambio de los perfiles epidemiológicos y los problemas sociales. Sólo una transformación radical en este campo permitirá a los pueblos latinoamericanos acceder a los niveles de salud a los que la humanidad tiene derecho sobre la base de un desarrollo económico y social con justicia, paz y libertad.

HACIA LA REUNION DE LA HABANA - 1991

Dentro del objetivo de avanzar en la preparación de la Reunión programada para 1991 en La Habana, Cuba, y en la cual se debatirá al más alto nivel posible el tema general "La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población", con base en los documentos de los tres núcleos básicos, enriquecidos por las críticas y el debate del mayor número posible de universidades de la Región, el grupo de trabajo recibió suficiente información sobre el evento y los representantes del Comité Organizador Cubano y de las instituciones y asociaciones comprometidas en su preparación y realización sesionaron para cumplir sus tareas. Las dos principales preocupaciones del grupo al respecto pueden formularse así: ¿Cómo lograr el mayor compromiso de la universidad con el tema a partir de una amplia divulgación de los documentos de los núcleos básicos? y ¿cómo garantizar que el evento de La Habana marque realmente un hito en una nueva orientación y un mayor compromiso de la universidad con la salud de los pueblos de América Latina?

Entre la recomendaciones hechas para contribuir al logro de estos dos objetivos deben mencionarse:

- Que tanto la UDUAL y sus asociaciones filiales, como la OPS/OMS en su nivel central y de Representaciones Nacionales, difundan masivamente los documentos de los núcleos básicos en todas las universidades del Continente y las inviten a analizarlos críticamente y a concretizar e implementar sus propuestas.
- Que se promuevan reuniones nacionales como la ya realizada en Venezuela, en las cuales se critique y se discuta y adapte a la realidad nacional el contenido y las orientaciones de los documentos.
- Que se haga una edición consolidada de los tres documentos para facilitar su circulación.
- Que la selección de los expositores y asistentes a la Reunión de La Habana se haga con base en criterios de la más alta calidad científica, reconocimiento continental en su lucha para la salud, y en su espíritu universitario.
- Que tanto las discusiones preliminares como las de La Habana, tengan el carácter de la más amplia participación posible, motivando y facilitando la vinculación

de grupos, instituciones y personas ausentes hasta ahora del debate.

- Que se constituyan grupos de trabajo que desarrollen y profundicen algunos de los temas de reconocida importancia dentro de la agenda programada.

**Sub-tema 1. Contextos y Determinantes de la Relación Universidad
y Prácticas en Salud en América Latina.**

La Universidad y las Prácticas de Salud en el Contexto Actual de América Latina

Dr. Pedro Brito
Consultor en Recursos Humanos
OPS/OMS Representación en la República Argentina

El objeto de la ponencia que se me encomendó presentar en esta reunión es altamente complejo desde una perspectiva cognoscitiva y cargado de significación y emotividad para quienes somos universitarios y la universidad constituye no sólo un objeto de reflexión teórica y de práctica profesional, sino, principalmente parte de la vida.

No soy economista ni sociólogo o cientista político, tampoco novelista, aunque en ocasiones desearía saber y ejercer esas actividades. Ante algunas realidades y situaciones que se me presentan como complejas y a veces desconocidas apelo entonces a una identidad profesional en la que todavía me siento seguro, la de médico y aún más la de clínico.

Analizar la relación entre universidad y prácticas de salud en el contexto latinoamericano demandaría un dominio de las profesiones de los mencionados y un cuantioso bagaje de información, requisitos que no estaban a mi disposición. Por eso creo que tal vez una perspectiva clínica puede ser de utilidad ante un problema de considerable dimensión y profundidad.

Una mirada clínica sobre la relación universidad y prácticas de salud nos indica que se han producido cambios importantes durante las últimas décadas en esa "realidad-paciente". No estamos ahora ante la Universidad o los servicios de salud de principios de los setenta o antes, con laboratorios e investigadores, con personal a tiempo completo, financiamientos internos y, luego, externos. Con servicios de salud públicos mediana o satisfactoriamente equipados. No, esa realidad vista en 1990 parece haber experimentado profundos cambios en muchos de nuestros países.

Para analizar esos cambios me propongo estructurar un análisis intentando mantener la siguiente secuencia:

1. Revisar la crisis económica desde la universidad y las prácticas de salud.

2. Caracterizar los cambios en el escenario universitario latinoamericano.

3. Analizar la actual configuración y algunas tendencias en las prácticas de salud.

4. Identificar las formas de relacionamiento entre la universidad y las prácticas de salud, y

5. Esbozar algunas líneas de trabajo y debate.

1. PERSPECTIVAS DE LA CRISIS DESDE LA UNIVERSIDAD Y LAS PRACTICAS DE SALUD.

No pretendo analizar en profundidad la crisis que actualmente padece América Latina; sin embargo, algunos rasgos deben ser destacados. Vista la crisis desde la perspectiva de las universidades se observa que hay un abrupto recorte de los fondos públicos asignados a la formación superior y a la investigación y que, inclusive, comienza a manifestarse un incremento en la deserción de alumnos ante la imposibilidad de solventar no los aranceles sino los pasajes y los materiales de estudio.

Si se observa la crisis desde la perspectiva del sector salud, a algunos de los rasgos anteriores se le suman la reducción del gasto público y el desfinanciamiento de la seguridad social, producto de la reducción de la población asalariada y del drenaje inflacionario que pesa sobre las economías nacionales.

La crisis puso además en evidencia que la estructura del gasto en salud, al privilegiar la atención curativa comprometida con tecnología de alto costo, afectaba de manera decisiva los propósitos de equidad social. Mantener un centro de alta complejidad implica, en esta coyuntura, reducir los recursos de muchos servicios de primer nivel de atención.

Contrariamente a lo que había sido su historia, en el marco de la crisis, el sector salud vé erosionarse sus bases de legitimidad y debe involucrarse en una puja distributiva por los escasos fondos fiscales disponibles.

Los ministerios, secretarías y organismos de la seguridad social compiten con otras áreas de la inversión y servicios públicos y con los nuevos programas distributivos creados para la atención de grupos sociales específicos en materia nutricional o sanitaria.

Pero si desde la universidad o desde el sector salud se mira un poco más allá del horizonte inmediato o de la hipotética frontera institucional, no puede dejar de percibirse que la crisis está atada al peso de una cuantiosa deuda externa, a la variabilidad de las tasas de interés con las que deben pagarse los servicios de dicha deuda y con la degradación de los términos del intercambio entre las economías de los países deudores con las de los acreedores.

Frente a ese panorama, las soluciones propuestas guardan extraña similitud: ajuste, reducción del déficit fiscal, liberalización de los mercados, desestatización, etc.

Durante los últimos años, al agudizarse la crisis económica se han escrito varios trabajos destinados a demostrar el impacto de la crisis en el sector salud. Hay discusiones acerca de la magnitud de la crisis, respecto a si es o no la más profunda hasta ahora registrada e incluso hay discusiones respecto a si tiene o no un impacto sobre las condiciones de salud y los servicios destinados a la atención de la población.

Parte de esas discusiones giran en torno a cuáles son los indicadores más adecuados para medir el impacto de la crisis: el endeudamiento externo per cápita, la mortalidad por grupos etáreos, etc. Mientras esa necesaria discusión se da, el impacto se produce, aunque algunos indicadores no puedan captarlo o se resistan a hacerlo.

La naturaleza de los fenómenos que la crisis está produciendo no necesariamente permite que puedan ser captados por indicadores contruados para verificar crecimientos o decrecimientos lineales y referidos a un tipo de fenómeno por vez. El deterioro que la crisis produce es en cambio complejo, no lineal, oscilante. El deterioro de la crisis no se expresa de inmediato o necesariamente en número de muertes o de consultas médicas relativas a una población determinada.

Quizás el deterioro y el impacto de la crisis habrá que medirlo con indicadores capaces de contener tales datos como: piezas dentarias faltantes en edades tem-

pranas, cantidad de niños de la calle, individuos hablando solos por las calles de cualquier ciudad latinoamericana, de recursos para una atención adecuada de problemas técnicamente solucionables, etc.

Aún no disponemos, y tal vez difícilmente se logren en un futuro cercano, de indicadores capaces de registrar esa larvada descomposición social, que lleva a que los niños vayan a la escuela para comer y no sólo a estudiar, que los hospitales sean lugar de albergue antes que de atención de salud, o que pretenda transformar a las universidades públicas en secundarios prolongados antes que centros de formación profesional e investigación.

Ese carácter complejo y combinado de la actual crisis refuerza la convicción de que la misma no es sólo económica ni su impacto en salud se reduce a indicadores médicos. Frente a esa heterogeneidad que compromete a todo el conjunto social, a las condiciones de vida de los habitantes, a las formas de convivencia y solidaridad, a la solidez del sistema democrático, la universidad tendría que tomarla como campo de trabajo, de estudio, de debate, para redefinir su rol en la sociedad y su estrategia.

2. CAMBIOS EN EL ESCENARIO UNIVERSITARIO

La actual situación de las universidades está enmarcada y definida por algunos de esos cambios, así como por la persistencia de restricciones y limitaciones crónicas. Entre los aspectos que denotan cambios, conviene destacar:

2.1. Conversión de la universidad en empresa social masiva.

En primer término, en estos últimos treinta años la educación superior se ha convertido en empresa masiva (en 1986 existían en la región 6 millones de estudiantes post-secundarios, con un incremento de la tasa bruta de escolarización universitaria de un 3% en 1960 a un 15% en 1985 y los egresados anuales bordean el medio millón de personas); se ha producido una creciente diferenciación, lo que ha llevado a multiplicar instituciones, institutos tecnológicos, facultades, etc.; y se ha desarrollado en este período la "profesión académica" (en 1984 los académicos que trabajan en educación superior sumaban cerca de 500,000).

La masificación de la universidad ha traído otros efectos combinados: "mesocratización" de la matrícula, feminización, regionalización con creciente participación de instituciones fuera de la capital, "terciarización" de la matrícula que ahora se va concentrando en las áreas de ciencias sociales, educación, comercio, administración; y finalmente, privatización de la matrícula, llegando a un tercio del total de matriculados en 1984 en instituciones privadas. Con estas tendencias en su dinámica, la universidad se enfrenta al doble reto de lograr su pertinencia social y remontar la crisis.¹

2.2. Cambios producto del recorte presupuestario.

Salvo excepciones, la universidad latinoamericana nunca desarrolló sus actividades con el respaldo de presupuestos suficientes. Pero la crónica carencia financiera se ha intensificado a niveles sin precedentes durante los últimos cinco años, generando modificaciones administrativas, académicas y sociales negativas en la mayor parte de las instituciones. Algunos hechos ilustran, desde situaciones particulares, un fenómeno que adquiere dimensiones generalizadas.

El 9 de marzo, el Secretario de Asuntos Económicos del Consejo de Rectores de la Argentina y Rector de la Universidad del Litoral, informaba que el valor del presupuesto que para 1990 tiene la universidad argentina era la sexta parte del presupuesto de 1987. Ese valor de casi 100 millones de dólares para 27 universidades nacionales, representa la mitad del aporte estatal de una sola universidad europea o estadounidense de mediano porte. El Rector llamaba la atención que ese monto es menos de la mitad de la evasión impositiva de un conocido grupo empresarial, menos de la mitad de las transferencias del tesoro nacional para cubrir el déficit de las empresas públicas producido únicamente en el mes de enero de 1990, el 2,4% de los intereses de la deuda externa y el 1,7 por mil del PBI, entre otros datos comparativos.²

Los primeros días de enero de 1990, renunció agobiado por los problemas y las limitaciones de su gestión, el Rector de la Universidad de San Marcos de Lima. El Vicerrector Académico asumió el rectorado y denunció públicamente la bancarrota económica de la institución, exigiendo la inmediata entrega de fondos suplementarios o el cierre indefinido de la Universidad bajo la responsabilidad del Estado. Ello motivó debates públicos, movilizaciones de estudiantes y profesores y

algunos recursos del gobierno peruano "mientras tanto". El panorama en el resto de las universidades peruanas nacionales y aún de algunas privadas es similar.

Las clases universitarias todavía no han empezado en este 1990 en la Argentina, la Confederación de Docentes Universitarios (CONADU) está en huelga de varias semanas por mejoras salariales. Una mirada a los sueldos de los docentes de dedicación exclusiva nos muestra el deterioro del valor del trabajo docente: los profesores titulares de 15 y 24 años de antigüedad recibían a fines de enero 320 y 400 dólares respectivamente, mientras que los jefes de trabajos prácticos con las mismas antigüedades recibieron 220 y 280 dólares respectivamente. Similares situaciones se viven en muchos otros países de América Latina. No obstante la Federación Universitaria Argentina (FUA) hizo un llamado a lograr el consenso para arribar a una solución, pero discrepando con las huelgas votadas unánimemente por la CONADU.³

2.3. Cambios en las orientaciones Políticas.

Dentro del medio universitario se está produciendo un fenómeno de reorientación de la preferencia política en los diferentes estamentos que forman su dinámica. En varios países (Argentina, Brasil, Venezuela) están creciendo las agrupaciones de corte conservador, tanto entre docentes como entre alumnos. En varias universidades se observa un proceso de "conservadurización" del voto, que lleva a la conducción de las instituciones o a una mayor presencia en los órganos colegiados a quienes sustentan la limitación al ingreso universitario, el arancelamiento y la orientación hacia el ejercicio profesional privado.

2.4. Cambios por deterioro del mercado de trabajo.

Ejemplo de lo cual es la existencia de una segunda oleada de emigración de científicos y técnicos universitarios. En una reciente información aparecida en Buenos Aires, entre 1954 y 1984 se fueron del país alrededor de 50.000 graduados universitarios de todas las especialidades. Sumando científicos, técnicos y profesionales, el número de la "materia gris" que se fue asciende a 250.000. El principal país receptor era Estados Unidos que en 1980 albergaba a 68.887 profesionales argentinos. Le siguen Paraguay, Brasil, Uruguay, Chile, Bolivia y Venezuela.⁴

2.5. Persistencia de las limitaciones al pluralismo y la capacidad crítica.

Las universidades y los universitarios siguen siendo blanco de acciones limitativas a su trabajo e inserción social. Los ejemplos abundan lamentablemente, pero hay algunos que han golpeado más fuerte a las instituciones académicas latinoamericanas.

A fines de 1989 fueron asesinados el Rector y cercanos colaboradores de la Universidad Católica de El Salvador, todos ellos sacerdotes, reconocidos por su destacada labor intelectual y por el compromiso con el pueblo y los derechos humanos, en ese país centroamericano.

Desde hace varios años los universitarios de Colombia sufren la agresión asesina de bandas paramilitares. Prestigiosos universitarios han sido muertos o han debido de salir del país para salvar la vida. Entre ellos han caído víctimas de esa represión sanitaristas de la Facultad Nacional de Salud Pública de Medellín.

2.6. Cambios por nuevas modalidades de integración universidad-sociedad.

Durante los últimos años se están desarrollando algunos procesos transformadores en el vínculo universidad-sociedad. Uno de ellos tiene un carácter global y que hace referencia a la Reforma Constitucional en Brasil, otro más particular referido a la articulación con las organizaciones sociales locales y finalmente un tercero la creación de unidades-empresariales en el seno de universidades públicas.

Respecto al primer tipo de cambio, muchas universidades brasileñas han funcionado como centros intelectuales de la Reforma Constitucional en general y sanitaria en particular. Han formulado propuestas, concretado investigaciones o establecido convenios que aseguran una relación más estrecha con el aparato estatal y con los gobiernos federales en particular.

La segunda forma de vinculación es de naturaleza más ligada a las bases y se expresa en la apertura hacia las organizaciones sociales y comunitarias que algunas universidades están emprendiendo. Ejemplo de lo cual es la acción emprendida por la Universidad Nacional de San Agustín, de Arequipa, Perú. Recientemente su Rector fue distinguido por una encuesta popular de diciembre de 1989, como el Hombre del Año por su

defensa de los fueros y condiciones universitarias y su esfuerzo por vincular estrechamente la institución a la realidad de esa región peruana. Así se reconocía su prolongada huelga de hambre para protestar ante el gobierno central por los escasos recursos y presionar por mayores rentas, pero también su permanente lucha por abrir los servicios universitarios a las demandas de la sociedad civil de su región. Además, el representante de la Universidad fue elegido presidente de la Asamblea Regional, máxima instancia del gobierno de la región en la nueva división política peruana. La UNSA es tal vez la única universidad que ha seguido creciendo a pesar de la magnitud de la crisis económica que se vive en el país. Ello debido a la retribución social que recibe por su estrategia de apertura.⁵

Esos cambios se están operando durante los últimos cinco años de manera muy acelerada, creando un nuevo escenario muy diferente al que conocíamos en décadas anteriores y que obliga a una revisión de varias propuestas sostenidas en el pasado.

3. EL CONTENIDO DE LAS PRACTICAS EN SALUD

Las prácticas en salud se expresan en el modo de producir servicios de atención a la salud por parte de efectores específicos. En el desarrollo de esas prácticas se establecen relaciones sociales, económicas e institucionales entre trabajadores de la salud (profesionales, técnicos, etc.), entre instituciones y con la población que es o puede ser atendida.

Esas prácticas en salud son las que incorpora predominantemente la universidad como espacio de formación e investigación. Quedan, relativamente excluidos los mecanismos autogestionarios de atención a la salud que bajo la modalidad de ayuda recíproca y solidaria se dan en cada comunidad.

La universidad privilegió como objeto de estudio y espacio de formación el modo institucional, orgánico, de atender la salud, comprometiéndose con las distorsiones derivadas de un modelo predominantemente curativo y tecnologizado. En su visión de ese modelo de atención, la universidad persistió en percibirlo como un sistema, en el que predominan orientaciones hacia el equilibrio y la cooperación entre sus partes integradas, el sector privado y el público, la seguridad social.⁶

Esa premisa de armonía constitutiva del sistema de salud, sólo se podría encontrar en los manuales normativos y en los organigramas. La realidad se movía por otra lógica, la del conflicto, la incertidumbre y la puja distributiva, y debía ser enfrentada desde la política, la economía, la sociología y no únicamente desde la administración. La crisis contribuyó a revelar esta dimensión intencionalmente oculta.

La insuficiencia de explicaciones que se circunscriben al sistema de salud para explicar las cambiantes características de sus prácticas representativas, conduce a indagar acerca del funcionamiento de las políticas sociales en su conjunto, en la actual realidad latinoamericana.

3.1. Las prácticas de salud en el contexto de las políticas sociales.

El fundamento de las políticas sociales del Estado tiene que ver con la doble necesidad de satisfacer las exigencias del aparato productivo (mantenimiento y reproducción de la fuerza del trabajo) y asegurar la conservación del orden político (legitimización, búsqueda de consenso). Esa definición del problema no nos debe hacer olvidar que no se trata de una acción lineal, ni de una "concesión" de derechos y beneficios otorgada "graciosamente" y "desde arriba"; por el contrario, está fuertemente condicionada por la movilización y organización de los grupos sociales comprometidos. En lo relacionado específicamente con la organización y financiación de servicios de salud y la diferente accesibilidad a los mismos para diferentes sectores sociales, estos dependen de la acción de tres grandes conjuntos de variables:

- a) Las necesidades del aparato productivo, medidas no sólo en términos de fuerza de trabajo, sino también en lo relacionado con la realización del plusvalor obtenido en ramas afines, como la producción de fármacos y equipamiento médico.
- b) Los niveles de organización y movilización de los diferentes grupos sociales, la manera particular como cada uno de ellos definió históricamente sus necesidades en salud y la modalidad organizativa más adecuada para satisfacerlas, las concepciones dominantes en torno a las posibilidades y límites de la "interven-

ción" médica y la definición de las condiciones de "excelencia" de la atención.

- c) Las estrategias de desarrollo puestas en práctica desde el Estado, que suponen una determinada forma de resolver la contradicción entre acumulación y distribución y, por consiguiente, una manera particular de redistribución del excedente generado por el conjunto social.

Esa interacción compleja ha producido, en los últimos tiempos, la conformación de lo que se ha dado en llamar "mosaico institucional" (diversos sub-sectores en que se divide el sistema de atención), con interrelaciones cada vez más intrincadas que se dan entre sus instituciones, la diferenciación de los grupos de población a cargo y los alcances y límites de cada una de las formas de cobertura⁷. Esas variables también inciden en las modalidades de las prácticas de salud en cada uno de los subsectores, apareciendo diferencias de organización del proceso de trabajo, en la naturaleza de las prestaciones más frecuentes, en el énfasis en las prácticas preventivas versus las curativas, en los procesos de formación de recursos humanos, las formas dominantes de captación y utilización de dichos recursos, etc.⁸

3.2. Las prácticas en salud según sector institucional.

A pesar de la reducción del gasto público en salud, los servicios dependientes del estado siguen cubriendo a la mayoría de la población latinoamericana. Esa es, a esta altura, una cobertura nominal ya que los recursos disponibles impiden dar atención adecuada a esa franja poblacional.

La relación entre cobertura e ingresos de salud refleja que en 6 países analizados, el Seguro Social cuenta entre 3 y 10 veces más recursos que el Ministerio de Salud para atender a su respectiva población. En Ecuador, el Ministerio cubre el 89% de la población con un 59% de los ingresos financieros del sector, mientras que el Seguro atiende al 11%, contando para ello con un 41% del ingreso sectorial. En la República Dominicana las diferencias son más agudas ya que para cubrir el 91% de la población el Ministerio sólo cuenta con el 53X de los ingresos.⁹ (ver Cuadro 1)

Cuadro 1: Comparación de la Distribución Porcentual de Cobertura e Ingresos de Salud entre el Ministerio y el Seguro Social en Países Seleccionados de América Latina: Circa 1980.

Países	Ministerio			Seguro		
	Cobertura	Ingresos	Razón	Cobertura	Ingresos	Razón
Colombia	82	38	0.46	18	62	3.44
Costa Rica	15	22	1.47	85	78	0.92
Ecuador	89	59	0.66	11	41	3.72
Panamá	45	34	0.76	55	65	1.18
Perú	76	50	0.66	24	50	2.08
República Dominicana	91	53	0,58	9	47	5.22

Fuentes: Basado en Cuadro 4; Rochwerger, 1987; Zschock, 1979-80

Tomado de: Mesa Lago C. *Financiamiento de la Atención a la Salud en América Latina y el Caribe, con focalización en el Seguro Social*, Estudios del IDE. Documento No. 42. Banco Mundial. Washington, D.C. 1989.

Estas diferencias entre Seguro Social y Ministerio tienden a crecer. El deterioro del Sector Público es mayor en el contexto de la crisis, ya que su atención está dirigida primordialmente a los sectores sociales con menor capacidad de presión política: los trabajadores por cuenta propia, los trabajadores rurales o los desocupados que carecen en general de formas orgánicas de defensa de sus derechos sociales.

Esa situación se ha agravado debido a los efectos nocivos de la prolongada crisis. Cifras comparativas del gasto per cápita (en dólares de 1982) en salud pública de los gobiernos centrales en 24 países de la región entre 1978 y 1984 (Cuadro 2) muestran que en sólo 2 países el gasto exhibió una tendencia creciente. Las medidas estabilizadoras y de recorte del gasto público han afectado a los servicios públicos, especialmente los de salud. La inversión en nuevas instalaciones y equipos está prácticamente paralizada y esto eventualmente tendría un efecto negativo en los niveles de salud.¹⁰

La crisis no sólo ha provocado una caída en los gastos de salud pública sino que probablemente ha incrementado la demanda por dichos servicios. El aumento del desempleo, la expansión del sector informal y el incremento de la evasión parecen haber reducido la cobertura del seguro social. Además, los programas del seguro social para extender la cobertura (al menos de la atención primaria) a las zonas rurales y

urbano-marginales (en Brasil, Ecuador y México, por ejemplo) están estancados o en declive, o sus servicios se han deteriorado. De forma que la población a cargo del sector público de salud probablemente ha crecido y, con el corte presupuestal del mismo, la calidad de los servicios de salud ha empeorado.¹¹

3.3. Las prácticas en salud como mercados diferenciados

Los datos anteriores ilustran acerca de la estructuración del mosaico institucional en términos de subsectores: público, privado y seguridad social; y las desigualdades y tensiones existentes entre ellos. Pero esa es sólo una de las perspectivas posibles para ilustrar cómo el sistema de salud no se ajusta a un estado de equilibrio armónico.

Otra perspectiva posible es la de contemplar el sector a partir de sus mercados, lo cual permite distinguir entre mercado de servicios médicos, de servicios sanatoriales y de medicamentos. Estos mercados que expresan las prácticas en salud están altamente interrelacionados y son competitivos entre sí. Por ejemplo, esos tres mercados absorben cerca del 8.0% del gasto global en salud que realiza Argentina, razón por la cual su funcionamiento individual y sus interdependencias deben verse como determinantes centrales del comportamiento del sector en su totalidad.¹²

Cuadro 2: Gasto per Capita del Gobierno Central en Salud Pública, Excluyendo Seguridad Social en América Latina y el Caribe: 1970-1984 (US dólares en 1982)

Países	1970	1978	1980	1981	1982	1983	1984
Argentina	7.98	11.47	11.38	8.56	6.03	8.27	9.80
Bahamas	n.d.	257.19	220.71	231.34	210.43	215.27	224.38
Barbados	127.46	188.65	151.16	147.06	115.47	113.65	118.98
Bolivia	5.82	7.33	10.94	5.91	2.44	n.d.	n.d.
Brasil	10.66	23.34	23.89	24.07	27.34	n.d.	n.d.
Colombia	6.04	8.22	8.34	9.18	7.89	8.73	n.d.
Costa Rica	13.61	20.88	29.16	18.09	16.76	15.80	23.34
Chile	21.16	21.61	27.08	28.49	25.99	21.12	20.64
Ecuador	2.83	10.67	12.69	16.07	14.70	11.95	13.16
El Salvador	n.d.	12.47	12.90	12.70	10.81	9.22	8.72
Guatemala	n.d.	14.50	22.47	15.71	18.34	8.89	9.38
Haití	2.44	3.03	2.70	2.62	3.81	2.98	n.d.
Honduras	8.97	15.42	15.44	15.27	15.74	15.99	13.09
Jamaica	49.72	60.18	64.63	65.10	64.10	59.53	52.70
México	n.d.	8.24	8.16	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Nicaragua	10.13	27.27	39.59	44.99	38.01	39.55	n.d.
Panamá	n.d.	20.65	33.46	32.86	34.97	37.70	n.d.
Paraguay	3.83	6.18	6.36	8.63	13.51	13.52	10.83
Perú	n.d.	12.18	10.96	13.08	n.d.	18.58	17.58
República Dominicana	14.78	20.08	24.07	25.44	14.09	13.74	12.87
Suriname	n.d.	n.d.	10.30	8.26	8.28	5.75	n.d.
Trinidad y Tobago	n.d.	42.89	41.58	47.65	80.15	81.58	70.41
Uruguay	n.d.	20.79	25.69	22.47	21.52	22.25	n.d.
Venezuela	34.93	48.93	32.31	40.05	38.22	31.32	n.d.

Fuentes: Musgrove, 1986a.

Tomado de Mesa Lago C., op.cit.

Cada uno de estos sectores prestatarios se caracteriza por tener una morfología de mercado originada en un complejo proceso histórico en el que han ido apareciendo cambios tecnológicos de origen endógeno y exógeno a la medicina (por ejemplo en fecha reciente, los provenientes de la microelectrónica y la informática), formas particulares de organización y división social del trabajo, grupos económicos con distinta capacidad de presión y lobby político, y prácticas restrictivas diversas que llevan a que el oligopolio con diferenciación de producto y la formación de precios bajo condiciones de competencia imperfecta, constituyan las tipologías de mercado prevalentes.

Dada esta situación, tenemos que esperar, a priori, que el funcionamiento de estos mercados sea más el reflejo del poder relativo de negociación de grandes grupos prestadores vis a vis grandes grupos compradores de servicios de salud, que el producto de la libre elección del consumidor y de la predominancia de reglas de juego competitivas de carácter convencional en las que ninguno de los actores cuenta con poder relativo mayor que el de sus competidores u oponentes.¹³

La gradual pérdida de poder político y económico de la medicina estatal y el crecimiento de la medicina comercial en muchos de nuestros países, hace que

nuevas formas de organización y división social del trabajo adquieran cada vez más importancia en el campo de la salud. Sobre gran parte de ellas es verdaderamente poco lo que la investigación ha logrado avanzar hasta el presente, siendo necesario un profundo esfuerzo exploratorio futuro que arroje nueva luz sobre este complejo territorio. El avance de la medicina comercial no promete mejoras en la equidad o en la eficiencia del sistema, siendo el motivo para una detenida reflexión por parte de las ciencias sociales y la universidad.

No obstante, en los otros países de la región donde la medicina estatal sigue constituyendo la principal posibilidad de atención para la mayoría de la población, son otras las relaciones económicas predominantes en el trabajo en salud. En ellos el trabajo asalariado es muy importante para todas las categorías de trabajadores. En todo caso para los médicos hay coexistencia e incluso superposición de ambos tipos de relación contractual. Es conveniente señalar que para todas las categorías de técnicos y auxiliares y para algunas categorías profesionales, la relación de dependencia institucional (pública o privada) y asalariamiento tal vez sea dominante en nuestros países.

Actualmente esta dinámica económica está determinando que las prácticas en salud estén sometidas a grandes presiones derivadas de la puja distributiva y de la competencia salvaje en el mercado laboral. El impacto negativo de la crisis y los ajustes de disminución del gasto sobre los salarios que paga el Estado y los sistemas de seguro social desfinanciados, estarían llevando a los profesionales a desarrollar nuevas estrategias de sobrevivencia.

Al multiempleo se estaría agregando modalidades de trabajo informal en servicios que no ofrecen garantías ni para la atención ni para el desempeño profesional (como clínicas "clandestinas" en el Perú), en nuevas formas de organización como las cooperativas de médicos en Uruguay, o desarrollando diversas modalidades de subempleo disfrazado.

4. LA RELACION DE LA UNIVERSIDAD CON LAS PRACTICAS EN SALUD

Hace más de quince años que estamos básicamente de acuerdo en que las prácticas en salud ejercen una influencia determinante sobre los procesos de formación de recursos humanos y que esta determinación

no es mecánica. Que la universidad tiene un margen de autonomía relativa de esta influencia, lo que explica las numerosas experiencias de transformación que con diversa suerte se han llevado adelante en casi todos nuestros países. Allí radica la convicción de los universitarios de que es posible transformar los servicios de salud y de que la universidad cumple con una función de crítica e innovación, se inserte en la realidad de los servicios y contribuya a transformarlos.¹⁴

No obstante, frente a los cambios en los servicios y en las prácticas en salud, pareciera que las facultades y escuelas no acompañaron activamente ese proceso. Aunque no fuera más que como criterio de planeamiento educacional, las tendencias de la reestructuración del trabajo en salud y la consolidación de la lógica comercial en los servicios, no fueron registrados adecuadamente.

El análisis prospectivo en sesenta escuelas de medicina de América Latina desarrollado por OPS/OMS con la participación de la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina, muestra evidencia de tal omisión. Entre los hallazgos del estudio se reporta que el 70% de las escuelas no participa con los servicios de salud, para la planificación y evaluación del sistema de salud de su área de influencia. Otro hallazgo pone en evidencia la influencia contradictoria de los modelos de práctica médica sobre los procesos de formación: no obstante que casi la totalidad de escuelas reportan un perfil de salida de "médico general" y de que se aspira a orientar la formación en función de la Atención Primaria, solamente un 17% de las escuelas fundamentan la formación profesional en la práctica general de la medicina basada en la atención primaria, desalentando la especialización temprana. Al respecto se informa también que sólo un 15% de las escuelas, al reconocer explícitamente la existencia de la práctica liberal de la medicina, organizan la formación considerando tal criterio.¹⁵

No sería difícil demostrar que la investigación universitaria realizada en los últimos años no ha tenido como objeto de estudio relevante la salud de la población, el funcionamiento de los servicios o las condiciones de trabajo profesional. El análisis prospectivo también reporta que solamente un 8% de escuelas afirman que las prioridades de investigación se fijan de acuerdo con los problemas más importantes y las necesidades de salud más relevantes de la población. Sólo un 7% de las escuelas señalan que las investigaciones

se llevan a cabo en forma integrada según las necesidades de salud, en los campos biomédico, epidemiológico y social.

Un estudio de CEAS de Quito sobre las publicaciones originales en la Universidad Central de Ecuador entre 1973 y 1984, reporta que solamente un 0.5% se refería a causas sociales de las enfermedades.¹⁶

Con los servicios, la mayoría de escuelas han seguido manteniendo el patrón de relación tradicional centrado en el uso del hospital institución, proyectado en su estructura como síntesis del modelo de medicina a seguir. Esto sucedió así, a pesar del avance de la estrategia de atención primaria, del impulso a la integración docente-asistencial, de la masividad estudiantil y las limitaciones consiguientes a la crisis.

Debemos reconocer un número, aunque todavía poco significativo, de Escuelas y Facultades que a pesar de las limitaciones señaladas, han persistido en la búsqueda de estrategias y experiencias que permitan una transformación de la actividad académica, a través del desarrollo de nuevas formas de relación con los servicios, distintas y superadoras de las tradicionales. Se podría decir que existe un avance importante en tales experiencias, en aspectos tales como la integración docencia-servicios, en la recuperación y revalorización de las ciencias básicas, en una apertura más rigurosa a la participación de las ciencias sociales en la explicación del proceso salud-enfermedad, en integrar a los espacios comunitarios y los servicios de atención primaria, y en el desarrollo de investigación en función de las necesidades de los servicios y de la población.

Esta corriente, todavía marginal, ha replanteado la orientación y la eficacia de los cambios curriculares y los programas de eficiencia pedagógica. Creo que la porfía en estas propuestas es de por sí una estrategia de transformación.

5. ALGUNAS PROPUESTAS DE TRABAJO

Frente a este escenario, de incremento de la población sin atención a la salud y de universidades limitadas en sus perspectivas de progreso, aparecen con fuerza creciente las propuestas de privatización y achicamiento del Estado. Desde interpretaciones muy particulares de la ideología liberal, se defiende en América Latina un desentendimiento del Estado respecto a algunas

funciones que le son distintivas, tales como la salud y la educación.

Esa demanda de transformación del Estado, que tiene justificación en algunos de sus planteos, soslaya sin embargo que ni la salud ni la educación pueden ser dejados al libre juego del mercado. Estas son áreas sobre las que ninguna mano invisible asegurará la equidad, la calidad y la eficiencia con la que dichos servicios se deben brindar.

En toda sociedad moderna el Estado asume esa responsabilidad de orientar, asegurar y regular la protección del derecho a la salud y a la educación. Sin embargo, en América Latina es frecuente observar cómo las posturas de los viejos y nuevos liberalismos coinciden en reclamar un retorno a un modelo de sociedad profundamente desigual en la cual el mercado era el regulador principal de la vida social.

Es claro que el problema no pasa sólo por el tamaño del Estado, sino que es obligatorio discutir su función y modo de articulación con la sociedad. En el caso de la universidad es también necesario, para su salir de la crisis y hacer efectiva su transformación, volver a discutir su sentido y su articulación social.

En este momento, la mejor defensa de la universidad ante la crisis y la amenaza del recorte de sus espacios y recursos, es avanzar en un nuevo movimiento de reforma, cumplir la promesa de su compromiso social en la formación de recursos humanos, la investigación científica y en la presentación de servicios necesarios.

La generación de propuestas universitarias que avancen en esa línea no sólo debe provenir de la propia universidad, como sucedió hasta ahora, sino que deben comprometer a los servicios y las prácticas en salud en su sentido más amplio, relacionadas con la satisfacción de las necesidades poblacionales. Siguiendo esa línea de pensamiento, existirían dos tipos de estrategias: de apertura y de modernización.

Las estrategias de apertura suponen una redefinición de las relaciones con las prácticas en salud y la sociedad, implican una decisión política de buscar en el entorno los criterios estratégicos de política universitaria, de buscar en la sociedad y sus problemas los contenidos de la misión institucional. Significa también buscar en el Estado y sus funciones los objetos del quehacer universitario. Ello supone apostar a nuevas fun-

ciones, pero también en persistir tercamente en algunas áreas de trabajo actualmente vigentes.

Algunas líneas de acción en ese sentido serían:

- Mantener la búsqueda de formas operativas efectivas de integración docente-asistencial como una demostración de compromiso real con el logro de la meta de SPT-2000 y la estrategia de Atención Primaria. Supone la ampliación de los espacios de formación y los objetos de estudio al conjunto de redes integradas de servicios y las necesidades de salud de la población.

- Avanzar en la reorientación de la formación en salud en función del proceso salud-enfermedad, como objeto de estudio y de transformación. La comprensión integral de dicho proceso biológico y social, histórico, complejo y dinámico, debe presidir las propuestas de cambio curricular, de reestructuración académica y crear las condiciones para un efectivo trabajo interdisciplinario.

- Redefinir las prioridades de investigación en el sentido de fortalecer las áreas de necesidades de salud y de respuestas sociales a dichas necesidades. Esta redefinición debe ser progresiva porque debe acompañarse de fortalecimiento de los grupos de investigación y docencia dedicados a esas áreas, creando las condiciones materiales, técnicas y financieras para tal fin. No podemos correr el riesgo del fracaso, por escasez de recursos.

Esto supone una relación de intercambio más directa con la sociedad civil y el Estado, con las agrupaciones de profesionales, con los servicios sociales en sus diversas modalidades: salud, educación, alimentación, etc.

- Construir la capacidad institucional de planeamiento educacional con una orientación estratégica, abriendo las miras hacia el futuro. Para ello debemos fortalecer nuestra capacidad de pensar el desarrollo institucional desde la política, la economía, la sociología, la comunicación y la administración desde un enfoque integrador consecuente. Así estaremos en mejores condiciones para participar en la toma de decisiones y en la formulación de programas de cambio de la situación de los recursos humanos en salud. Una función estratégica sería el acompañamiento y la evaluación de dichos procesos, sus logros y fracasos.

- Otra labor permanente es la democratización del gobierno universitario. No se trata de hacerlo más participativo o más activo solamente, se debe tratar de que la sociedad perciba a la institución universitaria como uno de los espacios de la vida democrática que deben ser protegidos y fortalecidos.

- Explorar las estrategias de descentralización en la medida que pueden generar mejores condiciones de acercamiento a la realidad social, de democratizar estructuras y posibilitar respuestas creativas a la masividad estudiantil y a la investigación científica.

Las estrategias de modernización apuntan a desarrollar la eficiencia institucional y a dar respuestas más eficaces a las necesidades de su funcionamiento. Están interrelacionadas con las de apertura y se basan en ellas.

Una de las más importantes estrategias es la de modificar el aparato administrativo y de gestión obsoleto, hipertrofiado y ajustado a un modelo de universidad ya superado. No se puede seguir con procedimientos centrados en el expediente o en el legajo, con criterios de gestión económica preinformáticos. La universidad no tiene que buscar inspiración externa para hacer estos cambios; dentro del plantel de muchas de ellas están presentes los recursos profesionales necesarios.

El dilema de la universidad actual es, en cierta forma, colocarse frente a la crisis o en la crisis, frente a las prácticas de salud o en las prácticas de salud. Si se coloca frente, la universidad puede persistir en una caracterización tradicional, o en una mera denuncia, en solamente informar sobre el agravamiento de los procesos sociales y de salud. Pero va a ser valorada socialmente como un actor externo. Si en cambio la universidad se reubica en la crisis y en la actual estructuración de las prácticas en salud, puede ser capaz de generar respuestas que impliquen transformación, apertura y modernización, formas organizativas y de enseñanza, y nuevos conocimientos que puedan alcanzar el carácter de una nueva reforma, vitalmente necesaria.

* Agradezco el intercambio de ideas con el Lic. Hugo Mercer que hicieron posible la elaboración de este trabajo y la ayuda de la Sra. Mónica Salamó.

BIBLIOGRAFIA

1. BRUNNER, J.J. La Educación Superior y la Formación en América Latina. *Revista Mexicana de Sociología*. 51, 3: 237-249, julio-septiembre, 1989.
2. DIARIO PAGINA 12. Marzo 9, 1990. Buenos Aires.
3. DIARIO CLARIN. Febrero 25, 1990. Buenos Aires.
4. DIARIO CLARIN. Febrero 25, 1990. Buenos Aires.
5. DIARIO CORREO. Diciembre 31, 1989. Arequipa.
6. TRONCOSO, M.C. y colab. El Mercado de Trabajo Médico y la Producción de Servicios de Salud en la Argentina. *Educ. Med. Salud*. 20, 4: 535-558, 1986.
7. OPS/OMS. Aumento de la capacidad operativa de los servicios de salud con vistas al logro de la meta de salud para todos en el año 2000. *Pub. Cient.* 482. Washington D.C., 1985.
8. TRONCOSO, M.C. op. cit.
9. MESA LAGO, C. Financiamiento de la Atención a la Salud en América Latina y el Caribe, con focalización en el Seguro Social. Estudios del IDE. Documento No. 42. Banco Mundial, Washington, D.C., 1989.
10. Ibid.
11. MUSGROVE, P. The Economic Crisis and its Impact on Health Care in Latin America and the Caribbean. PAHO. Washington, D.C. January, 1985.
12. KATZ, J. y colab. Organización y Comportamiento de los Mercados Prestadores de Servicios de Salud. Reflexiones sobre el caso argentino. OPS/OMS Representación en Argentina. *Pub. No.1* Buenos Aires, 1988.
13. Ibid.
14. FERREIRA, J.R. Integración Docente Asistencial y Atención Primaria de Salud. *Educ. Med. Salud*. 20, 4: 458-466, 1988.
15. OPS/OMS. Análisis Prospectivo de la Educación Médica. *Educ. Med. Salud*. 22, 3. 1988.
16. CEAS. Lineamientos para una Política Social en Salud. Quito, 1988, pp. 51.

Perfil Socio- Epidemiológico y Escenarios Cambiantes para las Prácticas en Salud en América Latina

Dr. Pedro Luis Castellanos C.
Consultor en Epidemiología
OPS/OMS Representación en la República Dominicana

"La mejoría de la medicina prolongará a la larga la vida humana, pero la mejoría de las condiciones sociales puede lograr este objetivo con más rapidez y mayor éxito."

Rudolf Virchow (1821-1902)

"Apostar por la vida es apostar por el cambio. No puedo ocuparme de la muerte porque estoy demasiado ocupado con vivir."

Leo Buscaglia

los países ha continuado descendiendo la natalidad y la mortalidad, aún cuando esta última ganancia se ha moderado. Por lo tanto, no es de esperarse que estas tendencias se reviertan, y se traducirán en una población cada vez más vieja.

Este proceso que los demógrafos denominan "transición demográfica" no ha sido uniforme entre los países y al interior de ellos entre diferentes grupos sociales, encontrándose en la actualidad una gran heterogeneidad (Cuadro 2 y Gráfico 7). Según estimaciones de CELADE, unos 7 países tienen bajas tasas de natalidad (menores de 22 por mil hab.) y tasas de mortalidad general que fueron bajas pero que actualmente son intermedias por el envejecimiento poblacional (entre 7 y 11 por mil hab.). Este grupo se caracteriza por un bajo crecimiento natural (0.8-1.4 por mil). En este primer grupo se encuentran la mayoría de los países del Cono Sur, con excepción de Chile; además de Cuba, Puerto Rico y algunos países del Caribe no latino. Otros 14 países presentan tasas de natalidad moderadas (22-34 por mil) y tasas de mortalidad general bajas o moderadas (4-11 por mil) y tienen por lo tanto una tasa de crecimiento natural moderada (1.7-2.6 por mil). En este segundo grupo están los países del área andina, y la mayoría de los del Caribe y Brasil. Un tercer grupo que incluye la mayoría de los países centroamericanos, además de Perú y Paraguay, tienen tasas de natalidad altas (superiores a 34 por mil), y tasas de mortalidad general moderadas o bajas (menores de 11 por mil), tienen una elevada tasa de crecimiento natural (2.5-3.4 por mil). Bolivia y Haití, por su parte, tienen una alta tasa de natalidad, pero una alta tasa de mortalidad general, y por ello su crecimiento natural es moderado; los cambios económicos y políticos ocurridos en Bolivia se podrían traducir en la reducción de su mortalidad y se incorporarían por lo tanto al tercer grupo de países. En el caso de Haití, la situación no ha tenido hasta ahora cambios significativos en estos campos. La dinámica demográfica en estos cuatro grupos de países aparecen ilustrados en el Gráfico 8.(10)(11).

Deterioro de las condiciones de vida.

Hasta mediados de la década de los 70, América Latina y el Caribe cumplió un período de por lo menos tres décadas de crecimiento económico y mejoramiento progresivo de las condiciones de vida. En este período se mantuvieron o profundizaron las diferencias de condiciones de vida y de salud de diferentes grupos de población, pero los gobiernos dedicaron entre el 30

y el 65% de su gasto total a los sectores sociales, como mecanismo compensador del impacto de la desigualdad distributiva que conllevó a una fuerte concentración del ingreso en los años 60 y 70, por ello las tendencias generales, como promedio, fueron favorables en la mayoría de los países.

Los años 80, en cambio, se caracterizaron por el estancamiento o retroceso económico, el lastre de la deuda externa y altas tasas de inflación. Las políticas de ajuste cortaron el gasto social y condujeron al deterioro de los servicios públicos y de la calidad de la vida en la mayoría de los países de la región (Cuadro 3 y Gráfico 9). Con excepción de Colombia y Chile, prácticamente todos los países vieron decrecer su Producto Interno Bruto y tuvieron crecimiento económico negativo. Estos dos países vivieron circunstancias excepcionales que favorecieron la inversión, pero no hay razones para suponer que mejoró la distribución social del ingreso. Por el contrario, en Chile, recientes informaciones de reconocidos economistas parecen demostrar que entre 1969 y 1989 la pobreza aumentó del 20.1% al 41.2% y la indigencia del 8.4% al 14.9% (12)(13)(14)(15).

Por ello, muchos de los problemas existentes en América Latina se agravaron y otros nuevos aparecieron. El desempleo urbano, que hasta mediados de los años 70 fue estimado por PREALC alrededor de 7%, ya en 1980 era del 8.9% y en 1985 fue estimado por CEPAL en por lo menos 11% y con una clara tendencia a crecer en los próximos años. (16)(17) El subempleo urbano que en 1950 era del 13%, en 1970 era de 17% (PREALC) y en 1980 ya era del 19% (CEPAL), superando en la actualidad, muy probablemente el 20% de la población económicamente activa. (16)(17)(18)

La proporción de la población bajo los límites de la pobreza, que en 1970 había llegado al 26%, con franca tendencia a reducirse en varios países del Continente, para 1985 fue estimada por arriba del 30% y en muchos países superaba con creces el 50%. Para 1990 se ha estimado que por lo menos 37 millones de latinoamericanos estaban en condiciones de indigencia, es decir tenían ingresos familiares inferiores al costo de los requerimientos mínimos de alimentación. (19)

Al mismo tiempo, el deterioro de los servicios públicos y de la accesibilidad a viviendas saludables, se traduce en que los principales centros urbanos del Continente y de cada país tengan una elevada proporción de población habitante de zonas marginales e

insalubres. Esta proporción fue estimada para Bogotá en 65% (1972), para México, Lima y Sao Paulo, por lo menos en 40%, 33% y 32% (1980) respectivamente, y para Caracas (1985) alrededor del 50%,⁽²⁰⁾

El explosivo crecimiento de los centros urbanos, terminó por rodear las instalaciones industriales, generalmente ubicadas en valles inadecuados, exponiendo amplios sectores de población a la contaminación industrial, la cual además ha contaminado severamente las fuentes de agua. El suministro de agua potable y alcantarillado se ha deteriorado considerablemente. Aun cuando las cifras reportadas evidencian que el 86.1% de la población urbana de América Latina tiene instalaciones de agua potable, por lo menos 5 países reportaron oficialmente una reducción de su cobertura entre 1969 y 1985, y el flujo del líquido se ha hecho francamente insuficiente e inadecuado en numerosas ciudades. La cobertura de alcantarillado es deficiente en la mayoría de los conglomerados urbanos y por lo menos en 7 países la cobertura urbana es inferior al 50% de la población.⁽²¹⁾

Las congestionadas ciudades se llenaron de vehículos, afectando seriamente la calidad del aire. La producción de desechos sólidos rebasó con creces los servicios. Sólo la ciudad de México produce diariamente más de 14.000 toneladas por día, y las ciudades, que ya habían contaminado fecalmente sus cursos de agua, han visto incrementarse la población de roedores, moscas, *Aedes* y otros mosquitos y vectores, creciendo los riesgos de epidemias por enfermedades transmisibles. La tala, la quema y la explotación indiscriminada de los bosques ha comprometido seriamente la calidad de los suelos y el caudal de nuestros ríos.

Los conflictos sociales se acrecentaron, la violencia delincinencial y las guerras reaparecieron o se exacerbaban, y las mafias internacionales del tráfico de armas y del tráfico de drogas consolidaron sus posiciones influyentes en muchas de nuestras sociedades. Según el Banco Mundial, en una muestra de 20 países subdesarrollados, los gastos en salud, entre 1973 y 1986, bajaron del 5.5% al 4.21% del gasto del gobierno central, mientras que los gastos militares se incrementaron del 12.7% al 15.2% en el mismo período.⁽²²⁾

CAMBIOS EN LOS PERFILES DE SALUD

Algunos autores familiarizados con la teoría de la transición demográfica han utilizado el término de

"transición epidemiológica" para destacar el hecho de que la situación de salud, actualmente en América Latina, presenta una mezcla de características de mortalidad y morbilidad que son semejantes a las de las regiones más desarrolladas del mundo (importancia de las enfermedades crónicas y degenerativas y accidentes entre las causas de mortalidad general, las cuales se relacionan con el envejecimiento de la población y el deterioro del medio ambiente urbano), con características de países muy atrasados desde el punto de vista sanitario (altas tasas de mortalidad infantil y, en menores de cinco años, alta frecuencia de enfermedades transmisibles, etc.). Desde este punto de vista, nuestro Continente estaría en transición hacia estados superiores de salud, tal como sucedió en países desarrollados en el período de la llamada "primera revolución epidemiológica".⁽²³⁾⁽²⁴⁾

En nuestra opinión, esta denominación no describe adecuadamente la situación actual en América Latina, la cual si bien se caracteriza por una gran heterogeneidad entre los países y entre grupos sociales, lejos de avanzar, parecería haberse deteriorado sensiblemente en los últimos diez años. Muchos de los éxitos alcanzados en la reducción de la mortalidad no fueron un reflejo de un mejoramiento generalizado y sostenido de las condiciones de vida de la población, como ocurrió en la "primera revolución epidemiológica" de los países desarrollados, sino una mezcla del impacto favorable de las condiciones de vida, sobre todo de algunos sectores sociales, el proceso de urbanización y la aplicación masiva de adelantos tecnológicos en la prevención y en la atención de problemas de salud a través de los sistemas de salud, en un período donde se expandió considerablemente la cobertura y accesibilidad de los servicios y programas, sobre todo del sector público.

En los años 80, como ha señalado UNICEF: "...aumentaron los casos de desnutrición y de bajo peso al nacer y las tasas de mortalidad infantil entre la población más pobre de los países latinoamericanos y del Caribe..."⁽²⁵⁾

La mortalidad General.

Si utilizamos la esperanza de vida al nacer como un indicador resumen de los riesgos de morir de nuestras poblaciones, encontramos que, según las mejores estimaciones, América Latina en los últimos 40 años logró una importante reducción de la mortalidad, sobre todo en menores de 5 años, logrando elevar considera-

blemente este indicador entre 1950-55 y 1970-75 de 51.8 años a 61.2 años, para un ritmo de incremento de 2.4 años cada quinquenio. Entre 1970-75 y 1985-90, la ganancia se moderó, de tal forma que aun cuando la esperanza de vida alcanzó 66.6 años, el incremento por quinquenio fue solamente de 1.8 años. Esta reducción se manifestó también en el Caribe no latinoamericano donde los incrementos fueron de 2.7 y de 1.8 años respectivamente para los mismos períodos, alcanzando 72.4 años. Estados Unidos y Canadá, que tenían valores significativamente mayores en 1970-75, no sólo mantuvieron sino que incrementaron el ritmo de ganancia en el período posterior (Cuadro 4 y Gráfico 10).⁽²⁶⁾

De continuar las tendencias actuales, la región latinoamericana en su conjunto, no alcanzará ni siquiera en el año 2025 las cifras que actualmente tienen los países desarrollados del Continente. La esperanza de vida al nacer a niveles nacionales y para el momento actual fluctúa entre 53.1 años en Bolivia y 75.2 años en Cuba y, a menos que ocurran cambios significativos, para el año 2000 se estima que por lo menos en 2 países será 10 años por debajo de 70 años, meta mínima establecida por los compromisos de "Salud para Todos"; peor aún, no la alcanzarían ni en los 40 años posteriores a dicha fecha. Por lo menos en 5 países este indicador estará por debajo de la meta acordada. Otros 9 países que lograron avances significativos en reducir la mortalidad hasta los años 70, han frenado a tal punto sus incrementos que podrían no alcanzar la meta mínima. Sólo 9 países latinoamericanos y todos los del Caribe (no latino), rebasarían esta meta en el 2000. Entre ellos solamente 6, además del Caribe, tienen actualmente 70 años o más. Es destacable que Cuba y Costa Rica constituyen situaciones excepcionales, puesto que no obstante haber tenido en los años 50 expectativas de vida al nacer inferiores a 60 años, tienen en la actualidad alrededor de 75 años similar a Estados Unidos, y en el año 2000 tendrían alrededor de 76; constituyendo así, en los hechos, los más exitosos esfuerzos en este campo (Cuadro 5).⁽²⁷⁾

Con base a este indicador pueden establecerse cinco grupos de países latinoamericanos y dos entre los países del Caribe no latino (Cuadro 4).

Es razonable asumir que esta heterogeneidad entre los países es igual o mayor entre diferentes sectores sociales, puesto que la mortalidad infantil puede ser hasta dos o tres veces mayor en los grupos con peores condi-

ciones de vida, con respecto a los más favorecidos de su propio país.

Utilizando las tasas específicas de mortalidad por grupos de edad observadas en Cuba y Costa Rica, la OPS/OMS ha preparado un modelo teórico que permite estimar el número de muertos actuales que sería necesario evitar en cada país, en cada grupo de edad y en cada grupo de causas para alcanzar la meta de 70 años, en el caso de países que no la han alcanzado, o para alcanzar los 75 años, cifras actuales de estos dos países, para aquellos que ya han alcanzado o superado la meta mínima (Cuadro 5).

Con base a este modelo puede estimarse, como una razonable aproximación obviamente supeditada a la calidad de la información disponible, que los países como Bolivia y Haití para alcanzar 70 años de EVN, tendrían que reducir alrededor del 59% de sus muertes actuales, que el 60% de estas muertes a evitar corresponden a menores de 5 años y, aun cuando la deficiente información no permite una estimación precisa, por lo menos el 90% de ellas corresponden a enfermedades transmisibles (Cuadro 6 y Gráfico 11).⁽²⁸⁾

En el segundo grupo, ejemplificado con Guatemala, para alcanzar 70 años, deberá reducirse alrededor del 38% de las muertes y de ellas el 53.8% deberán evitarse en menores de 5 años y 22.4% entre 15 y 39 años de edad. El 88.3% de las muertes evitables de menores de cinco años, corresponderían a enfermedades transmisibles y alrededor del 11.7% a afecciones del período perinatal (Cuadro 6 y Gráfico 12).

Los del tercer grupo, ejemplificado por México, ya se encuentran alrededor de los 70 años. Para alcanzar los 75 años que actualmente tienen Cuba y Costa Rica deberán reducir alrededor del 33% de sus defunciones, de las cuales el 45% corresponden a menores de 5 años y más del 66% entre 5-39 años. El 54.5% de las muertes evitables en este último grupo, corresponden a causas externas: accidentes, suicidios, homicidios (Cuadro 6 y Gráfico 13).⁽²⁹⁾

En el cuarto grupo, ejemplificado por Argentina, que ya rebasaron los 70 años de EVN, para alcanzar los 75 años del modelo, deberían reducir alrededor del 18% de sus muertes, pero sólo el 22.8% corresponderían a menores de 5 años y en cambio alrededor del 68% serían de 40 o más años de edad y alrededor del 60% de estas muertes evitables en este último grupo,

corresponden a enfermedades del aparato circulatorio y sólo el 7% a enfermedades transmisibles (Cuadro 6 y Gráfico 11).⁽³⁰⁾

Al revisar la mortalidad por causas y por grupos de edad, la principal dificultad es la variedad de los niveles de subregistro y de calidad de la certificación de las causas de muerte. Es razonable asumir que tanto el subregistro como las deficiencias en la certificación son mayores en los países y grupos sociales con peores condiciones de vida y menor desarrollo de los servicios, y esto puede inducir serios errores en la comparación. Sin embargo, trabajando con grandes grupos de causas y solamente con los países que cumplen requisitos mínimos de subregistro y de certificación médica de las muertes, puede apreciarse que en los países del segundo grupo, ejemplificados por Guatemala, las enfermedades transmisibles constituyen una importante causa de muerte en todos los grupos de edad (más del 30% con excepción de 15-39 años) y representan más del 60% en menores de quince años. Es razonable asumir que en los países del primer grupo esta situación es más acentuada, pero la calidad de la información no permite una comparación (Cuadro 7A).⁽³¹⁾

En los países del tercer grupo, ejemplificados por México, las enfermedades transmisibles representan poco menos del 50% de las muertes en menores de cinco años y una proporción mucho menor en las otras edades. Entre los 5 y 40 años predominan las causas externas y luego las del aparato circulatorio (Cuadro 7A).

En el cuarto grupo, ejemplificado por Argentina, las transmisibles son alrededor del 20% de las muertes menores de cinco años y son superadas por las afecciones del período perinatal. Entre 5 y 39 años predominan las causas externas y posteriormente las del aparato circulatorio y tumores. (Cuadro 7A).⁽³²⁾

En Cuba y Costa Rica, las enfermedades transmisibles no constituyen la principal causa de muerte en ningún grupo de edad (Cuadro 7B).

Esta situación se refleja al calcular los "años potenciales de vida perdidos". Las enfermedades transmisibles son responsables de alrededor del 55% de los A.P.V.P. en países como Guatemala (y más aún en el primer grupo), alrededor del 33% en el tercer grupo y menos del 5% en Argentina (Cuadro 8).⁽³³⁾

Algunos problemas específicos.

En los últimos años, las ganancias en la reducción de la mortalidad por enfermedades diarreicas, no obstante los éxitos alcanzados por algunos países debido a la difusión de la rehidratación oral, han sido moderados para muchos otros países, probablemente debido a las limitaciones de accesibilidad a este programa. Como se aprecia en el Cuadro 9, los mayores descensos corresponden precisamente a los países que ya tenían bajas tasas de mortalidad por esta causa entre los menores de cinco años. Por ello, como se observa en el Cuadro 10, existe una variedad de las tasas de mortalidad específicas, que se corresponde en líneas generales con la clasificación ya señalada anteriormente. La incidencia de cuadros diarreicos continúa siendo muy elevada, aun en aquellos países que han reducido la mortalidad por esta causa, y se ha estimado que cada niño latinoamericano presenta entre dos y siete episodios diarreicos por año hasta los cinco años de edad (Cuadro 11).⁽³⁴⁾

Es bastante conocido que las medidas de prevención de cuadros diarreicos se relacionan fuertemente con las condiciones de saneamiento básico, con el nivel educativo de la población sobre todo en los hábitos de aseo e higiene personal y con la lactancia materna (Cuadro 12). Por ello no es de extrañar que persistan como un importante problema durante la década pasada y que se proyecten como tal para el futuro.

La mortalidad por enfermedades respiratorias agudas y particularmente las Neumonías, constituye otro problema relevante en nuestro Continente y su reducción ha sido considerablemente baja en los últimos años. Peor aún, en algunos países las tasas tienden a aumentar (Cuadro 13). Según estudios realizados en diferentes países a nivel internacional, puede estimarse que un niño presenta entre 5 y 7 episodios de enfermedades respiratorias agudas por año hasta los cinco años de edad, aun en países desarrollados. La mortalidad depende así, altamente, del estado general de los niños y de la calidad y precocidad de la atención recibida (Cuadro 14).⁽³⁵⁾

Las Hepatitis A tienen carácter endemo-epidémico y son enfermedades peculiares de la infancia en nuestro Continente, con la excepción de Canadá, Estados Unidos y algunas islas del Caribe. Las Hepatitis B, se han extendido considerablemente y en los últimos años se han hecho estimaciones que indican (Gráficos 14 y 15)

altas tasas de prevalencia de infección en varios países, destacándose como muy altas en República Dominicana y algunas zonas de Brasil. Sin embargo, se considera que en las áreas más pobres del Continente, la prevalencia, aunque mal conocida, debe ser elevada, con el agravante de que en algunas zonas se ha comprobado la circulación del virus Delta, con un considerable aumento de letalidad y de un número no precisado de casos debido a virus no A no B. Se considera que la prevalencia de portadores y la incidencia de casos de diferentes tipos de Hepatitis va en aumento progresivo en América Latina, aunque su distribución está influenciada por razones de índole socioeconómica, étnica y ecológica.(36).

La infestación por *Aedes aegypti* se incrementó considerablemente en la última década. Como puede apreciarse en el Gráfico 16, con la excepción de Costa Rica y Cuba, todo el resto de América Latina y el Caribe ha visto empeorar su situación o no han mejorado. Por ello en los años 80 y en la actualidad, el Dengue se ha hecho endémico en la mayoría de las ciudades con clima tropical, y por primera vez en la historia de América tuvimos dos epidemias de Dengue Hemorrágico, las cuales no sólo significaron un importante número de defunciones, sino además el consumo de cuantiosos recursos de atención médica y de saneamiento, además de afectar seriamente la producción y la vida social. Esta situación permanece como una amenaza permanente en la mayoría de nuestras ciudades. No se han reportado brotes de Fiebre Amarilla urbana desde 1929 en Rio de Janeiro, pero la alta infestación con *Aedes aegypti* constituye un alto riesgo para esta enfermedad en áreas donde la inmunidad por vacunación no sea satisfactoria.(37)

En la actualidad se estima que alrededor del 40% de la población latinoamericana, es decir 280.7 millones de personas, están expuestas al riesgo de enfermar por Malaria. El número de casos aumentó considerablemente entre 1985 y 1988 de 910.917 a 1.100.000 diagnosticados, no obstante la presunción de que en muchos países se ha incrementado el subregistro de casos como consecuencia del deterioro de los servicios.(38)

El número registrado de casos de Peste aumentó de 516 casos en 1981-84 a 754 (46.1%) en 1985-88. Los casos se han concentrado en dos países (Perú y Bolivia).(39)

Se estima que alrededor de 70 millones de sudamericanos están expuestos al riesgo de Bilharzia, pero sólo 3 de estos países tienen programas de control (Brasil, Venezuela y Surinam). Prácticamente en todo el Caribe no latino y en República Dominicana existen focos importantes de Schistosomiasis cuya superficie y población se ha expandido en los últimos años.(40)

La Lepra, endémica en la mayoría de los países latinoamericanos, ha tenido un incremento significativo del número de casos registrados, sobre todo en Brasil. Actualmente la prevalencia es de por lo menos 330.000 casos conocidos.(41)

El riesgo de infección por Tuberculosis se mantiene alrededor de 1% para el conjunto de nuestros países, pero el rango varía entre 0.2 y 0.5% en Costa Rica y Cuba y 2 y 4% en Haití y Bolivia. Se considera que en América Latina hay por lo menos 80 casos bacilíferos por cada 100.000 habitantes y la tendencia a la reducción es prácticamente nula (menor del 5% anual). Esta tasa de prevalencia, muchas veces utilizada como indicador de calidad de vida y de los servicios de salud, es menor del 10% en Cuba, alrededor del 20% en países como Venezuela, alrededor del 70% en los países Centroamericanos (excepto Costa Rica) y más de 100% en Haití y Bolivia.(42)

La infección por HIV que a comienzos de la epidemia en los primeros años de los 80 tenía una distribución característica por grupos de alto riesgo, adquiere cada vez más, en los países subdesarrollados, el carácter de una patología socialmente distribuida, con predominio entre los más pobres y transmitida heterosexualmente, con un creciente porcentaje de casos de transmisión perinatal y actualmente plantea serios retos a los epidemiólogos para la identificación de los verdaderos factores de riesgo de la población general. Desde 1983 hasta finales del 89, se han registrado alrededor de 123.000 casos en América de los cuales un 86% corresponden a Estados Unidos. Sin embargo, las más altas tasas corresponden a los países del Caribe (60.8 casos por cien mil habitantes en el Caribe no latino y de 38.4 en el Caribe latino), algunos de los cuales tienen tasas hasta de 300 y 500 casos por cien mil personas.(43)

Las enfermedades prevenibles por vacunas constituyen uno de los pocos campos en los cuales, en la última década, se han obtenido ganancias importantes en nuestro Continente, desde que en 1977 se estableció

el P.A.I. en las Américas, obteniéndose así un fuerte apoyo financiero internacional sobre todo para los países más pobres. Para fines de los años 70 sólo el 30% de los nacidos vivos recibían cobertura de un esquema de vacunaciones mínimo. En 1988 las coberturas reportadas para menores de un año fueron de 83% con Polio oral trivalente, 65% con antisarampión, 60% con DPT y 72% con BCG. Se estima que por lo menos 10.000 muertes han sido evitadas al igual que por lo menos 5.000 casos de Polio.⁽⁴⁴⁾

El impacto más significativo de este esfuerzo ha sido la reducción y posible eliminación a corto plazo de la Poliomieltis. Sólo 4 casos fueron reportados en 1989 y correspondieron a un reducido número de municipios. Sin embargo, aún más de 4 millones de niños no reciben un esquema de vacunación adecuado antes de cumplir un año de vida, y la cobertura de Toxoide Tetánico en embarazadas es demasiado baja, razón por la cual se estima que aún alrededor del 60% de los niños que nacen están potencialmente expuestos a Tétanos Neonatal si no tienen una adecuada atención prenatal y perinatal.

Con este rápido bosquejo hemos querido destacar que en los años 80 hubo retrocesos considerables en los avances que América Latina había conseguido en períodos precedentes en lo que atañe a las enfermedades infecciosas. A este panorama se suma la creciente importancia de las enfermedades crónicas y degenerativas. Las enfermedades cardiovasculares, los tumores, y las muertes por violencia, han emergido como las principales causas específicas de mortalidad general registrada en la mayoría de los países del Continente. La mayoría de estas causas presentan tasas progresivamente ascendentes, sobre todo en los grupos de edad superiores a los 40 años, sin que sea previsible que, a corto plazo, se desarrollen programas de prevención capaces de impactar esta tendencia debido a su elevado costo y, soatatre todo, al deterioro de los servicios de salud.⁽⁴⁾

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad diagnosticada en la población general en casi todos nuestros países; y, en general, sus tasas específicas tienen tendencias ascendentes. Si se exceptúa Haití y Bolivia, por las deficiencias de la información disponible, sólo en 4 países quedan relegadas al tercer lugar. Los tumores malignos ocupan el segundo lugar en la gran mayoría, con excepción de Chile, Uruguay, Costa Rica y Martinica, donde ocupan

el primer puesto. Sólo en los países más pobres de Centroamérica, no aparecen en las primeras cinco causas. Sus tasas son ascendentes en la mayoría de los países. Igualmente las muertes violentas y las enfermedades cerebrovasculares ocupan lugar preeminente entre las muertes diagnosticadas y tienen en general tendencias ascendentes.⁽⁴⁶⁾

Es interesante destacar que en muchos países desarrollados, las tasas de mortalidad específicas por edad de estas patologías han comenzado a descender, demostrando que muchas de estas muertes son evitables si se organizan programas adecuados y se incrementa la accesibilidad. Esta afirmación se corrobora si recordamos que la prevalencia de hipertensión arterial entre adultos se ha estimado en base a varios estudios entre el 15% y el 30% de la población general. Sin embargo, en dichos estudios entre el 50% y el 80% de estos hipertensos desconocían que lo fueran. Por otra parte, mientras en Estados Unidos la prevalencia de fumadores se redujo entre los hombres del 51% al 29% y en las mujeres del 33% al 24% entre 1965 y 1986, todas las evidencias señalan que en América Latina se ha incrementado considerablemente el hábito de fumar, sobre todo entre los jóvenes y las mujeres.⁽⁴⁷⁾

Las respuestas de los sistemas de salud.

Los países de la región hicieron, en su mayoría, grandes esfuerzos en las décadas pasadas por desarrollar la infraestructura de servicios de salud, sobre todo de atención médica. Latinoamérica y el Caribe alcanzaron a tener más de un millón de camas hospitalarias, más de 65.000 unidades de atención ambulatoria y una fuerza laboral estimada en más de 2.6 millones de trabajadores.⁽⁴⁷⁾ Este esfuerzo se orientó, sin embargo, a desarrollar servicios fuertemente centralizados, predominantemente curativos y con énfasis en instituciones de alta tecnología, orientados básicamente a la atención de las demandas espontáneas de la población y con base en acciones unilaterales, predominantemente individuales y, en general, respuestas aisladas con poco impacto en las causas y procesos determinantes de los perfiles de salud, generalmente concentrados en los principales centros urbanos y periurbanos de mayor densidad poblacional. Estas características fueron fuertemente reforzadas por las luchas gremiales, generalmente dirigidas a reivindicaciones de carácter hospitalario donde se concentra la mayoría del personal. Este modelo asistencial terminó por incorporar patrones de consumo tecnológico de alto costo y poco

evaluados desde el punto de vista de su costo-beneficio y de sus impactos desfavorables. Todo esto, sumado a la falta de coordinación, la deficiente capacidad epidemiológica y de planificación, y el escaso desarrollo de la capacidad gerencial, fueron las bases para los altos costos operativos y la tan criticada ineficiencia del gasto público en servicios de salud, lo cual contribuyó a reforzar en el mercado la demanda de servicios privados, desarrollándose así complejas instituciones empresariales de atención médica, muchas de las cuales se han beneficiado directa o indirectamente del traspaso de recursos desde el sector público.

Las políticas de ajuste, en la década de los 80, se tradujeron en una reducción de los recursos disponibles y por lo tanto en la necesidad de sacrificar programas y coberturas. Se redujeron los recursos de operación, y la adquisición de materiales, manteniéndose, hasta lo posible, el personal. En consecuencia, la proporción gastada en personal sobrepasó el 90% de los presupuestos asignados; es decir que muchos de los servicios se convirtieron en estructuras de personal sin posibilidades de operar satisfactoriamente. Se deterioró la capacidad de supervisión y frecuentemente se congelaron los salarios del personal más calificado dedicado a tareas administrativas. Sólo el personal sindicalizado o agremiado obtuvo mejoramientos salariales que lo defendieron del proceso inflacionario. Todo ello, sumado a la inestabilidad, han hecho poco atractivas las posiciones directivas y administrativas del sector público en salud y, cada vez más, el personal más calificado dedica una proporción creciente de su tiempo a otras actividades remuneradas. Se deterioró la mística y el sentido de compromiso de los servidores públicos que ya no recibieron más la retribución del reconocimiento y la gratitud de la ciudadanía y a cambio de ello, recibieron cada vez más la condena y la desconfianza.

La consecuencia de todo este proceso de deterioro es que más de 130 millones de personas en América Latina no tienen acceso regular a servicios básicos de salud y, a esta cifra, se agregarán 160 millones de nuevos habitantes por el crecimiento poblacional hasta el año 2000. Por lo tanto, para lograr la meta de cobertura universal de servicios básicos de salud, será necesario desarrollar la capacidad de atender a 290 millones de personas adicionales a aquéllas que ya tienen acceso a dichos servicios.⁽⁴⁸⁾⁽⁴⁹⁾

Este deterioro ha alcanzado también los servicios de salud de Estados Unidos. Recientes publicaciones

periodísticas señalan que sólo en Nueva York, 53 hospitales privados se encuentran al borde de cerrar y en la ciudad de Washington, los servicios públicos presentan tal grado de congestión que en promedio una persona que acude a emergencia debe esperar 10 horas para ser atendido⁽⁵⁰⁾⁽⁵¹⁾ En la ciudad de Chicago, los servicios han sido declarados en emergencia y reorganización⁽⁵²⁾, y siete hospitales han cerrado por la carencia de pago de sus pacientes. Todo ello como consecuencia del deterioro de la accesibilidad de la población a los sistemas de seguros. La tasa de mortalidad infantil en la ciudad de Washington ha llegado a ser superior que la de muchos países de América Latina.

En el marco de la crisis, la tendencia predominante en Latinoamérica ha sido la de concentrar más los recursos en la atención de la demanda individual espontánea, con mayor debilitamiento de los esfuerzos por transformar la situación de salud y sus determinantes. La excepción ha sido en acciones de tecnología simple como las vacunaciones, que con una amplia cobertura han logrado impactar el comportamiento epidemiológico de algunas enfermedades. Al mismo tiempo, se han incrementado considerablemente las demandas y críticas a la organización del sector público de servicios.

Muchas de estas críticas, sin embargo, no parecerían orientarse a la transformación de los sistemas de salud para reorientarlos en función de las necesidades y grupos prioritarios con base a programas integrales y multisectoriales que ataquen los procesos causales; sino por el contrario, al reforzamiento de su carácter predominantemente curativo, asistencialista e institucionalizado; y plantean la organización privada y lucrativa de los mismos con base en la esperanza de una mayor eficiencia sin mayores preocupaciones por la eficacia y la equidad de las acciones.

En los últimos tiempos han cobrado cierto auge las propuestas de descentralización y, entre ellas, las propuestas de los denominados Sistemas Locales de Salud, concebidas como un proceso de transformación general de los sistemas de salud en función de las necesidades prioritarias, la descentralización y la participación de la población. Es decir, como la expresión organizativa de las estrategias de atención primaria. Estas propuestas son así contradictorias con la tendencia predominante en muchos países, hacia acciones de atención primaria selectivas de amplia cobertura y con-

centración en pocas instituciones de la atención de la demanda.

ALGUNAS IMPLICACIONES POLITICAS

El eje de las discusiones en el ámbito que ahora nos ocupa, se ha trasladado de los problemas de salud de la población hacia los problemas de financiamiento de los servicios y, más particularmente, en torno al carácter público o privado que deben tener los mismos. Esta discusión, que hoy tiende a polarizar y delimitar bandos "progresistas" Y "reaccionarios", en nuestra opinión, no refleja las verdaderas disyuntivas para los proyectos en salud en nuestro Continente. No sólo porque soslaya los problemas de salud de la población como punto de partida de la discusión sobre las acciones necesarias, sino porque tiene un carácter básicamente ideológico, en el sentido de deformador de la realidad.

En tanto que los estados tienen diferente configuración, diferentes correlaciones de fuerzas sociales, diferentes momentos históricos, no puede asumirse que "el sector público" tiene el mismo carácter en todos los países. El gobierno central, los gobiernos de los estados y los municipales, pueden tener un grado variable de participación en el sector público de servicios. Los ministerios, las instituciones de seguros sociales y otras, tienen variable peso en los países. Por otra parte, los modelos asistenciales dentro del sector público, varían desde estructuras altamente burocratizadas y centralizadas, hasta otras ampliamente descentralizadas y participativas. Las propias fuentes de financiamiento pueden variar desde aquéllas donde el gobierno central asume todo el financiamiento hasta aquéllas donde los usuarios tienen que soportar una proporción importante de los costos operativos. En términos de eficiencia y eficacia, la variedad en el sector público es casi infinita. Su significado político y su impacto sobre la población son muy diversos.

En fin, resulta una inaceptable simplificación asumir que la expresión sector público corresponde a una realidad unívoca y universalmente admitida. De hecho, estamos seguros que muchos de quienes ante esta falsa disyuntiva no vacilan en asumir la defensa del carácter público de los servicios de salud, sostienen posiciones de dura crítica y aspirarían a profundas transformaciones de los sistemas de salud de la mayoría de nuestros países.

Por otra parte, es igualmente inadmisibile que se identifique el sector privado con la organización empresarial de los servicios de salud. Sin duda, este es el modelo hegemónico en el sector privado en nuestro Continente, pero no lo es en otros ámbitos geográficos y está lejos de ser el único en nuestros países.

Por el contrario, existen numerosas modalidades organizativas de servicios privados de salud, de carácter no empresarial, tales como las fundaciones, las mutuales, las autogestionarias y muchas otras. Más aún, existen ejemplos numerosos donde instituciones de carácter privado se insertan en sistemas nacionales y cumplen una función mucho más eficaz que en aquellas situaciones donde se organizan de manera aislada. Por último, no es posible aludir al sector privado sin considerar que su heterogeneidad en nuestros países está íntimamente relacionada con la propia organización social y técnica del trabajo a su interior, y con el grado de desarrollo de la tecnología. Así encontramos, dentro del llamado sector privado, desde organizaciones claramente artesanales hasta complejos empresariales con características francamente monopólicas. Su significado político y su impacto sobre la población son igualmente variados.

El sensible deterioro de las condiciones de vida de las mayorías durante los años 80 tuvo importantes implicaciones político-ideológicas. Prácticamente todas las dictaduras militares que se entronizaron en América Latina, fueron liquidadas en los últimos años, abriéndose paso a procesos de democratización bastante complejos y variados de uno a otro país. Pero también ocurrió que muchos de los gobiernos de regímenes democrático-representativos y, aún, procesos revolucionarios y populares han sido fuertemente desestabilizados y sustituidos por sus opositores políticos más acerbos.

Nuestra población, que en los decenios anteriores vió mejorar sus condiciones de vida, elevó sus aspiraciones y se movilizó alrededor de sindicatos, gremios y proyectos políticos tras la ilusión de progreso social, en esta década de los años 80, que ha sido llamada por muchos "la década pérdida", ha visto frustradas sus ilusiones de progreso. En muchos casos ha perdido la fe en los proyectos políticos, los cuales, desde el gobierno o la oposición, le aparecen como obsoletos y decadentes ante una realidad que parece rebasarlos. En otros casos, parecería dar la espalda a quienes han repre-



21 OCT. 1991

sentado su mejor esperanza de un futuro mejor, abrochándose a la ilusión de obtener en el presente inmediato el elemental derecho a vivir en paz, aún cuando ello pueda sacrificar el anhelado futuro.

Numerosos contingentes migran tras el espejismo de una vida mejor que antes relumbraba en las grandes ciudades de nuestro Continente y ahora se ubica sólo en países más desarrollados, o resisten, adoptando las más variadas estrategias de sobrevivencia, refugiándose en las respuestas individuales, rechazando la acción social colectiva, desconfiando de los liderazgos y de las instituciones y, en definitiva, de todo lo que no les resulta inmediato y tangible. Este pragmatismo de la lucha por la sobrevivencia, correlato de las deterioradas condiciones de vida de las poblaciones, son las dos caras de la moneda en que se contabiliza la inmensa "deuda social" acumulada por nuestras sociedades, que ha erosionado la propia representación social de nuestra condición de ciudadanos y, por lo tanto, de nuestra noción de los derechos y deberes sociales.

Ante esta situación crujen las instituciones de nuestras sociedades ya precozmente envejecidas, pero ella constituye, al mismo tiempo, el piélago donde se han venido gestando y del cual necesariamente emergerán los nuevos proyectos capaces de renacer y concertar nuevamente la esperanza colectiva de reformar nuestros estados, de enaltecer nuestra condición de ciudadanos orgullosos de nuestros patronímicos y de nuestra condición de latinoamericanos.

SOBRE EL PAPEL DE LAS UNIVERSIDADES

Al intentar describir sin maquillajes la cruda realidad de la salud y los servicios, nuestro propósito no ha sido sembrar más angustia y desesperanza, sino destacar algunos de los puntos que pueden y deben ser modificados a corto plazo y que constituyen la más sombría faceta de los programas de ajuste económico en nuestro Continente. Existen posibles estrategias alternativas. Pero "el prerrequisito para ponerlas en marcha es el compromiso político de los dirigentes de los países y de la comunidad internacional de dar prioridad a la protección de los más pobres, al mismo tiempo que se promueva la recuperación del crecimiento económico."⁽³³⁾ Tenemos que negarnos a admitir que la muerte de nuestras poblaciones sea el único y obligado camino para salir de la crisis económica actual, pero obviamente nuestro compromiso no puede limitarse a la denuncia de esta situación. De poco servirá

si no somos capaces de diseñar y proponer caminos alternativos bien sustentados y viables.

Nunca fue más claro que la problemática de salud de nuestras poblaciones es expresión de sus condiciones de vida y que, por lo tanto, su transformación requiere la acción integral y multisectorial del estado y las instituciones de la sociedad civil y no exclusivamente de la atención curativa de la demanda espontánea individual.

Las discusiones orientadas a la definición de proyectos transformadores de nuestros sistemas de salud deberán retomar este punto de partida si es que han de servir para algo más que para la simple denuncia de los males de nuestras sociedades. Deberán enfrentar con valentía la tarea de redescubrir nuestra propia realidad y de participar en su transformación con las armas de la ciencia, de la disciplina y del compromiso.

Los cambios de América Latina podrían dar al traste con la universidad que hemos conocido, o podrían por el contrario significar un fortalecimiento de estas instituciones. Para bien o para mal, nuestras universidades tendrán que cambiar, porque nuestras sociedades han cambiado. Tal vez no lo han hecho en el sentido que muchos hemos deseado, pero han cambiado y plantean nuevos retos. ¿Podrán nuestras universidades jugar un papel importante en la definición de los nuevos caminos para las sociedades latinoamericanas y preservar su carácter de institución comprometida con el progreso social? No cabe duda que ello exigirá un gran esfuerzo, pero tenemos la esperanza de que así será.

En lo que respecta a la enseñanza de ciencias de la salud, hay algunos retos particulares que deberán ser enfrentados con decisión. Ellos tienen su origen en la situación de salud, en la situación de los servicios y del mercado de trabajo y en el perfil de demandas que la sociedad plantea a la universidad.

La situación de salud, tal como hemos visto, se deteriora progresivamente en los grupos más vulnerables. Un compromiso con la salud de la población, obligaría a la profundización del esfuerzo de conocimiento de esta realidad y de los procesos que la determinan. Esto destaca la importancia del desarrollo de la capacidad de investigación epidemiológica y de la investigación tecnológica sobre problemas y grupos prioritarios, en función de definir estrategias de abordaje más eficientes y eficaces. Parece cada vez más

claro que sólo acciones integrales de carácter multidisciplinario y multi-institucional, que apunten a la modificación de las condiciones de vida, tendrán un impacto verdadero en los perfiles de salud; así, la definición de estrategias del abordaje implica no sólo el conocimiento científico de cómo se articulan dichos perfiles con el proceso reproductivo de sus condiciones de vida, sino además, cómo se articulan las acciones posibles de salud con las propias estrategias de supervivencia de cada grupo social. ¿Podrán nuestras universidades asumir este papel de producir los conocimientos requeridos y formar los profesionales capaces de promover y participar en estos esfuerzos multidisciplinarios? ¿Podrán nuestras universidades y nuestros egresados acompañar su discurso progresista de denuncia con la propuesta de proyectos viables, seriamente sustentados, de transformación de esta realidad?

La dinámica de transformación apunta hacia la necesidad de organizaciones de salud más descentralizadas, más integrales y sobre todo más participativas, donde la población organizada juegue un papel fundamental en la planificación, gestión y evaluación. Obviamente esto requeriría una profunda transformación de las estructuras jerárquicas de poder al interior de los servicios, y afectaría altamente el poder médico. ¿Serán nuestras universidades y nuestros egresados un factor de impulso o un freno para estos procesos?

La vertiginosa producción de conocimientos científicos y tecnológicos en el campo de la salud a nivel internacional, apunta a la necesidad de profesionales que dominen un sólido cuerpo de conocimientos y sobre todo los problemas del método, para que tengan la humildad y la aptitud de incorporar nuevos conocimientos permanentemente y de criticar sus propios actos y conocimientos con rigurosidad. Diversas experiencias parecen indicar que las actividades de investigación y particularmente aquellas que se desarrollan en el marco de los servicios de salud y en estrecho contacto con los problemas reales de la población, como parte de la cotidianeidad del trabajo productivo, son el mejor camino para desarrollar estas capacidades y actitudes. Al mismo tiempo, la crisis de legitimidad de nuestros estados ha hecho más transparente el hecho de que las decisiones, a nivel de los organismos de gobierno, son un campo de conflicto y expresan la correlación de fuerzas en una sociedad de poder compartido. ¿Podrán nuestras universidades y nuestros egresados entender que el campo natural de aprendizaje y de práctica son los propios servicios de salud y que la inves-

tigación y el trabajo productivo real al interior de los mismos constituyen no sólo la columna vertebral del proceso de enseñanza-aprendizaje, sino además el mejor espacio para participar en el proceso de transformación de dichos servicios?

Por diferentes razones, el proceso de masificación de la educación superior que caracterizó nuestro Continente en los años 60 y 70, no sólo se estancó en los años 80 sino que ha comenzado a retroceder. Muchas universidades han visto reducir su matrícula y particularmente muchas facultades de medicina se encuentran en una crítica situación por esta causa. La superpoblación relativa de profesionales, la necesidad de incorporación precoz al mercado de trabajo y el surgimiento de otras actividades mejor remuneradas parecen estar en la raíz de estos problemas. Al mismo tiempo, existe una masa de profesionales de salud que necesita y exige elevar su nivel de capacitación, presionada por el mercado de trabajo cada vez más competitivo. ¿Podrán nuestras universidades, sin abandonar su función profesionalizante, asumir el reto de responder con un fuerte desarrollo de la formación de cuarto nivel, reciclar sus recursos y, tal como en las décadas anteriores, al dotar a nuestras sociedades de esa masa crítica de profesionales, ahora aportar los centros de investigación y los profesionales de alto nivel requeridos para relanzar los proyectos de desarrollo y transformación de nuestras sociedades? ¿Será posible que la población pueda reencontrarse con los profesores, estudiantes y egresados universitarios, tal como antes lo hicieron por conquistar un mayor cupo o un mayor presupuesto o la libertad de un dirigente, ahora en el esfuerzo cotidiano de transformar sus condiciones de vida y de salud?

Estas interrogantes y muchas otras no pueden ser respondidas con facilidad. De hecho forman parte de las definiciones que necesariamente han de ser asumidas en el proceso de definición de los proyectos de transformación de nuestras universidades y de la salud de nuestras poblaciones. Sin embargo, parece claro que ante la situación actual de América Latina, mucho del espacio tradicionalmente ocupado por las universidades autónomas va siendo ocupado por otras instituciones, mientras muchas de las preciosas energías de los dirigentes universitarios se malgastan en luchas intestinas que poco tienen que ver con la situación de nuestra población. Este volcar las energías hacia la vida interior, dar la espalda al mundo exterior y regodearse en las pequeñas y a veces intrascendentes diferencias

grupales o personales, conforma en muchas de nuestras universidades un clima decadente y poco propicio para la creatividad y el trabajo disciplinado y tesonero que muchos desearían.

¿Podrán nuestras universidades sobreponerse a esta situación, al clima general de decadencia que parece predominar en la mayoría de las instituciones de nuestras sociedades? Tenemos la firme esperanza de que así será, pero sólo un esfuerzo serio de transformación puede rescatar para nuestras universidades el papel de liderazgo que otrora jugaron en la conquista de las libertades y derechos democráticos. No basta vivir de las glorias pasadas y esperar o exigir el reconocimiento de dichos méritos. Es necesario conquistar las glorias y los méritos del presente y del futuro, si realmente se aspira a jugar un papel de liderazgo en la construcción de las nuevas sociedades latinoamericanas que van naciendo en medio de la profunda crisis que hoy las caracteriza.

BIBLIOGRAFIA

1. CELADE (1989) Boletín Demográfico No. 43. IMILA. Santiago de Chile.
2. ONU (1989) World Population Prospects. 1988. Nueva York.
3. CELADE (1989) Idem.
4. ONU (1989) Idem.
5. CELADE (1989) Idem.
6. CELADE (1984) Boletín Demográfico No. 34. Santiago de Chile.
7. OPS (1990) Condiciones de Salud en las Américas. Washington, D.C.
8. CELADE (1990) América Latina. Proyecciones de Población. 1950-2025. Boletín Demográfico. Año XXI. No. 45 Santiago de Chile.
9. ONU (1989) Idem.
10. OPS (1990) Idem.
11. CELADE (1990) Idem.
12. CEPAL (1988) Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe. Edic. 1988 Santiago de Chile.
13. CEPAL (1990) Información Periodística. The New York Times. 11 febrero 1990.
14. BANCO MUNDIAL (1989) Informe sobre el Desarrollo Mundial. Washington, D.C. 15.
16. GARCIA, N. y TOKMAN, V. (1988) Transformación Ocupacional y Crisis. Revista CEPAL. No. 24 Santiago de Chile.
17. CONTRERAS V. (1987) Indicadores de empleo y salarios América Latina. PREALC. Santiago de Chile.
18. CEPAL (1988) Idem.
19. CELADE/OPS (1990) Población Urbana y Rural y sus Condiciones de Vida. En Condiciones de Salud en las Américas. OMS. 1990.
20. CELADE/OPS (1990) Idem.
21. CELADE/OPS (1990) Idem.
22. BANCO MUNDIAL (1989) Idem.
23. OPS (1990) Idem.
24. TERRIS, Milton (198) La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social. Siglo XXI Edit. Mexico. México D.F.
25. UNICEF (1988) Ajuste con Rostro Humano. Siglo XXI. Edit. México. México D.F.
26. OPS (1990) Idem.
27. OPS (1990) Idem.
28. OPS (1990) Idem.
29. OPS (1990) Idem.
30. OPS (1990) Idem.
31. OPS (1990) Idem.
32. OPS (1990) Idem.
33. OPS (1990) Idem.
34. OPS (1990) Idem.
35. OPS (1990) Idem.
36. OPS (1990) Idem.
37. OPS (1990) Idem.
38. OPS (1990) Idem.
39. OPS (1990) Idem.
40. OPS (1990) Idem.
41. OPS (1990) Idem.
42. OPS (1990) Idem.
43. OPS (1990) Idem.
44. OPS (1990) Idem.
45. OPS (1989) La Salud del Adulto en las Américas. OPS/HPA Washington, D.C.
46. OPS (1989) Idem.
47. OPS (1989) Idem.
48. OPS (1988) Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Doc. CD33/14 Agosto 1988.
49. CASTELLANOS, P.L.; VILACA MENDEZ, E.; PELLEGRINI, A. La Investigación en Sistemas y Servicios de Salud y el Proceso de Implantación de los Si- los. Doc.I Reunión del Subcomité Asesor de Inves- tigaciones en Servicios de Salud. OPS. Washington, D.C. 1989.
50. WASHINGTON POST. Hospital in Trouble. 13 febrero 1990. Pág. A1. Washington, D.C.
51. WASHINGTON POST. Modern Epidemics and Poverty Overwhelm Hospitals. 11 febrero 1990. Wa- shington, D.C.
52. RING, PATRICIA. The City as Patient. Newsweek Magazine. 19 febrero 1990. New Jersey.
53. UNICEF (1988) Idem.

CUADRO 1

**LAS AMERICAS: ESTIMACIONES DE POBLACION URBANA - RURAL Y
PORCENTAJE DE POBLACION QUE RESIDE EN CADA AREA,
SEGUN SUBREGION. 1985, 1990 Y 2000 (a)**

REGION Y SUBREGION	Población (en millones)			Porcentaje de Población		
	1985	1990	2000	1985	1990	2000
U R B A N A						
LAS AMERICAS	471.0	521.7	626.1	70	72	75
AMERICA LATINA CARIBE Y OTROS TERRITORIOS	268.9	310.0	396.4	68	71	75
AMERICA DEL NORTE	6.0	6.8	8.5	57	60	66
	196.1	204.9	221.2	74	74	75
R U R A L						
LAS AMERICAS	198.7	203.5	209.4	30	28	25
AMERICA LATINA CARIBE Y OTROS TERRITORIOS	125.5	128.0	131.3	32	29	25
AMERICA DEL NORTE	4.6	4.6	4.5	43	40	34
	68.6	70.9	73.6	26	26	25

(a) De acuerdo a la definición de urbano y rural de cada país.

Fuentes: Para países de América Latina: CELADE (1984 y 1989); para Chile: INE-CELADE (1989); para Argentina y Uruguay: nuevas elaboraciones del CELADE.

Para países de América del Norte y El Caribe: Naciones Unidas (1989).

CUADRO 2

LAS AMERICAS: TASA BRUTA DE NATALIDAD, DE MORTALIDAD, DE CRECIMIENTO NATURAL Y TOTAL, SEGUN PAISES. 1950-1955, 1985-1990 Y 1995-2000

(Tasas por mil)

PAISES	1950-1955				1985-1990				1995-2000			
	TBN	TBM	TCN	TCT	TBN	TBM	TCN	TCT	TBN	TBM	TCN	TCT
AMERICA LATINA												
ARGENTINA	25	9	16	20	21	9	13	13	20	9	11	11
BOLIVIA	47	24	23	21	43	14	29	28	40	10	30	29
BRASIL	45	15	30	31	29	8	21	21	24	7	17	17
COLOMBIA	47	17	31	28	27	6	21	20	24	6	18	17
COSTA RICA	47	13	35	35	28	4	24	26	23	4	19	19
CUBA	30	11	19	18	18	7	11	10	16	7	9	7
CHILE	37	14	23	22	24	6	17	17	21	6	14	14
ECUADOR	37	19	18	28	33	7	26	26	28	7	22	22
EL SALVADOR	48	20	28	26	36	8	28	19	35	6	28	25
GUATEMALA	51	22	29	29	41	9	32	29	36	7	30	28
HAITI	44	26	17	16	34	13	22	19	31	11	21	18
HONDURAS	51	22	29	31	40	8	32	32	34	6	27	27
MEXICO	47	16	31	29	29	6	23	22	24	5	19	18
NICARAGUA	54	23	32	30	42	8	34	34	35	6	30	29
PANAMA	40	14	27	26	28	5	23	21	23	5	18	17
PARAGUAY	47	10	38	28	35	7	28	29	31	6	25	25
PERU	47	22	26	25	34	9	25	25	28	7	21	21
REP. DOMINICANA	51	20	30	30	31	7	25	22	25	6	19	17
URUGUAY	21	11	11	12	18	10	8	6	17	10	6	5
VENEZUELA	47	12	35	61	31	5	25	26	26	5	21	21
CARIBE												
BARBADOS	53	13	20	15	19	8	10	10	17	7	10	10
GUADALUPE	39	13	26	23	20	8	12	3	18	8	11	5
GUYANA	48	14	35	28	25	5	19	17	19	5	15	13
ISLAS BARLOVENTO	40	15	25	20	27	6	21	14	21	5	16	15
JAMAICA	35	12	23	19	26	6	20	15	20	5	15	13
MARTINICA	40	13	27	21	19	8	11	3	18	8	10	7
OTROS TERRITORIOS	35	10	26	18	23	6	17	14	19	6	13	13
PUERTO RICO	37	9	28	3	21	7	14	15	18	6	12	12
SURINAME	44	13	31	30	26	6	20	7	26	5	21	16
TRINIDAD Y TOBAGO	38	11	27	25	24	7	17	12	19	7	12	11
AMERICA DEL NORTE												
CANADA	28	9	19	27	14	7	7	11	13	8	5	8
ESTADOS UNIDOS	24	10	15	17	15	9	6	9	15	9	6	7

Nota: (TBN) Tasa Bruta de Natalidad, (TBM) Tasa Bruta de Mortalidad, (TCN) Tasa de Crecimiento Natural y (TCT) Tasa de Crecimiento Total.

Fuente: CELADE (1990)
Naciones Unidas (1989)

CUADRO 3

CAMBIO EN EL P.B.I. 1981-1989

MEXICO	- 0.2
PERU	- 24.7
VENEZUELA	- 24.9
BOLIVIA	- 28.8
COLOMBIA	13.9
CHILE	9.8
BRASIL	- 0.4
ARGENTINA	- 23.5
ECUADOR	- 1.1

Fuente: CEPAL, ONU.

CUADRO 4

**LAS AMERICAS: ESPERANZA DE VIDA AL NACER SEGUN SUBREGIONES Y PAISES.
1950-2000**

SUBREGIONES Y PAISES	Esperanza de vida [e (o)]			Aumento quinquenal		e(o)	Población en 1990	
	1950-55	1970-75	1985-90	1950-55 a 1970-75	1970-75 a 1985-90	Año 2000	millones	porcentaje
AMERICA LATINA	51.3	61.2	66.6	2.4	1.3	69.7	438.0	100.0
BOLIVIA	40.4	46.7	53.1	1.6	2.1	60.5	7.3	
HAITI	37.6	43.5	54.7	2.7	2.1	59.4	6.5	
Total							13.8	3.2
PERU	43.9	55.5	61.4	2.9	2.0	67.9	22.3	
GUATEMALA	42.1	54.0	62.0	3.0	2.7	68.1	9.2	
EL SALVADOR	45.3	58.3	62.2	3.4	1.1	68.3	5.3	
NICARAGUA	42.3	54.7	63.3	3.1	2.9	69.3	3.9	
HONDURAS	42.3	54.0	64.0	2.9	3.3	68.2	5.1	
Total							45.3	10.5
BRASIL	51.0	59.3	64.9	2.2	1.7	68.0	150.4	
ECUADOR	43.4	58.9	65.4	2.6	2.2	68.2	10.6	
REP. DOMINICANA	46.0	59.9	65.9	3.5	2.0	69.7	7.2	
PARAGUAY	62.6	65.6	66.9	0.7	0.4	67.9	4.3	
COLOMBIA	50.6	61.6	68.2	2.3	2.2	70.7	33.0	
MEXICO	50.3	62.6	68.9	3.0	2.1	72.1	38.6	
VENEZUELA	53.2	66.2	69.7	2.3	1.1	71.3	19.7	
Total							313.3	71.6
ARGENTINA	62.7	67.3	70.6	1.1	1.1	72.3	32.3	
CHILE	53.3	63.6	71.5	2.5	2.6	72.7	13.2	
URUGUAY	66.3	68.3	72.0	0.6	1.1	73.0	3.1	
PANAMA	55.3	66.3	72.1	2.3	1.9	73.5	2.4	
Total							51.0	11.6
COSTA RICA	57.3	68.1	74.7	2.7	2.2	75.3	3.0	
CUBA	59.5	71.0	75.2	2.9	1.4	76.3	10.6	
Total							13.6	3.1
CARIBE NO LATINOAMERICANO	56.4	67.1	72.4	2.7	1.8	74.7	6.2	100.0
SURINAME	56.0	64.9	69.5	2.2	1.5	72.6	0.4	
GUYANA	55.2	64.1	69.7	2.2	1.9	72.9	1.0	
TRINIDAD Y TOBAGO	57.9	66.5	70.2	2.2	1.2	73.1	1.3	
Total							2.7	44.1
GUADALUPE	56.5	67.3	73.3	2.3	1.3	75.7	0.3	
BARBADOS	57.2	69.4	73.9	3.1	1.5	76.2	0.3	
JAMAICA	57.2	67.3	74.0	2.6	2.1	76.2	2.5	
MARTINICA	56.5	68.3	74.2	3.1	1.5	76.4	0.3	
Total							3.5	55.9
AMERICA DEL NORTE	69.1	72.2	76.1	0.3	1.3	78.1	275.7	
ESTADOS UNIDOS	69.0	71.3	75.4	0.6	1.4	77.6	249.2	
CANADA	69.1	73.1	76.7	1.0	1.2	78.5	26.5	

Fuente: CELADE (1990) y Naciones Unidas (1989)

CUADRO 5

**MODELO CUBA - COSTA RICA. TASAS DE MORTALIDAD POR EDAD,
SEGUN ESPERANZA DE VIDA AL NACER.**

ESPERANZA DE VIDA AL NACER	Tasas de mortalidad por edad (por mil)				
	0-4	5-14	15-39	40-64	65 y +
50	40.3	2.3	5.5	16.9	91.0
53	33.5	2.2	4.3	14.2	84.0
60	26.2	1.6	3.2	11.5	77.1
65	18.5	1.0	2.2	9.2	72.1
70	10.6	0.6	1.6	7.6	66.3
75	3.9	0.3	1.1	6.1	59.7

Fuente: CELADE (1989).

CUADRO 6

AMERICA LATINA: DEFUNCIONES POR EDAD QUE SE REQUIERE EVITAR PARA
ALCANZAR METAS ESPECIFICAS DE ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN
PAIS SELECCIONADO 1990

EDAD	Población 1990	Tasas (por mil)		Defunciones (miles)		Defunciones en exceso	
		Actuales	Modelo	Actuales	Modelo	Número	Porcentaje
Meta: 70 años de esperanza de vida al nacer							
BOLIVIA	7315	14.3	5.9	104.4	43.0	61.4	100.0 (59%) (a)
0-4	1264	39.7	10.6	50.2	13.4	36.3	60.0
5-14	1948	2.3	0.6	4.9	1.2	3.7	6.0
15-39	2753	4.5	1.6	12.4	4.4	8.0	13.0
40-64	1116	15.1	7.6	16.9	8.5	8.4	13.7
65 y +	234	15.5	66.3	20.0	15.5	4.5	7.3
GUATEMALA	9197	9.5	5.3	35.4	53.1	32.3	100.0 (38%) (a)
0-4	1608	21.4	10.6	34.4	17.0	7.4	53.3
5-14	2571	1.3	0.6	4.6	1.5	3.1	9.6
15-39	3447	3.7	1.6	12.3	5.5	7.2	22.4
40-64	1279	10.9	7.6	13.9	9.7	4.2	13.1
65 y +	292	67.5	66.3	19.7	19.4	0.4	1.1
BRASIL	150367	3.6	6.6	1289.2	992.3	297.0	100.0 (23%) (a)
0-4	18963	18.3	10.6	350.3	201.0	149.3	50.4
5-14	34014	1.1	0.6	37.4	20.4	17.0	5.7
15-39	63357	2.6	1.6	164.7	101.4	63.4	21.3
40-64	27035	10.2	7.6	275.3	205.5	70.3	23.7
65 y +	6998	65.3	66.3	460.5	464.0	-3.5	-1.2
Meta: 75 años de esperanza de vida al nacer							
MEXICO	38598	6.4	4.3	567.7	380.4	187.4	100.0 (33%) (a)
0-4	11588	11.1	3.9	128.6	45.2	83.4	44.5
5-14	21374	0.7	0.3	15.0	6.4	8.6	4.6
15-39	38645	2.4	1.1	92.7	42.5	50.2	26.3
40-64	13584	3.3	6.1	119.5	82.9	36.7	19.6
65 y +	3407	62.2	59.7	211.9	203.4	8.5	4.5
ARGENTINA	32322	9.5	7.3	307.7	251.1	56.6	100.0 (18%) (a)
0-4	3229	7.9	3.9	25.5	12.6	12.9	22.3
5-14	6442	0.4	0.3	2.6	1.9	0.6	1.1
15-39	11892	1.5	1.1	17.3	13.1	4.3	8.4
40-64	7814	8.7	6.1	68.0	47.7	20.3	35.9
65 y +	2945	63.3	59.7	193.3	175.3	18.0	31.8

(a) Porcentaje de muertos en exceso respecto del modelo, en el total de defunciones.

Fuente: CELADE (1990) y Cuadro 4.

CUADRO 7A

Número y porcentaje de defunciones notificadas según edad y grupo de causas.

GRUPO DE CAUSAS	Guatemala (80, 81, 84)					México (84-86)				
	0-4	5-14	15-39	40-64	60-65	0-4	5-14	15-39	40-64	60-65
Total Diagnosticados	29.373	3.056	10.850	8.778	9.040	88.009	11.905	59.084	86.755	143.433
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
01	61.7	68.6	22.3	31.8	33.1	48.5	24.8	9.0	9.3	12.1
02	0.1	1.5	2.6	10.0	10.6	0.7	8.4	5.9	14.8	12.0
03	0.1	1.0	4.4	13.0	26.0	2.1	4.9	7.5	19.6	34.2
04	25.2	0.0	0.0	0.0	0.0	24.0	0.0	0.0	0.0	0.0
05	0.9	9.9	54.8	17.8	4.0	4.8	42.4	53.9	16.4	4.7
06	12.0	19.1	15.9	27.4	26.3	19.9	19.6	23.7	39.9	37.0
	Argentina (83-85)					Chile (85-87)				
Total Diagnosticados	20.849	2.290	13.947	63.062	141.484	5.796	850	6.314	17.098	36.156
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
01	20.3	10.6	7.3	4.8	4.6	26.1	14.0	7.8	8.1	12.6
02	1.3	16.7	13.8	27.0	16.9	1.5	15.2	13.0	27.6	20.6
03	4.4	10.4	20.2	42.2	59.9	0.6	3.5	6.9	23.1	42.6
04	43.2	0.0	0.0	0.0	0.0	30.4	0.0	0.0	0.0	0.0
05	6.4	40.8	37.9	7.3	2.5	16.8	48.6	55.0	14.7	3.8
06	24.5	21.5	20.8	18.7	16.0	24.5	18.8	17.3	26.5	20.5

Grupos de Causas:

01 Enfermedades transmisibles (001-139, 320-322, 460-466, 480-487)

02 Tumores (140-239)

03 Infecciones del Apartado Circulatorio (390-459)

04 Condiciones del Período Perinatal (760-779)

05 Causas Externas (E800-E999)

06 Otras Enfermedades

Fuente: Condiciones de Salud en América, OPS 1990.

CUADRO 7B

Número y porcentaje de defunciones notificadas según edad y grupo de causas.

GRUPO DE CAUSAS	Uruguay (84-86)					Costa Rica (86-88)				
	0-4	5-14	15-39	40-64	60-65	0-4	5-14	15-39	40-64	60-65
Total Diagnosticados	1.600	182	1.056	6.113	18.041	1.570	209	1.119	2.178	5.331
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
01	20.9	7.0	5.7	3.6	4.6	21.2	8.4	3.3	3.6	5.8
02	1.4	18.2	17.7	37.0	22.7	1.8	15.6	17.3	32.6	24.0
03	2.0	5.0	13.7	34.6	53.0	1.2	4.8	9.5	26.6	42.6
04	41.3	0.0	0.0	0.0	0.0	39.4	0.2	0.0	0.0	0.0
05	6.7	43.9	43.4	8.1	2.6	4.1	39.6	48.4	12.6	3.9
06	27.7	27.7	26.1	16.7	17.2	32.3	31.4	21.4	24.5	23.7
	Cuba (85-87)					Canadá (84-86)				
Total Diagnosticados	3.069	804	5.968	13.941	40.297	3.184	849	9.612	38.298	125.774
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
01	23.6	9.7	3.7	3.9	9.4	5.3	3.5	1.5	1.8	4.8
02	1.9	13.4	10.0	27.0	19.3	3.0	17.9	14.6	39.7	23.7
03	2.4	4.9	12.0	40.6	53.3	1.5	3.6	8.8	35.1	51.1
04	36.4	0.0	0.0	0.0	0.0	39.0	0.2	0.0	0.0	0.0
05	7.9	47.8	56.9	12.6	4.1	11.0	55.3	62.4	9.2	2.7
06	27.8	24.3	17.4	16.0	13.8	40.2	19.5	12.7	14.2	17.6

Grupos de Causas:

01 Enfermedades transmisibles (001-139, 320-322, 460-466, 480-487)

02 Tumores (140-239)

03 Infecciones del Apartado Circulatorio (390-459)

04 Condiciones del Período Perinatal (760-779)

05 Causas Externas (E800-E999)

06 Otras Enfermedades

Fuente: Condiciones de Salud en América, OPS 1990.

CUADRO 8

PAIS (AÑO)	Total Diagnosticados		CAUSAS SELECCIONADAS											
			01		02		03		04		05		06	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Guatemala (80-81-84)	2.520.484	100.0	1.372.797	54.5	26.261	1.0	36.303	1.4	463.083	18.4	275.077	10.9	346.962	13.8
México (84-86)	9.455.472	100.0	3.128.717	33.1	386.556	4.1	526.817	5.6	1.320.646	14.0	1.913.082	20.2	2.179.656	23.1
Argentina (83-85)	2.740.308	100.0	352.926	12.9	323.030	11.8	509.034	18.6	562.583	20.5	390.348	14.2	602.387	22.0
Chile (85-87)	859.514	100.0	136.760	15.9	102.337	11.9	69.561	8.1	110.268	12.8	245.407	28.6	195.182	22.7
Uruguay (84-86)	226.017	100.0	26.580	11.8	38.444	17.0	34.328	15.2	41.354	18.3	34.482	15.3	50.828	22.5
Costa Rica (86-88)	178.834	100.0	24.126	13.5	19.751	11.0	12.983	7.3	38.664	21.6	32.319	18.1	50.991	28.5
Cuba (85-87)	634.113	100.0	64.472	10.2	79.188	12.5	104.272	16.4	69.875	11.0	185.459	29.2	130.847	20.6
Canadá (84-86)	1.084.878	100.0	26.048	2.4	257.039	23.7	204.356	18.8	77.810	7.2	316.786	29.2	202.839	18.7

Grupos de Causas:

01 Enfermedades Transmisibles (001-139, 320-322, 460-466, 480-487)

02 Tumores (140-239)

03 Infecciones del Apartado Circulatorio (390-459)

04 Condiciones del Período Perinatal (760-779)

05 Causas Externas (E800-E999)

06 Otras Enfermedades

Fuente: Condiciones de Salud en América, OPS 1990.

CUADRO 9

Tendencia de la tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de 5 años en algunos países de América durante la década de 1980.

Porcentaje de descenso anual		
País	Menores de 1 año	De 1 a 4 años
Canadá	33.3	17.6
Trinidad y Tabago	24.1	15.0
Belice	21.5	4.9
Chile	20.1	16.8
Estados Unidos	19.6	...
Venezuela	16.8	...
Ecuador	16.5	...
Uruguay	15.0	...
México	14.0	9.0
Cuba	13.1	5.2
Colombia	9.2	10.9
Perú	9.0	...
Paraguay	8.4	8.2
El Salvador	7.6	11.1
Panamá	7.6	5.9
Honduras	5.2	10.2
Guatemala	4.9	...
Nicaragua	2.4	...

... Información no disponible.

Fuente: Sistema de información
Programa CED/OPS.

CUADRO 10

Tasas de mortalidad por enfermedades diarreicas* en menores de 5 años para algunos países de América.

País	Año	Menores de 1 año	De 1 a 4 años
Argentina	1985	105.3	6.0
Bahamas	1985	35.8	9.0
Barbados	1984	...	11.1
Belice	1984	227.6	32.1
Canadá	1986	0.5	0.2
Colombia	1987	335.0	31.0
Costa Rica	1988	60.0	8.0
Cuba	1988	40.0	2.0
Chile	1987	50.0	2.0
Dominica	1984	116.6	...
Ecuador	1987	852.9	102.2
El Salvador	1984	583.2	59.8
Estados Unidos	1986	3.0	0.1
Guatemala	1988	816.6	236.4
Honduras	1983	541.5	106.3
Jamaica	1977	330.0	60.0
México	1985	549.0	72.0
Nicaragua	1986	967.3	37.7
Panamá	1987	114.5	25.8
Paraguay	1987	580.0	67.4
Perú	1985	359.0	151.0
Puerto Rico	1986
Rep. Dominicana	1985	954.1	52.2
San Vicente y las Granadinas	1983	593.8	50.0
Suriname	1985	367.4	22.5
Trinidad y Tabago	1987	32.6	7.4
Uruguay	1988	50.0	2.7
Venezuela	1988	64.9	49.0

* Por 100.000 nacidos vivos y 100.000 habitantes.

... Sin información.

Fuente: Sistema de información Programa CED/OPS.

CUADRO 11

Estimaciones de episodios de diarreas por niño por año y total de episodios esperados, año 1987, en niños menores de 5 años.

País	Población menores de 5 años por 1.000	Episodios de diarrea en menores 5 años por año	Episodios totales de diarrea esperados por 1.000
Argentina	3.589.5	3.0*	10.768.6
Barbados	21.6	3.0*	64.8
Belize	29.2	1.5a/	43.8
Bolivia	1.165.5	3.0a/	3.496.4
Brasil	30.069.9	3.8b/	76.265.8
Chile	1.412.1	1.5a/	2.118.2
Colombia	3.317.6	4.8b/	16.862.1
Costa Rica		4.6a/	
Cuba	934.5	3.0a/	2.803.9
Dominica	7.2	3.0*	21.5
Ecuador	1.567.1	5.6b/	8.775.8
El Salvador	884.3	4.0*	3.537.3
Grenada	12.6	3.0*	37.7
Guatemala	1.516.4	5.2b/	7.885.4
Guyana	85.7	3.0c/	257.0
Haití	865.6	7.0c/	6.058.9
Honduras	851.7	3.0c/	2.555.2
Jamaica	287.0	1.0c/	287.0
México	11.888.6	4.2b/	49.932.3
Nicaragua	758.7	2.0c/	1.517.4
Panamá	290.8	3.0c/	872.4
Paraguay	580.9	2.1b/	1.219.9
Perú	3.105.0	7.6b/	27.199.5
Rep. Dominicana	996.0	6.0b/	5.976.2
San Cristóbal/Nieves	5.1	3.0*	15.3
Santa Lucía	24.6	3.0*	73.9
San Vicente y Las Granadinas	14.7	3.0*	44.1
Suriname	55.6	0.8c/	44.5
Trinidad y Tabago	151.3	3.0*	453.9
Uruguay	260.3	1.0	260.3
Venezuela	2.749.0	1.4c/	3.848.7

* Mediana Regional basada en los estimados disponibles de los países.

a/ Estimados de los informes de programas nacionales de control de enfermedades diarreicas.

b/ Basado en encuesta a hogares.

c/ Estimado para 1986.

Fuente: Sistema de información, Programa CED/OPS.

CUADRO 12

Clasificación de las intervenciones para reducir la morbilidad y mortalidad por diarrea.

		Efectividad
Grupo 1	Promoción de la lactancia materna.	15 - 27 %
	Inmunización contra el sarampión.	1 - 3 %
	Disponibilidad de agua y saneamiento.	35 %
	Promoción de la higiene personal y doméstica (lavado de manos).	14 - 48 %
Grupo 2	Mejorar las prácticas del destete.	2 - 12 %
	Inmunización contra rotavirus.	3 - 10 %

Fuente: Intervenciones para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades diarreicas (excluyendo el tratamiento de casos). CDD/TDG/85.7.

CUADRO 13

Mortalidad por Neumonía e Influenza en algunos Países de América.

País	Año	Menos de 1 año		De 1 a 4 años	
		Tasa (*)	Tendencia (**)	Tasa (*)	Tendencia (**)
Argentina	1985	124.8	12.5	8.3	10.2
Canadá	1986	12.4	15.8	1.2	9.7
Colombia	1987	194.2	11.8	22.7	11.4
Costa Rica	1986	187.5	4.3	12.2	6.4
Cuba	1987	109.2	8.2	11.6	4.8
Chile	1987	299.9	3.6	12.7	3.4
Ecuador	1986	461.1	6.6	36.0	12.9
Estados Unidos	1986	17.6	6.7	1.4	7.3
Guatemala	1987	493.2	7.8	179.9	6.0
México	1983	537.2	12.0	30.3	18.1
Panamá	1987	112.8	4.7	15.4	6.6
Paraguay	1987	541.4	5.3	22.0	1.6
Perú	1984	606.4	4.4	116.4	- 0.4
República Dominicana	1985	375.4	- 26.0	35.0	- 1.7
Uruguay	1986	132.6	5.0	6.3	4.7
Venezuela	1985	154.9	11.8	17.9	9.4

(*) Tasa por 100.000 habitantes.

(**) Corresponde al porcentaje anual promedio de descenso de las tasas de mortalidad por neumonía e influenza para los últimos 3 años. (Los números negativos representan tendencias al aumento).

Fuente: Base de datos IRA. HPM/OPS.

CUADRO 14

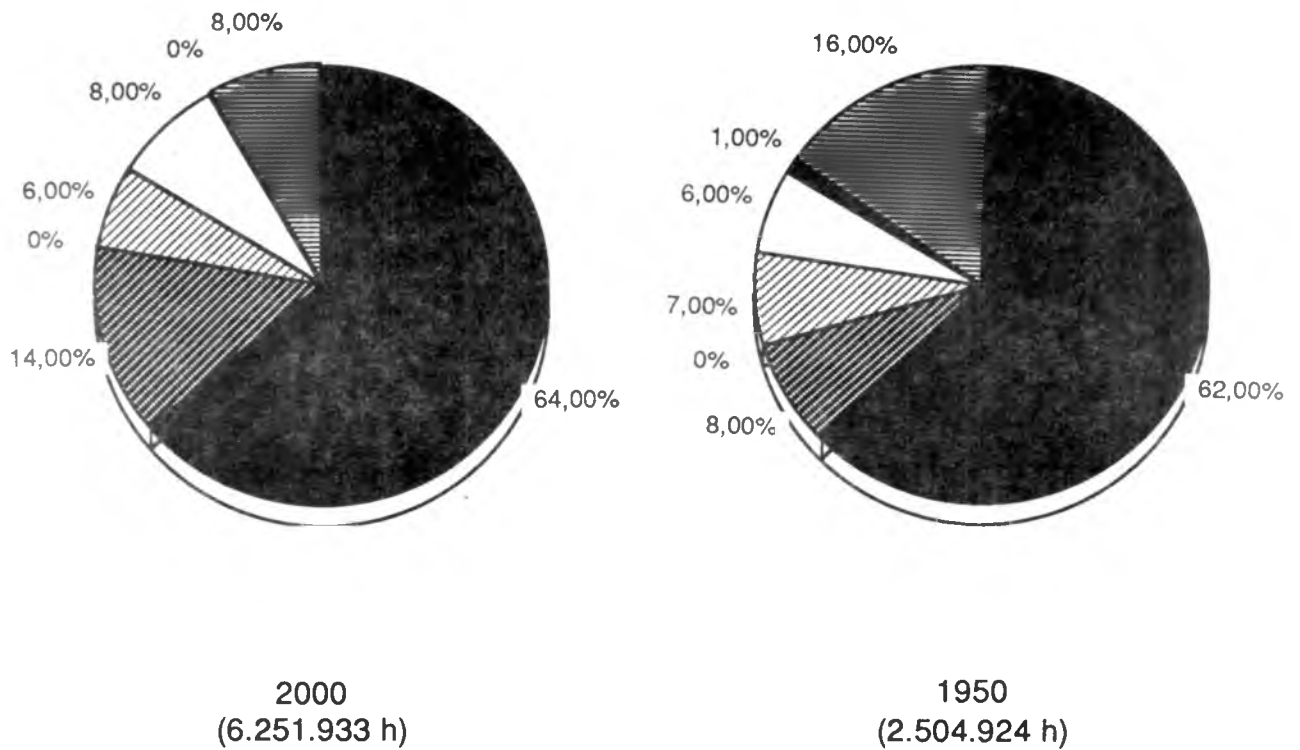
Estudios longitudinales en comunidades sobre la frecuencia de enfermedades agudas de las vías respiratorias superiores e inferiores en zonas urbanas.

Zona urbana	Año de Estudio	No. de niños	Número de episodios de enfermedades respiratorias, por año y edad		
			Menores de 1 año	1-2 años	3-5 años
San José, Costa Rica	1966-67	137	5.9	7.2	4.2
Addis Abeba, Etiopía	1975	216	...	7.9	6.6
Nueva Delhi, India	1962-67	7.493	5.6	5.3	4.8
Vellore, India	1965-67	135	...	7.3	6.2
Tecumseh, Michigan, EUA	1969-71	707	6.1	5.7	4.7
Seattle, Washington, EUA	1969-72	390	4.5	5.0	4.8

Fuente: Publicación PNSP-87, 80, OPS/OMS.

Gráfico 1

POBLACION A.LAT/MUNDO 2000 y 1950 (miles de hab.)



ONU. (OPS 90)

Gráfico 2

POB. A. LATINA/ AMERICA 2000 y 1950

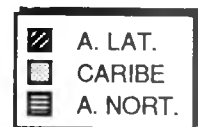
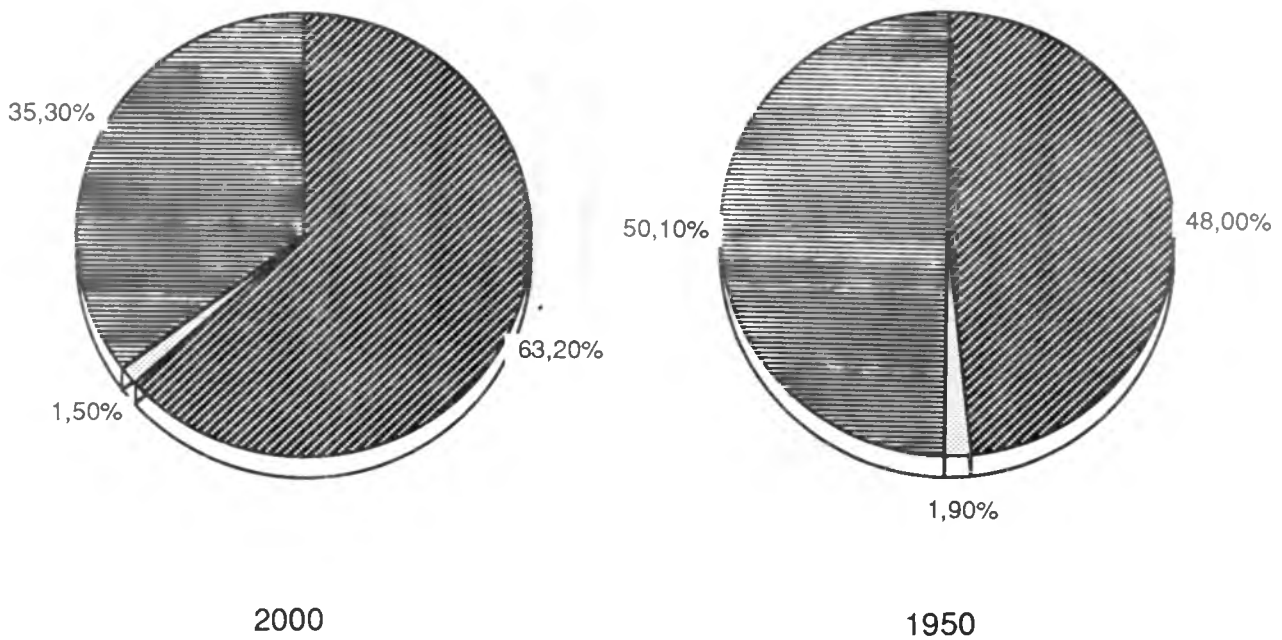
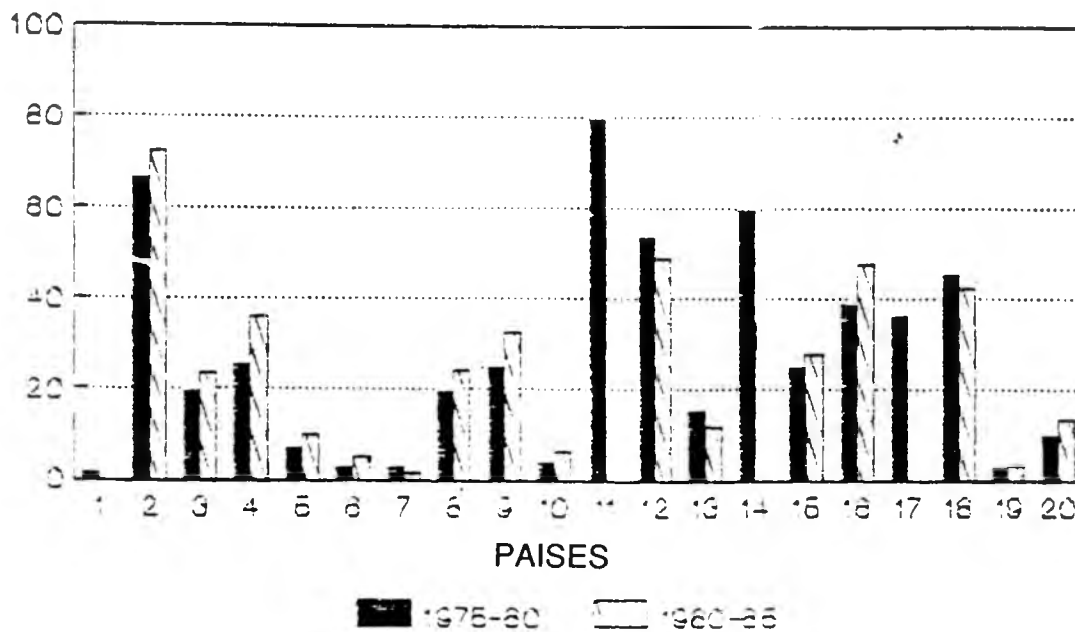


Gráfico 3

% EST. SUBREGISTRO DEF. 1975-90 Y 1980-85

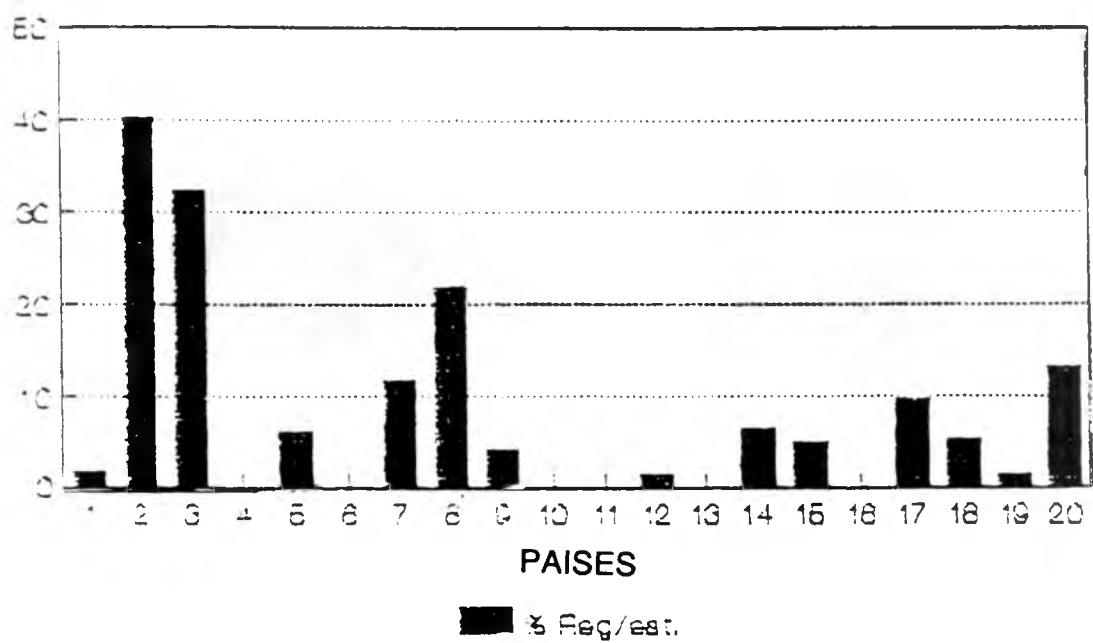


Fuente: CELADE (OPS. Cond. Sal. Amer. 90)

- | | | |
|---------------|----------------|-------------------|
| 1. Argentina | 8. Ecuador | 15. Panamá |
| 2. Bolivia | 9. El Salvador | 16. Paraguay |
| 3. Brasil | 10. Guatemala | 17. Perú |
| 4. Colombia | 11. Haití | 18. R. Dominicana |
| 5. Costa Rica | 12. Honduras | 19. Uruguay |
| 6. Cuba | 13. México | 20. Venezuela |
| 7. Chile | 14. Nicaragua | |

Gráfico 4

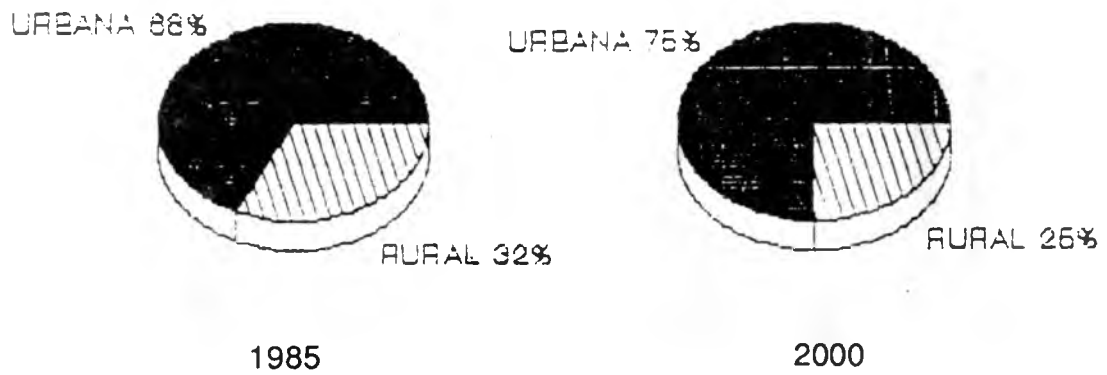
% EST. SUBREG. NACIMIENTOS 1975-80



CELADE (OPS. Cond. Sal. Amer.)

Gráfico 5

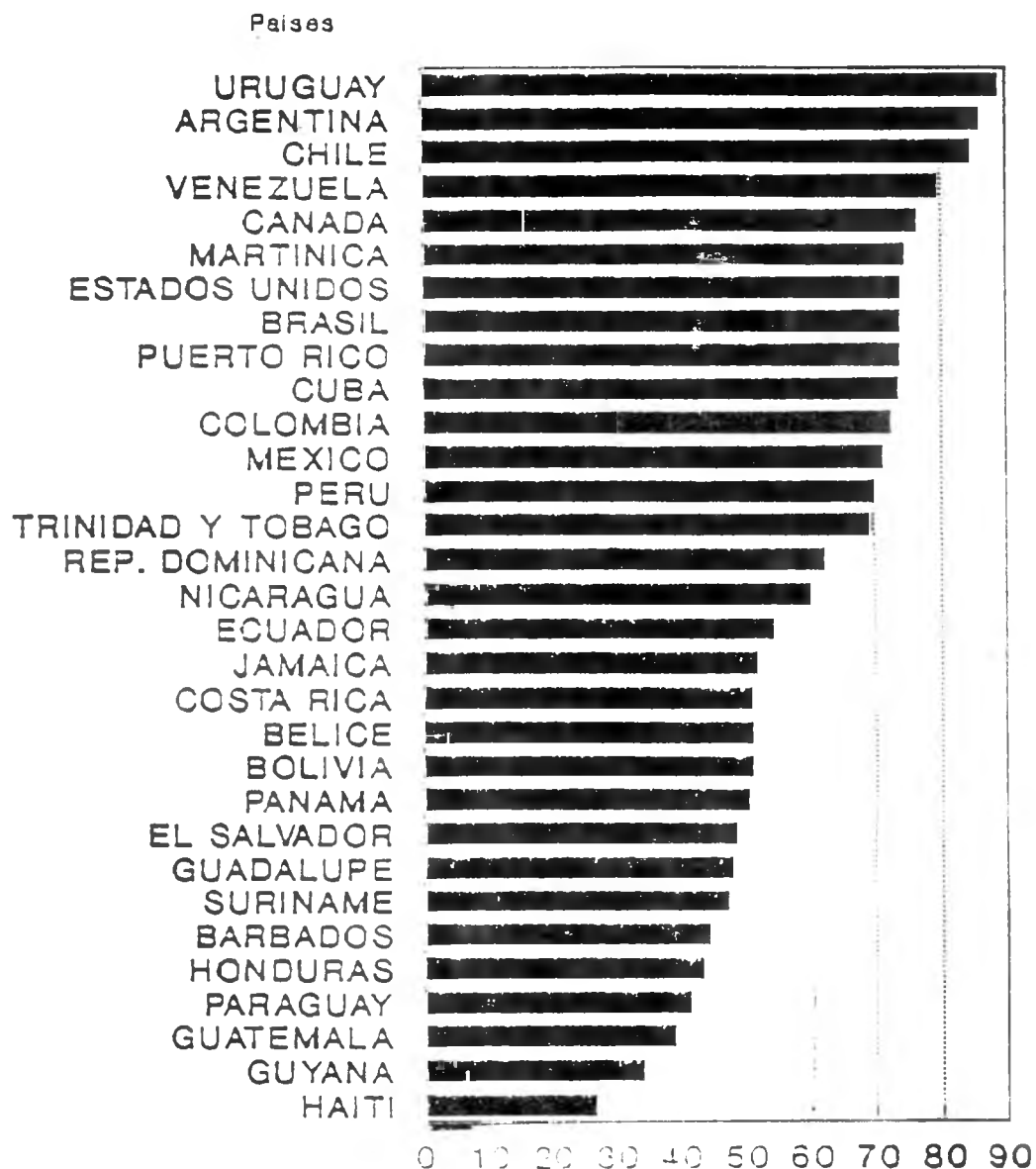
% POBLACION URB/RURAL AMERICA LATINA 1985-2000



CELADE (OPS 90)

Gráfico 6

LAS AMERICAS: PORCENTAJE DE POBLACION QUE RESIDE EN AREAS URBANAS 1990

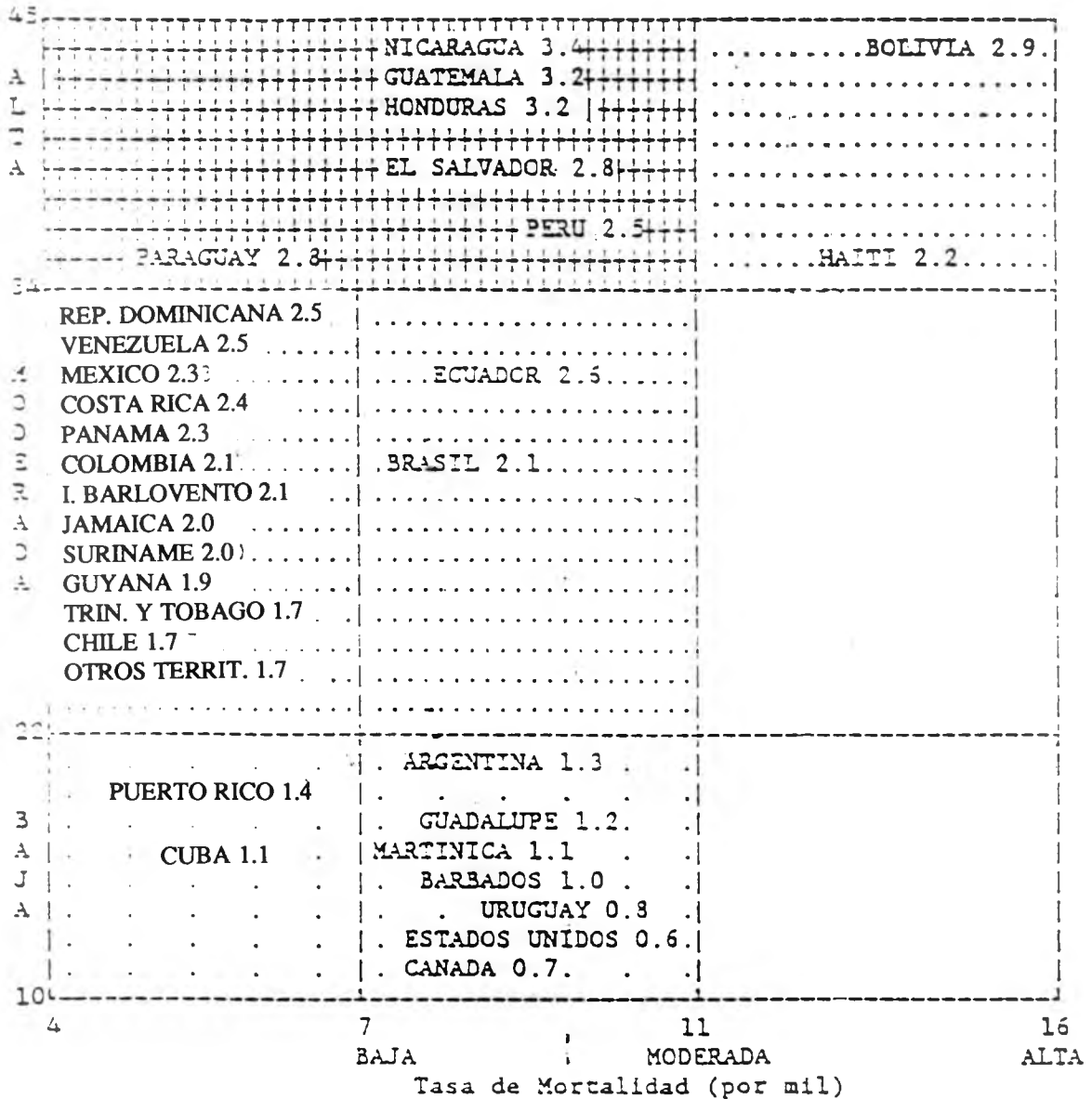


PORCENTAJE DE POBLACION EN AREAS URBANAS

Gráfico 7

LAS AMERICAS: Situación de los países de acuerdo al momento que se encuentran en su transición demográfica. 1985-1990

Tasa de Natalidad (por mil)

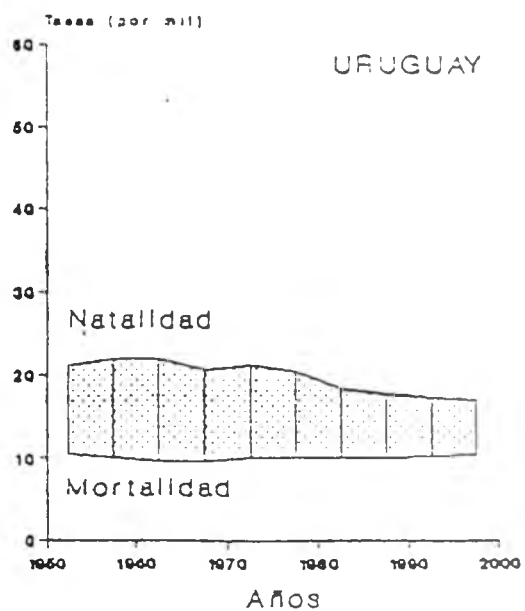
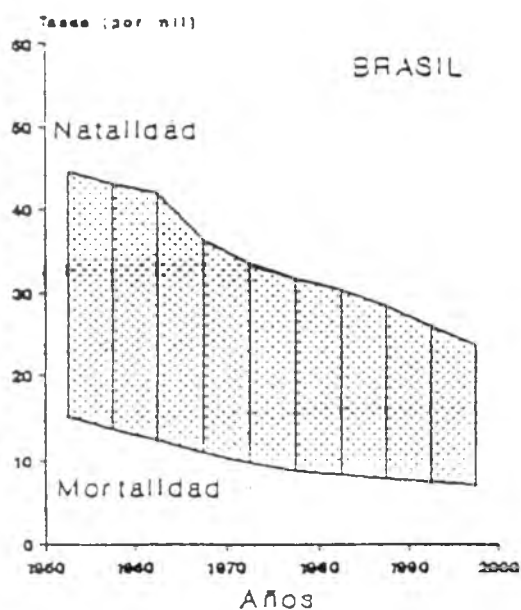
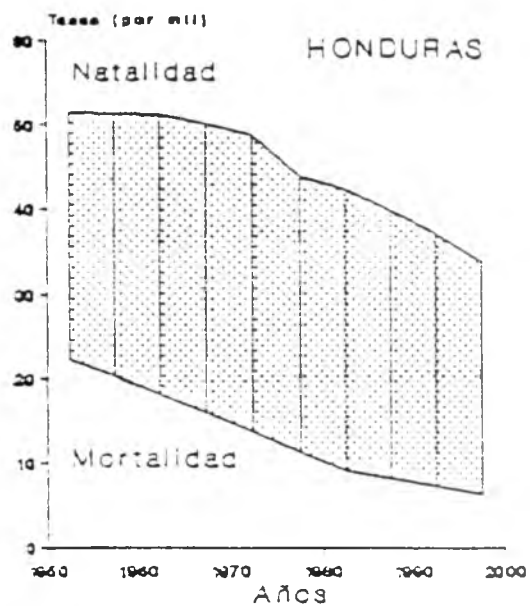
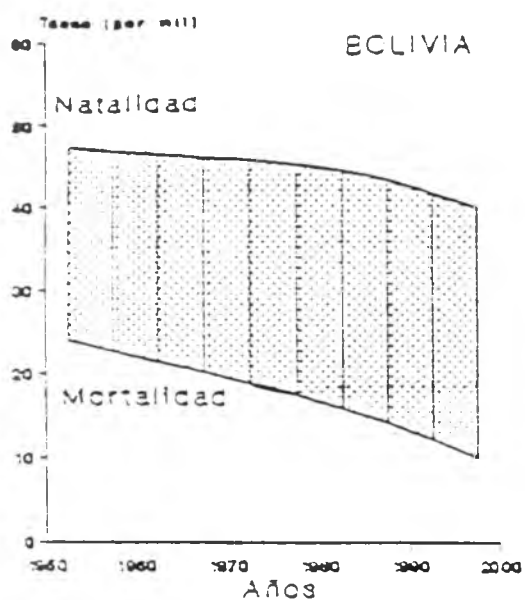


Tasa de crecimiento natural: †† Alta ... Moderada ... Baja

Nota: La cifra al lado de los países corresponde a la tasa de crecimiento natural expresada en porcentajes.

Gráfico 8

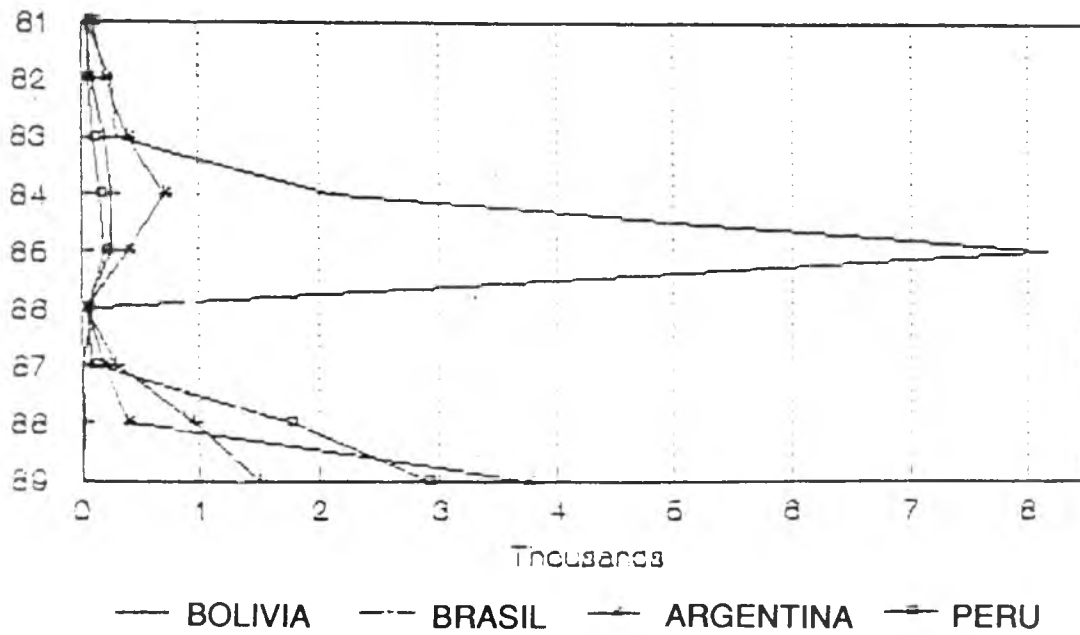
**CRECIMIENTO NATURAL DE ACUERDO A LA EVOLUCION DE LAS
TASAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD PARA PAISES SELECCIONADOS DE
AMERICA LATINA.
1950-2000**



Fuente: CELADE 1990

Gráfico 9

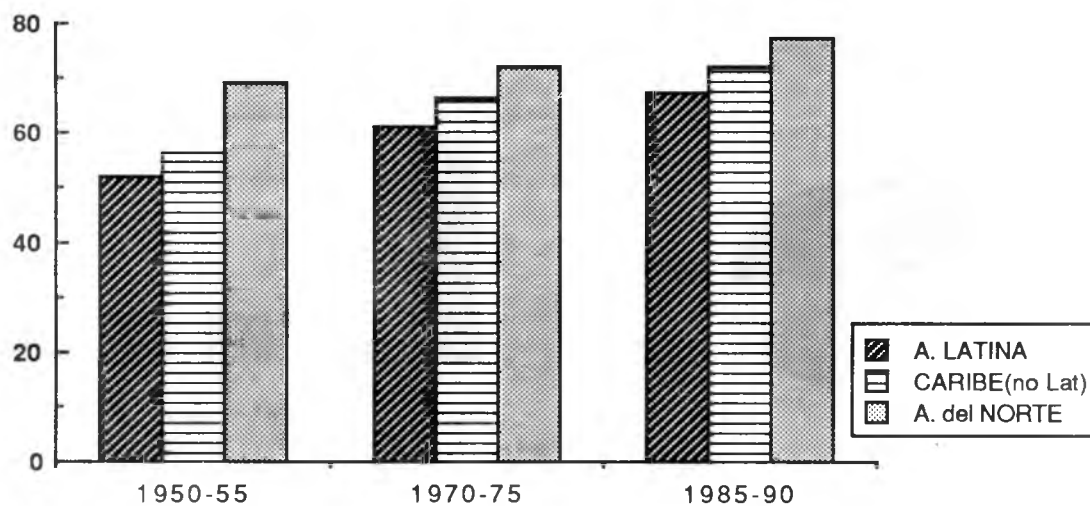
TASA DE INFLACION ANUAL PAISES SELECCIONADOS DE A.LATINA



Fuente: CEPAL -ONU.

Gráfico 10

ESP. de VIDA AL NACER SUBREGIONES. AMERICA 1950-2000



AUMENTO QUINQUENAL E.V.N. AMERICA 1950-2000

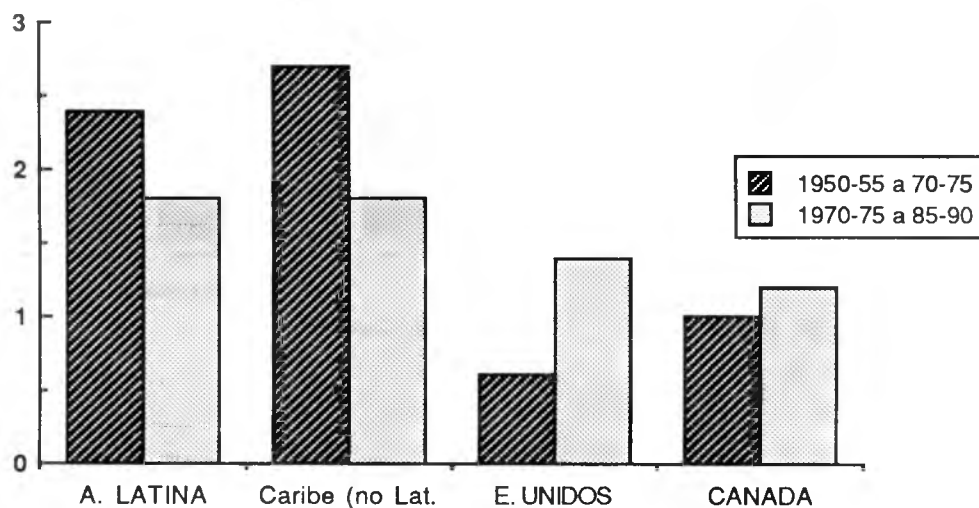
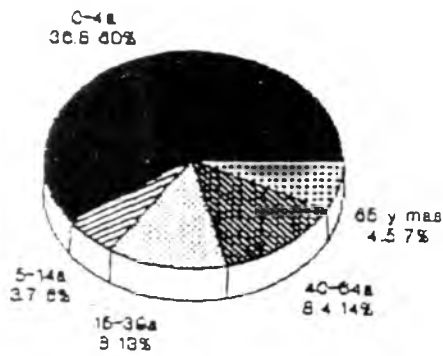


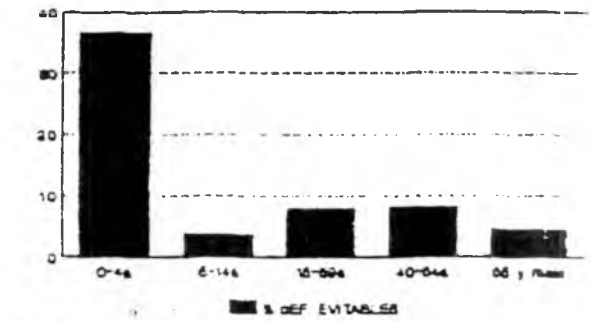
Gráfico 11

**BOLIVIA DEF. EVITABLES
ESP. V. NAC.: 70a**



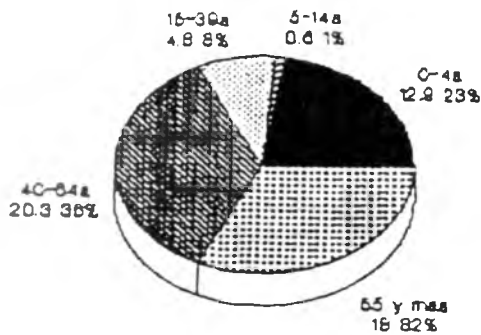
61.400 DEF. EVIT
59.0%

**BOLIVIA DEF. EVITABLES
ESP. V. NAC.: 70a**



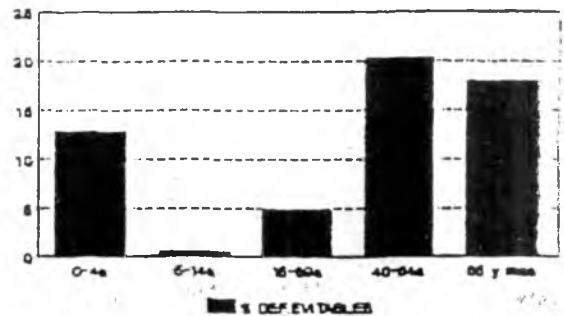
Fuente: COMO SALAMER OPS 90

**ARGENTINA DEF. EVITABLES
EVN. 75a**



56.600 DEF. EVIT.
18.0 %

**ARGENTINA DEF. EVITABLES
EVN. 75 a**

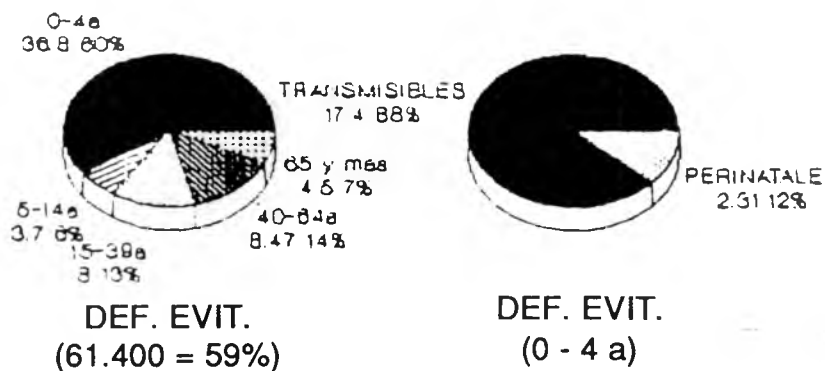


Fuente: COMO SALAMER OPS 90

Fuente: COMO SALAMER OPS 90

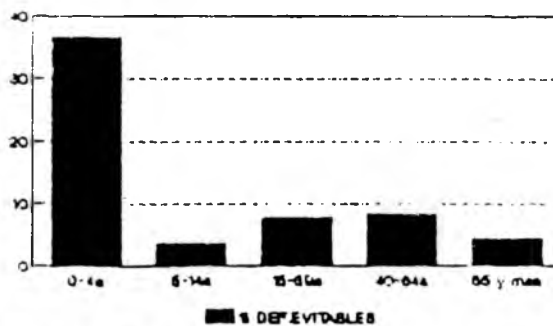
Gráfico 12

**GUATEMALA DEF. EVITABLES
META: E.V.NAC. 70 a**



Fuente: COND. SALAMER OPS 80

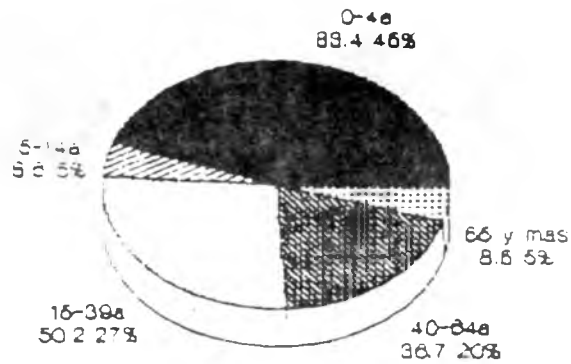
**GUATEMALA DEF. EVITABLES
META: E. V. NAC.: 70a**



Fuente: COND. SALAMER OPS 80

Gráfico 13

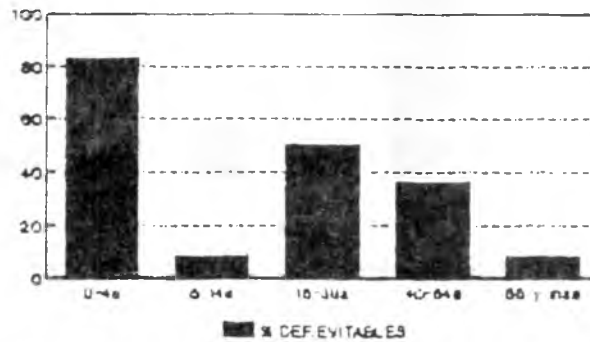
MEXICO DEF. EVITABLES ESP. V. NAC.: 75a



187.400 D. EV.
33.0 %

Cond. Sal. Amer. OPS 90

MEXICO DEF. EVITABLES ESP.V.NAC. 75 a



Cond. Sal. Amer. OPS 90

Gráfico 14

Prevalencia de Hepatitis B (HBsAg) en Centroamérica y el Caribe



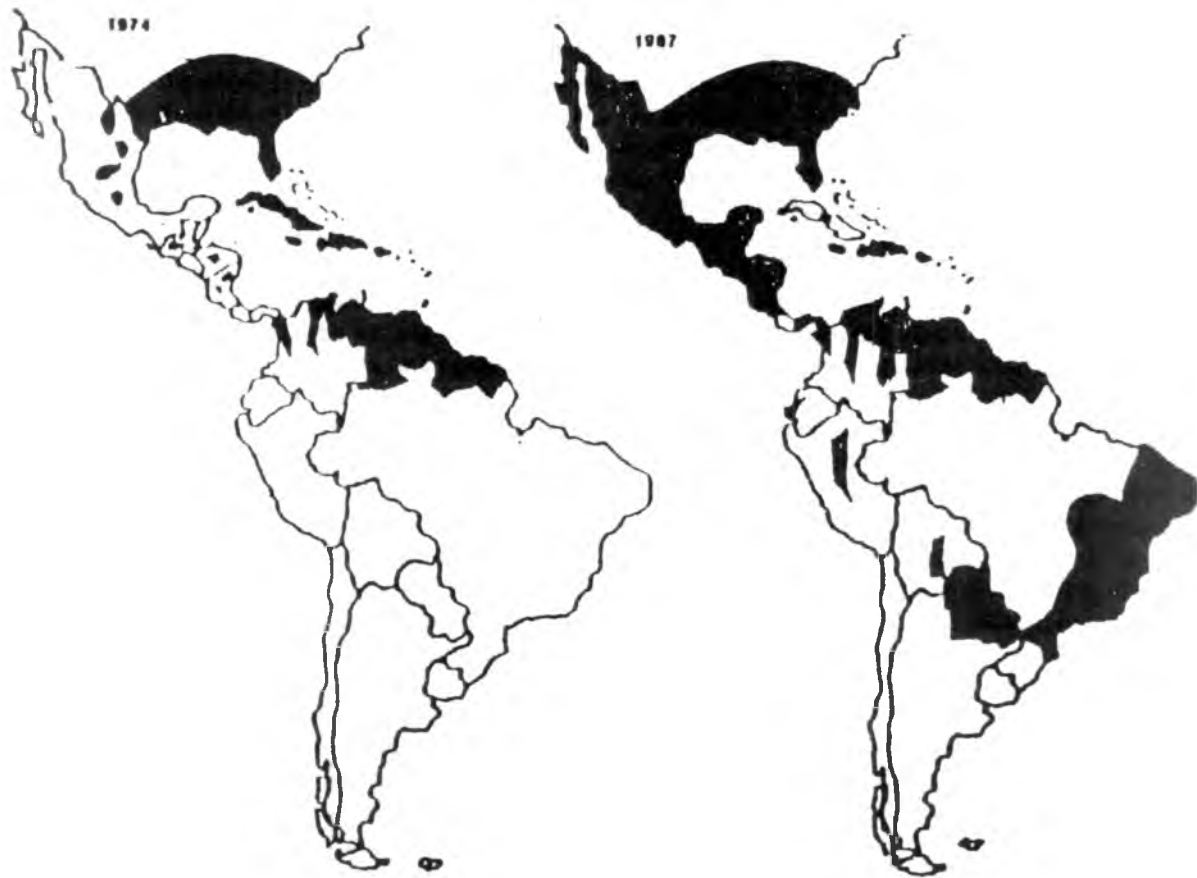
Gráfico 15

Prevalencia de Hepatitis B (HBsAg) en América del Sur



Gráfico 16

DISTRIBUCION DEL AEDES AEGYPTI EN LAS AMERICAS



En 1987, el índice en Cuba fue de menos del 1%.
En Argentina se encontró recientemente el Aedes Aegypti en las provincias de Formosa y Misiones, siendo eliminado de esta última. (Ministerio de Salud, Argentina, 1988)

ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD EN AMERICA LATINA Y SU INTERACCION CON LAS PRACTICAS EN SALUD.

Francisco Eduardo de Campos

Consultor Regional en Desarrollo de Recursos Humanos Organización Panamericana de la Salud

ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD EN LA AMERICA LATINA Y SU INTERACCION CON LAS PRACTICAS EN SALUD.

1. Prácticas en Salud en América Latina

Se puede fácilmente decir que esta última mitad de siglo impone profundas alteraciones en las prácticas en salud de Latinoamérica. El modelo tradicional de desarrollo de esta práctica en los años 50 estaba fundado en tres componentes: la práctica médica liberal como el modelo hegemónico de prestación de servicios, destinada a aquellos segmentos sociales capaces de soportar sus costos, la medicina filantrópica que prestaba asistencia médica a los sectores marginados y, finalmente, la salud pública desarrollada bajo el control del estado visando el control de la transmisión de enfermedades a través de campañas y saneamiento del medio ambiente. La práctica liberal, modelo hegemónico de organización de los servicios, tiene como principal rasgo el hecho que no admite intermediación en su ejercicio: en ella dos y solamente dos actores se encuentran en el mercado, uno de ellos portador de un determinado sufrimiento que no puede resolver por sí mismo y el otro portador de un conocimiento acumulado en todo el proceso de división técnica y social del trabajo. Estos dos actores, por un acto volitivo soberano entran en contacto estableciendo una íntima relación singular sujeta sólo a pautas generales que rigen el ejercicio profesional. La posibilidad de suceso de este modelo estaba dada por la posibilidad de que en la inmensa mayoría de los casos este único profesional pudiera cerrar un ciclo que proporcionaba al cliente una unidad de cuidado que, resolviendo o no su problema, era representada por el establecimiento de un diagnóstico y de un asesoramiento terapéutico. Por distintos motivos que serán discutidos adelante este modelo liberal de organización de la práctica médica entra en crisis, disminuyendo acentuadamente su participación en cuanto al volumen total de prestación de servicios de salud desde entonces.

Uno de los factores que concurren para la crisis de esta modalidad de ejercicio profesional es el progreso

técnico-científico que incorpora a la práctica médica una serie de nuevos conocimientos y tecnologías. A raíz de este progreso fragmentase más y más el trabajo a través de la introducción de sucesivas divisiones del trabajo médico. El resultado es la proliferación de especialidades y subespecialidades, algunas de ellas justificadas en el desarrollo de nuevos conocimientos y otras tantas dependientes y subordinadas a equipos y tecnologías específicas. En este contexto, el trabajador singular que aisladamente podía cerrar el ciclo diagnóstico-terapéutico pasa a ser sustituido por un conjunto de trabajadores y tecnologías. El resultado final también aquí consiste en una unidad de cuidado, que representa el establecimiento de un diagnóstico y la proposición de una terapéutica. El efecto de la sustitución del trabajador aislado por el trabajador colectivo dependiente de tecnología es el incremento en escala acelerada de los costos de la práctica médica, que torna prohibitivo su consumo masivo por la población. En este contexto, los mecanismos filantrópicos que aseguraban servicios a la población entran también en crisis por el incremento de los costos. Resulta entonces una situación donde, de mantenerse solamente el modelo liberal de organización de la asistencia a la salud, esta pasaría a ser un servicio de consumo suntuario, y serían cada vez más restrictos los segmentos de la población que obtendrían acceso a su consumo. Esto caracterizaría una situación políticamente insustentable.

Una racionalidad política y además una racionalidad económica, imponen la necesidad de asegurar la salud a los grupos poblacionales imposibilitados de comprar directamente en el mercado la práctica médica liberal. El acelerado proceso de urbanización e industrialización lleva a la sociedad a tener que responder políticamente a las demandas sociales de los segmentos marginados de la sociedad donde la lucha por la obtención de salud pasa a ganar densidad política. Por otra parte, el proceso de industrialización crea un proletariado industrial cuya especialización representa inversión de capital y que demanda consecuentemente la manutención en razonables condiciones de salud. Las respuestas a estas necesidades son, por una parte, la expansión de los mecanismos de la seguridad social, ahí incluida la salud y la extensión de la cobertura de los

servicios públicos de salud. En el mundo desarrollado este momento corresponde al establecimiento del concepto del "welfare state", como conquista de la ciudadanía donde la provisión de servicios deja de ser una dádiva y pasa a formar parte de una pauta de negociación social. La evidente imposibilidad de extender la práctica liberal tiene el efecto de activar la búsqueda de alternativas a ella. La necesidad de controlar los costos destruye el contacto singular entre el médico y el paciente, imponiendo una intermediación en esta relación. De esta forma, el ejercicio de la profesión médica pasa a ser intermediada por agentes extraños como el Estado, seguros públicos y privados, empresas, cooperativas profesionales, entre otros. Es un proceso sin fin, donde la división técnica del trabajo, provocada por los avances del conocimiento científico y por la incorporación tecnológica hace aún más complejo el trabajo. Así, es inevitable que cada día tienda más a desaparecer el trabajador autónomo que controla todo su proceso de trabajo, siendo éste paulatinamente sustituido por el trabajador colectivo en salud. Es este el proceso de alienación del trabajo en salud, definido como un proceso donde el trabajador pierde la propiedad de los medios de producción, alejándose y perdiendo el control sobre el producto de su trabajo. En este contexto, el campo de salud pasa a ofrecer posibilidad de acumulación de capital, pasando el capital mercantil a penetrar el área, imponiendo una nueva realidad, subvirtiendo las relaciones existentes, haciendo que los profesionales de salud de una misma categoría profesional no puedan continuar siendo entendidos como un agregado homogéneo sino como algo que cambia a una nueva realidad. En algunos países estudios cualitativos dan cuenta que cada día se concentra más la acumulación diferencial de ingresos dentro de la categoría médica. Médicos patrones, médicos asalariados, sub-empleo, desempleo son palabras que casi no se oían 20 años atrás. Aunque se pueda constatar el notable descenso del ejercicio liberal de la medicina en términos de su participación en el conjunto de los servicios prestados en nuestros países, persiste todavía como modelo ideal o deseable, nostálgicamente rememorado por la mayoría de los médicos. Esto se debe sobretodo al hecho de que hay una visceral y profunda relación entre el ejercicio liberal exitoso y la docencia de medicina. El simple hecho de ser docente en una Facultad confiere prestigio al profesional y le abre el camino de la práctica privada. Recíprocamente el triunfo del profesional en la práctica liberal suele abrirle las puertas de la docencia. En la docencia, la transmisión de saberes y habilidades está profunda-

mente contaminada y embebida de ideología, de la visión de mundo de aquellos que la transmiten. Así es que los estudiantes de medicina forman valores que sólo son posibles en la práctica médica liberal, de acuerdo a su aprendizaje. Créase de esta forma el dilema crucial de la educación médica que es la imposibilidad completa de que los estudiantes vengan a ejercer una práctica para la cual son ideológicamente preparados.

El proceso antes señalado hace que la configuración de la prestación de servicios de salud haya pasado por profundos cambios en los últimos años. El primero y mayor de los cambios es una notable y generalizada expansión de la prestación de servicios de salud. Este crecimiento no debe ser entendido como un hallazgo aislado sino que debe ubicarse en un contexto general de expansión de las políticas sociales en la región, entre las cuales se destacan salud y educación. Es este el momento en que el Estado pasa a intervenir en la salud, por un lado mediante la creación o expansión de la cobertura de la seguridad social y por otro a través de los programas de expansión de la cobertura de la atención primaria de los servicios de salud. Sea con el propósito de propiciar condiciones favorables al proceso de industrialización, o bien con la intención de amortiguar las tensiones sociales causadas por el violento proceso de acumulación de capital, o con la finalidad de intentar el control de la natalidad en la región, el estado pasa a ser un importante proveedor de servicios de salud en la mayoría de los países. Buena parte de la población rural y de las periferias urbanas que antes no tenían acceso a servicios de salud pasan a tenerlo en este momento.

Otro indicador de esta expansión es el crecimiento del contingente de trabajadores de salud en la década de los 70, que sobrepasó en mucho el incremento económico y demográfico ocurrido en esta década. La piedra fundamental de este movimiento de intervención estatal en la planificación económica y social y por tanto en la política de salud, está enmarcado en la carta de Punta del Este, seguida por el Plan Decenal de Salud de 1973, que define la actuación de los países con el apoyo de la OPS/OMS en el sentido de planificar salud. Uno de los instrumentos más potentes que tiene el Estado en sus manos para contribuir con la expansión de salud es el estímulo al crecimiento de la formación de profesionales, para lo que utiliza la cooperación técnica brindada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a los países conforme lo expresan distintas resoluciones de sus Cuerpos Directivos, como

lo señala Rodríguez (1987).³ Los planteamientos que se hacen en los albores de la planificación están sesgados por una concepción desarrollista donde se identifica y se hace la correlación entre el desarrollo económico con la mejoría de las condiciones sanitarias, en lo que jugaría un papel fundamental el número de profesionales de salud y particularmente el número de médicos. No debe olvidarse que esta década coincidió con un momento de relativa bonanza económica que hizo posible la expansión del concepto de "welfare state". Este momento se refleja también en los países periféricos que también se valen de los residuos de la prosperidad económica para incursionar en el campo de las políticas sociales como política compensatoria. Para esto contribuye el reconocimiento de la salud como un objetivo a ser atendido en condiciones de equidad y no solamente algo que pudiera ser manejado por las leyes de mercado. En esto la estrategia mundial de "Salud para Todos" es quizás el momento culminante de un proceso. Otros factores concurren para explicar la explosión de la enseñanza superior en el continente al final de los años 60, entre los cuales siempre se cita la emergencia de "clases medias" urbanas ansiosas por ascensión social y la adopción en algunos países de políticas no restrictivas a la matrícula universitaria. Escapa del ámbito de este trabajo discutirlos exhaustivamente. Sin embargo, es importante señalar que en muchos países este incremento se da al mismo tiempo que ocurre la privatización de la enseñanza superior. Esto puede ser interpretado como parte de una lógica estructural del desarrollo capitalista donde el crecimiento del sector de prestación de servicios pasa a ser cada vez más importante, comparativamente al crecimiento de la producción de las mercaderías. Muchos de los estudios recientes indican además que aún dentro de la prestación de servicios el sector salud tiene una especial relevancia.

La velocidad de este crecimiento cae en los años 80, aunque la salud siga siendo un sector no despreciable de la economía. En la mayoría de los países desarrollados el sector salud participa, variando de un caso a otro, con el equivalente a un décimo de la economía, conforme afirma Medici. Una explicación que se puede ensayar para esta desaceleración puede ser la crisis económica que afectó al mundo y a la región. La renegociación de la deuda externa drena los recursos que serían necesarios para mantener el funcionamiento del aparato público. Bajo la crisis fiscal que afectó prácticamente a todos los países surge la necesidad de garantizar el flujo de divisas al exterior, lo que a su vez

lleva a los países a adoptar medidas de ajuste económico recomendadas por el capital internacional. El efecto sectorial es el desfinanciamiento del sector público en América Latina que se evidencia cada vez más. El riesgo que se enfrenta es que los sectores salud y educación sean los más afectados por los perversos mecanismos de ajuste. Esto podría significar un retroceso en avances logrados en los últimos años en el reconocimiento de la salud como derecho universal y la búsqueda de la equidad en su prestación. En estas circunstancias, frente al deterioro de los servicios públicos, los segmentos privilegiados de la población pasan a buscar soluciones individuales para sus problemas de salud, como la contratación de seguros privados. No sería novedad entonces que el enorme contingente de la población desvalida se quedara una vez más discriminada, sometida a una medicina simplificada para las enfermedades de los pobres. Esto es lo que puede estar disfrazado en las propuestas privatizantes que parecen estar por ingenuidad o mala fe de nuevo en moda en el Continente. Lo que las propuestas de privatización olvidan al resaltar la mayor eficiencia del sector privado en la prestación de servicios es que si hubo esta eficiencia, esto se dio gracias a una relación incestuosa entre este sector y el público, en la que este último siempre carga con todas las actividades que representan mayores costos, aliviando así la carga del primero.

2. Fuerza de Trabajo en Salud en Latinoamérica. Estructura y Dinámica

Se conoce que la Fuerza de Trabajo en Salud posee estructura, lo que significa una configuración actual, permeada por múltiples mecanismos de determinación y que además esta estructura no es fija, sino que está sujeta a una determinada dinámica. Dinámica que entra aquí como idea de movimiento, no un movimiento casual o aleatorio sino un movimiento en el cual se hacen presentes conjuntos complejos de múltiples determinaciones. Hay en realidad dificultad aún para delimitar precisamente lo que es fuerza de trabajo en salud. Esto debido a que el mercado de trabajo en salud en particular es uno de los más complejos que se conoce. No se puede hablar de fuerza de trabajo en salud como un objeto genérico sino como algo cambiante en los contextos históricos y sociales en los cuales se ubica. A lo largo de la historia y de distintas configuraciones sociales, determinadas profesiones ganaron o perdieron importancia en el área de la salud. De la misma forma que la clínica y la cirugía confluyen

a partir de distintas posiciones en la vida social medieval para conformar lo que es el modelo médico prevalente en los últimos años, otras profesiones pueden dejar de pertenecer al campo de la salud. El ejemplo más claro de este fenómeno hoy es el de la profesión farmacéutica que pasó por sustantivas transformaciones a lo largo de los últimos años. En la medida que la producción de medicamentos deja de ser artesanal y se industrializa, se puede detectar una tendencia a que el farmacéutico de hoy sea muchas veces más un profesional del comercio que del sector salud. Otro ejemplo es el de la creación de semi-profesiones constituidas a partir de la incorporación de tecnologías muy específicas al sector, tanto en el nivel técnico cuanto en el superior. A un extraterrestre que llegara a la tierra le sería difícil clasificar como pertenecientes a la misma profesión tipos como un ultra-sonografista, un patólogo, un ortopedista y un psiquiatra. De esta forma el sector salud se compone de categorías y subcategorías profesionales, que por su alto grado de profesionalización, su compleja estratificación, su fragmentación y además su dependencia de otros sectores que le imponen las innovaciones tecnológicas, debe siempre ser analizado a la luz de los determinantes históricos y sociales como un campo de tensión y en constante movimiento.

La dificultad empieza con la definición de lo que viene a ser la exacta dimensión del término "Fuerza de Trabajo en Salud". El grupo de trabajo que convocó la OPS en 1984, con el fin de establecer un marco referencial acerca de la Investigación en Personal de Salud, consideró que aunque se hayan tomado los términos **recursos humanos, personal de salud y fuerza de trabajo** como sinónimos, efectivamente no lo son. Este grupo trató de definir cada uno de esos términos. Aclaró que recursos humanos es el término más amplio, comprendiendo "a todos los individuos y grupos que, organizados formalmente o no, pueden satisfacer, en un momento dado, un objetivo determinado en el campo de la salud. Por personal de salud se entiende un concepto más restringido que comprende "los individuos que se encuentran organizados para trabajar dentro del sector salud, (...) las personas que han recibido educación institucionalizada y/o cuentan con un reconocimiento jurídico para practicar". Ya el concepto de fuerza de trabajo en salud tendría índole económica, refiriéndose al "subconjunto de los recursos humanos y de personal que participa en acciones de salud por la vía de la remuneración económica". Otro autor que se ocupó de establecer las dife-

rencias entre los conceptos vulgarmente utilizados como sinónimos, Nogueira¹ señala que hay un punto ciego en los análisis anteriores acerca de recursos humanos que es exactamente la dificultad de entender las determinaciones económicas, lo que llevaba a que los análisis siempre se desviasen por el lado de lo administrativo, lo que a su vez está muy ligado a la propia formulación conceptual del término recursos humanos. El mismo autor subrayó en 1983 que la comprensión de mercado de trabajo viene más por la lógica de la economía mientras que el término recursos humanos procede más de la lógica de la administración de los recursos. Esto lleva a que el problema mismo de los distintos abordajes que se dieron al trabajo en salud - sea en la vertiente que lo mira en cuanto a recursos humanos, sea en la vertiente fuerza de trabajo, se constituya en objeto de discusión. Todo ese desarrollo conceptual no debe ocultar el hecho de que poco se conoce acerca de este tema.

Aún con lo poco que se conoce se puede determinar que hubo cambios significativos en el mercado de trabajo en salud en los últimos años. Estas modificaciones están profundamente vinculadas a los cambios ocurridos en las prácticas de salud, con las cuales mantienen una intrincada relación de determinante-determinado. El crecimiento de la década del 70 incide, como se dijo arriba, de forma evidente en la formación de personal de salud. El crecimiento del número de escuelas también es nítido: Según datos de la OMS en el mundo subdesarrollado las escuelas médicas crecen de 254 a 608 entre los años 65 y 75. En la América del Sur, la relación médico/habitante incrementa un promedio de 25% en este mismo período. Sin embargo, este incremento no es suficiente para revertir las condiciones sanitarias prevalentes en la región. En algunos países se dice con un cierto humor que el incremento del número de graduados empeoró la apariencia de los servicios de salud que antes tenían sólo una cola de enfermos buscando atención (que no desapareció) y pasaron a tener una cola adicional de profesionales de salud en búsqueda de empleo.

Aunque el contingente de trabajadores de salud no haya disminuído en los años 80, sería necesario examinar con profundidad el impacto de la crisis sobre su trabajo. Observaciones personales dan cuenta que en algunos países ocurre un significativo descenso salarial (principalmente de las categorías más marginales y menos organizadas), que tiene como consecuencia la búsqueda de ocupaciones adicionales como estrategia

de sobrevivencia. En otros países se relata que los trabajadores de salud, aunque no dejan sus ocupaciones pasan a ejercer otras actividades, lo que debe tener consecuencia sobre la calidad de los servicios prestados.

Además de los hallazgos anteriormente señalados hay otros que hablan respecto a variaciones cualitativas en las prácticas de los servicios de salud. Nogueira y Brito² señalan que hay un incremento de la participación de la mujer en la fuerza de trabajo en salud en los últimos años. Los autores constatan que aunque tradicionalmente haya habido predominio femenino en la composición de la fuerza de trabajo en salud, la inserción se dió en las categorías jerárquicamente subordinadas. En los años recientes se constata un notable incremento de la participación de mujeres en la categoría médica. Algunos países de la región gradúan hoy más mujeres que hombres. Es interesante notar que en un estudio recientemente realizado en Brasil se constató que las mujeres son homogéneamente peor remuneradas que los hombres.

3. El rol de la Universidad

La Universidad latinoamericana mucho tiene que ver con las prácticas de salud desde distintas perspectivas: En un primer plano, ella tiene el desideratum social y los instrumentos para investigar y conocer esta realidad. En un segundo plano, ella es quien forma buena parte de estos contingentes profesionales, en niveles de pregrado y postgrado. Por último, en muchos países las universidades prestan servicios de salud en hospitales y ambulatorios, utilizando fuerza de trabajo en salud. En esta triple condición es que debe reflexionarse sobre el tema. En una reunión como esta, de Universidades, hay que tener siempre en cuenta la importancia de la reflexión crítica y autocrítica, que debe ser de hecho el sello permanente y constante de la vida de las instituciones académicas. Es en este sentido que se plantean las reflexiones que siguen.

3.1. La función de producción del conocimiento

Cabe una reflexión acerca del por qué del poco conocimiento en esta área. Una posible explicación para esta poca acumulación de conocimientos podría ser que son escasas las investigaciones acerca de esta temática en el continente. Este cuadro se torna más agudo si uno busca investigaciones que hayan contribuido para sobrepasar la pura descripción de los fenómenos encontrados, avanzando en la búsqueda de sus

explicaciones y determinaciones. Además es perceptible que la participación académica en la ampliación de las fronteras de este conocimiento ha sido limitada. Muchas de las investigaciones realizadas lo fueron desde gremios profesionales, órganos de desarrollo de recursos humanos y de estructuras académicas no universitarias como son las escuelas de salud pública. Sería necesario que las instituciones académicas tomaran a su cargo la labor de proponer más y mejores investigaciones que pudieran contribuir al real entendimiento de la situación y de sus tendencias.

No sería mucho esperar que la mayoría de los países conocieran siquiera datos triviales como el número de profesionales disponibles en las diferentes categorías que componen el sector salud. Este dato viene siendo aceptado como uno de los principales indicadores para la caracterización de los sistemas de salud. La lamentable conclusión es que este conocimiento no está sistematizado en la mayoría de los países. En muchas situaciones hay desactualización de más de una década en relación a los datos disponibles. Es de subrayarse entonces la necesidad de avanzar más allá de las informaciones cuantitativas acerca del número de los profesionales de salud para los análisis de calidad y de pasar de la apariencia a la esencia, con sus variables y explicaciones. Cuestiones cruciales como los mecanismos de organización de los profesionales de salud, su remuneración, su participación diferencial en la producción de los servicios de salud, los modelos e ideologías que se reproducen en sus prácticas, sencillamente no son bien conocidas.

Adicionalmente, podría contribuir a la explicación de la poca acumulación de conocimiento en este sector, el hecho de que los intentos de comprensión e intervención en el área casi siempre vienen siendo atomizados desde campos cognitivos y disciplinas distintas y no siempre compatibles entre sí. Hay quienes consideran que los problemas del área están en el campo de la pedagogía, centrandose su atención sobre los procesos de enseñanza-aprendizaje de los profesionales de salud, identificando la inadecuación entre lo que se enseña, la práctica médica y la realidad sanitaria. Tales intentos en general terminan resultando en dichas propuestas de modernización y cambio curricular. Estas a su vez, al aislar la formación de la utilización de los profesionales, ignoran la profunda determinación de este segundo sector sobre el primero, resultando superficiales y poco efectivas. De otra parte, los estudios sobre la utilización de personal muchas veces están basados

en la transposición de las ciencias administrativas que tienen aplicabilidad al sector productivo de la economía, donde el objetivo es la ganancia y es posible pensar en producción en escala, sustitución de trabajo vivo por tecnología, al sector salud. A raíz de no haber una reelaboración del conocimiento, no se consigue explicar las particularidades del trabajo en salud. Estas tentativas no logran más éxito que las anteriores, resultando en la mayoría de las veces fracasos rotundos. O sea, difícilmente se podría señalar una visión más comprensiva de todo el proceso de formación-circulación- utilización de la fuerza de trabajo en salud.

Se podría así sacar una primera conclusión: el área de recursos humanos viene siendo tratada en la mayoría de los países, no con la seriedad científica que podría merecer, sino como un área donde predomina la interacción empírica de aficionados. Es como si fuera el área que tuviera como fundamentación el sentido común de la gente, donde por lo tanto bastaría la existencia de buenas intenciones para que se lograran resultados. Sólo como ejemplo, a ninguna autoridad sanitaria se le ocurriría entregar la ejecución de una cirugía cardíaca a alguien que tuviera solamente buenas intuiciones acerca del tema; en este caso, sí se exigiría de esta persona conocimientos, capacitación, estableciéndose requisitos mínimos para que pueda ejercer esta modalidad de práctica. En cambio, el área de recursos humanos es frecuentemente entregada a aficionados. No se le reconoce ninguna dignidad científica y los encargados de su manejo en muchas situaciones están desprovistos de la formación y de los conocimientos que de ellos se debería exigir. En cuanto no se reconozca que esta área, exactamente por penetrar un espacio de interdisciplinariedad, exige de sus profesionales profundización científica de los conocimientos que orienten sus intervenciones, será difícil de obtenerse un análisis científico potente para cambiar la realidad. Está exactamente en este punto un primer desafío a la universidad en cuanto a su función de producción de conocimiento. Conocer la estructura y la dinámica de la fuerza de trabajo como un objeto privilegiado de trabajo, profundizar sus determinaciones históricas, económicas y sociales es en sí un reto. Este desafío, además de tener utilidad en sí mismo, puede además provocar la propia crítica del trabajo académico en formación de personal. En este caso, la universidad estará estudiando un objeto en el cual ella misma es uno de los actores más actuante.

Más allá de este primer objetivo, la institución académica podría contribuir en el desarrollo epistemológico de este campo interdisciplinario, en el que participen entre otras la administración, la pedagogía, la economía, la historia.

3.2. La función de formación de personal

Es antiguo el debate acerca de la inadecuación de los perfiles de los profesionales formados en las instituciones académicas y las necesidades de salud de la población de la región. Esta discusión tomó contornos distintos en varios momentos. El conjunto complejo de determinaciones entre formación, modelo organizacional de los servicios de salud y realidad epidemiológica pocas veces fueron discutidas con la profundidad merecida. Mejor dicho, la discusión se dió y se da en sitios periféricos como los departamentos de salud colectiva. De ahí se puede constatar un bajo impacto sobre las prácticas efectivas de educación en salud. Como se resaltó antes, la falta de una visión más totalizadora llevó a frustrados intentos de reforma educacional que muchas veces no eran más que un rediseño de organización curricular, desplazamiento de disciplinas y en los casos más radicales la enseñanza impartida en un ambiente de consulta externa. Se puede observar que en la mayoría de los casos no se logró avanzar en el problema fundamental que es el hecho que las inserciones de los docentes en el mercado es marcadamente distinta de la que tendrán sus alumnos. En cuanto estos primeros monopolizan el ejercicio liberal clásico de la medicina, los segundos fatalmente deberán trabajar en instituciones. El problema es que los docentes moldean ideológicamente a los estudiantes para prácticas inexistentes en sus realidades. Peor aun, muchas veces los programas "comunitarios" de las Facultades de Medicina, en la mayoría de las ocasiones confiados a departamentos alejados del núcleo central del poder, cumplen el papel de aislar las preocupaciones sociales del conjunto de la escuela médica. Pareciera como una vitrina de demostración donde las actividades "comunitarias" son puestas en relieve, al mismo tiempo en que el modelo hegemónico sigue no cuestionado. Aún más, en distintas situaciones los mínimos logros obtenidos, como fue la enseñanza por sistemas, la enseñanza fuera del centro de reproducción de la ideología del poder médico que es el hospital universitario, fueran revertidos. Así es que muchas veces la educación médica más se asemeja al teatro que a la realidad. Joao Amilcar Salgado en dife-

rentes estudios y publicaciones constató que la mayoría de lo que los médicos utilizan en sus prácticas concretas, lo aprenden fuera de la escuela de medicina, en lo que el autor pasó a llamar "currículo paralelo". Este currículo, al contrario del formal refleja todas las distorsiones presentes en la práctica médica, donde (en la situación específica descrita) pone al estudiante en contacto con la mercantilización de las prácticas en salud. Mientras que han ocurrido cambios radicales en las prácticas en salud, como se señaló anteriormente, esto poco se reflejó en la enseñanza universitaria. En rasgos generales se podría decir que el continente sigue teniendo una universidad alienada de los problemas corrientes que afectan la vida de la población.

Sólo es posible localizar una salida en la medida en que se comprenda el problema en toda su dimensión y profundidad. Hay que entender la universidad como la institución mantenida por toda la sociedad que tiene a su cargo la construcción de la ciencia y la reproducción del conocimiento que puedan dar una respuesta a las necesidades de la sociedad. Pero además de esta declaración retórica hay que comprender la contradicción en la cual se mueve esta institución. No se trata de hablar de una universidad ideal de nuestros sueños sino de entenderla en sus concretas y complejas determinaciones. La universidad no es un monolito. En su interior se hacen representar los intereses de las distintas clases sociales y de sus fracciones. Vive de esta forma bajo una permanente contradicción. La misma autonomía que fue, viene siendo, y podrá, por mucho tiempo, ser trinchera de las luchas contra las tiranías, puede tener un efecto paradójico que es que con ello se corre el riesgo de emanciparla de la misma sociedad que la mantiene. Esta es una lucha sin cuartel, larga, difícil, penosa, desgastante, en la cual deben estar involucrados todos aquellos que, a despecho de las incertidumbres y retrocesos del presente momento, tienen la convicción de que es necesario continuar.

3.3. La función de prestación de servicios

Aunque no sea esta la principal función social de las instituciones académicas se puede concluir que ellas tienen en algunos países un importante rol en este sector. Un ejemplo es Brasil, donde la mayor red hospitalaria federal corresponde a los Hospitales Universitarios. Por un lado, sería importante la integración de esta red a la prestación de servicios de salud como centros de referencia, para las prestaciones que involucran procedimientos de alto costo. Investiga-

ciones operacionales podrían fácilmente ser de ahí derivadas, pruebas de modelos experimentales, entre otros. Otra función que podrían tener estos servicios sería el control de calidad de insumos y padronización de procedimientos. Esto no debe aplicarse solamente a los hospitales, sino a toda participación que debería tener la academia en toda la red de prestación de servicios de salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Nogueira, Roberto Passos. Tendencias y perspectivas de la investigación sobre personal de salud en las Américas/Trends and prospects for research on health personnel in the Americas. *Educ. Médica y Salud*. 19(1):25-47, 1985.
2. Nogueira, Roberto Passos; Brito, Pedro Luis. Recursos Humanos en salud de las Américas/Health Manpower in the Americas. *Educ. Médica y Salud*. 20(3):295-322, 1986.
3. Rodríguez, María Isabel, en Borrel, R.M. y Rodríguez. Estudios de becas otorgadas a 22 países de la Región de las Américas en el período 1971-1987 - Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud. OPS/OMS Diciembre 1988. Documento mimeografiado. Páginas 1-191.

Tecnología en Salud - El Papel de la Universidad

Dr. Roberto Eugenio Almeida Magalhaes
Profesor ayudante de radiología de la Universidad del Estado de Río de Janeiro
Coordinador de Ciencia y Tecnología de la Secretaría de Estado de Salud
de Río de Janeiro

INTRODUCCION

La cuestión de la tecnología en salud está adquiriendo gran importancia en los análisis de los problemas médico-sociales. El enfoque más objetivo del tema, a partir de 1980, se centró en las repercusiones económicas de la cuestión y surgió, evidentemente, en los países desarrollados. El aumento de los costos debido al uso de tecnologías de complejidad creciente llevó a las autoridades sanitarias y económicas, principalmente en Estados Unidos y Europa, a abordar el problema con estrategias bien definidas.

La percepción de que pasaba algo digno de un análisis conyuntural ya era evidente en todo el mundo en las instituciones de servicios de salud, tanto individuales como colectivos, pero fue realmente el estímulo económico lo que condicionó los primeros enfoques racionales. Estas evaluaciones hallaron eco en los estudios y conceptos desarrollados por el enfoque sociológico de los problemas sanitarios, y fue de la conjunción de estos esfuerzos con componentes epidemiológicos, políticos y económicos que surgieron una serie de actividades, hoy en día organizadas metodológicamente, una de las cuales recibe el nombre genérico de tecnología en salud.

ASPECTOS HISTORICOS

La práctica de la medicina, entendida como la relación entre el supuesto portador de un "mal" y el profesional teóricamente preparado para auxiliarlo, data de tiempos inmemoriales.

El producto final que se espera de esta relación es un cierto grado de alivio del mal que aflige al paciente.

Según la definición de Gilberto Freyre, "la ciencia o paraciencia de la medicina es el recurso que emplean los grupos e individuos para protegerse —por medio de prácticas ecológica y culturalmente diversas que abarcan desde el exorcismo hasta el tratamiento con penicilina— contra pestes, enfermedades e interrupciones más

o menos profundas de la salud individual o del bienestar social: interrupciones de una normalidad que todas las sociedades tienden a considerar como un elemento esencial para su funcionamiento".

Para que existan estas relaciones es necesario que el agente participe activamente y que el paciente acepte las prácticas preconizadas, y en ellas actúa como intermediario el uso de los conocimientos y de la tecnología. La tecnología está siempre presente, independientemente del período histórico en que se analice esta relación, variando, por supuesto, en cuanto al grado de complejidad.

La postura "soberana" del médico o de la persona que ocupa un lugar semejante en esta relación llevó a la adopción de una postura extremadamente autosuficiente y autoritaria, propia de un sabelotodo que sabe exactamente qué hacer en cada situación de morbilidad. La mayoría de las sociedades organizadas aceptaban esta sumisión con un grado de cuestionamiento variable, y las relaciones se mantenían en estos términos debido a una serie de factores condicionantes, entre ellos la falta de opciones.

Ese fue más o menos el cuadro observado hasta mediados del siglo XIX. Ya a partir del 1800, en algunas sociedades los médicos comenzaron a cuestionar ciertos procedimientos que venían usando. Estos cuestionamientos se referían básicamente a la vertiente terapéutica del asunto, ya que en cuanto al diagnóstico los intereses eran sumamente limitados. Se consideraba que toda enfermedad era fatal si no se la trataba y que todas se debían a la "congestión" interna de los órganos. No se comprendía el concepto de autolimitación de las enfermedades.

En 1830 se presentó en Inglaterra el primer informe de un enfoque "científico" de algunos procedimientos médicos. Varios enfermos de fiebre tifoidea y delirium tremens fueron separados en dos grupos. Uno fue tratado con métodos convencionales (purgantes, vomitivos, sangrías, etc.), y el otro no recibió ningún tratamiento.



21 OCT. 1991

Al concluir el estudio se contaron los sobrevivientes y se observó que eran mucho más en el grupo de los que no habían recibido tratamiento. Este informe se considera como la primera instancia de evaluación de la tecnología en salud.

Poco a poco, las observaciones de este tipo fueron llevando a un grado de perplejidad cada vez mayor, que culminó en el llamado "nihilismo terapéutico", con el cual toda forma de tratamiento pasó a ser considerada ineficaz y simplemente fue descartada. Había solamente una lista muy restringida de medicamentos aceptados, básicamente la digitalina para los problemas cardíacos (que en esa época ya habían sido individualizados), la quinina para la malaria, la aspirina para la fiebre y la morfina para los dolores. En esta fase, sin embargo, se realizaron adelantos importantes en los conceptos y técnicas de diagnóstico.

El descubrimiento de las sulfamidas en 1930 y más tarde de la penicilina reavivó la fe en la terapéutica y aparecieron los precursores del complejo médico-industrial.

La aparición de la primera quimioterapia no fue casual, y la primera consecuencia práctica de su advenimiento fue la llamada "medicina Científica", que surgió a fines del siglo XIX, calcada en los estudios de microbiología, posibilitados por la invención del microscopio. Estos estudios, que permitieron conocer con más detalles la etiopatogénesis de algunas enfermedades infecciosas y parasitarias, permitieron determinar la acción terapéutica de los nuevos medicamentos y condujeron al desarrollo de la inmunología.

Los nuevos conocimientos abrieron el camino para la introducción de nuevas técnicas vinculadas a la salud pública y se fue consolidando y perfeccionando el concepto de prevención.

Después de la Segunda Guerra Mundial surgió una nueva tendencia. Las técnicas de diagnóstico, que se fueron difundiendo en la práctica médica, comenzaron a ser el objeto de investigaciones basadas en nuevos conocimientos. En esta etapa, la complejidad es mayor.

Los rayos X, introducidos en la práctica médica a partir de principios de este siglo, recibieron un nuevo enfoque tecnológico con la invención de máquinas más potentes, de mayor rendimiento, más recursos y seguridad. Esta técnica se difunde y comienza la era de

los equipos. Hay nuevas máquinas y materiales, tanto en el laboratorio clínico como en lo que atañe a los métodos gráficos. Surgen la endoscopia y posteriormente la medicina nuclear, que se perfeccionan rápidamente. El advenimiento de las computadoras es el factor catalizador. Aparece el diagnóstico por ultrasonido y la tomografía computarizada, que revolucionarán el campo del diagnóstico por medio de imágenes.

En ese marco aparecen la resonancia magnética, la tomografía por emisión de positrones, las técnicas de ADN recombinante, los anticuerpos monoclonales y todo el potencial de la biotecnología, cuyo valor es incalculable.

Se observa, sin embargo, que el desarrollo de la terapéutica no marchó a la par de los adelantos realizados en el campo de los diagnósticos. Es cierto que se fabricaron dispositivos para reemplazar funciones vitales, como respiradores, marcapasos y distintos tipos de prótesis, además de nuevas técnicas quirúrgicas, principalmente en los campos de los trasplantes y la cirugía coronaria, pero el tratamiento de las causas de las enfermedades no avanzó mucho. A pesar de que disponemos de más información sobre las causas, seguimos muriendo de enfermedades conocidas desde hace por lo menos 50 años. No logramos impedir la degeneración de los órganos. Lo que es más, surgen nuevas "enfermedades". El trauma de la vida en los centros urbanos, la delincuencia, el suicidio y el SIDA tienen componentes prevalentemente sociales. El Tercer Mundo presenta problemas de índole diversa, causados por la desnutrición, la falta de saneamiento básico, etc.

En otras palabras, continuamos muriendo, pero ahora sabemos de qué.

TECNOLOGIA

La situación presentada en los párrafos anteriores condujo a evaluaciones más concretas.

Junto a los cuestionamientos "médicos" del asunto, surge la necesidad de contener el aumento de los costos.

El aumento de los gastos en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB) nos da una idea de la magnitud del problema: en Estados Unidos pasaron del 4% del PIB en 1950 al 11% en 1983; en Canadá, del 2% en 1950 al 7% en 1983; y en Inglaterra, del 2% al 6%

en el mismo período. Estos gastos continúan en aumento y alrededor del 25% de este incremento corresponde a los hospitales.

A todo esto se suman los costos de las tecnologías "no médicas" como saneamiento, transporte, nutrición y otras que, si bien no están directamente relacionadas, desempeñan una función preponderante en el problema sanitario. Se trata de un problema de magnitud cada vez mayor. Esta situación, típica de los países productores y consumidores de tecnología, se repite en una escala diferente en el Tercer Mundo, donde junto a las disparidades sociales flagrantes existen problemas graves de distribución de los adelantos resultantes del uso racional de la tecnología, que por lo general es importada en su mayor parte. La Organización Panamericana de la Salud estima que las ventas a América Latina y el Caribe ascendieron a 1.500 millones de dólares en 1986. En esta cifra prevalece el componente medicamentos, aunque el porcentaje correspondiente a equipo va en aumento.

Si se analiza el rendimiento de las unidades asistenciales se comprueba en todo el mundo que los resultados no reflejan los costos crecientes.

DEFINICIONES

El concepto de lo que se podría entender como tecnología en salud varía según el grado de detalle exigido.

En su sentido más amplio, se define como "cualquier tipo de conocimiento organizado que se utiliza con el fin de mejorar las condiciones sanitarias de la población". La oficina de Evaluación de Tecnologías del Congreso de los Estados Unidos la define como "los medicamentos, equipos y procedimientos médicos y administrativos empleados en el campo de la salud".

Según la Organización Mundial de la Salud, es "la asociación de métodos, técnicas y equipos con el personal que los utiliza". Este concepto tiene en cuenta la importancia de los recursos humanos en este campo.

Existen muchas otras definiciones del tema que se podrían utilizar y que varían en cuanto al grado de especificidad.

Desde el punto de vista didáctico, y para que no se haga hincapié en el componente de complejidad que

normalmente encierra la palabra "tecnología", es interesante dividir la tecnología en salud en técnicas de fomento, de prevención, de diagnóstico, de tratamiento y de rehabilitación. Otros autores mencionan las técnicas educativas y administrativas por separado, pero creemos que éstas pueden considerarse como parte de las técnicas mencionadas.

A fin de homogeneizar los conceptos, nos permitimos además definir algunas expresiones de la jerga que se utilizan en cualquier texto sobre el tema en estudio y que están sujetas a ciertas divergencias etimológicas.

Para empezar, "evaluación tecnológica", que sería la traducción de la expresión inglesa "technology assessment", no refleja el carácter activo que el concepto entraña. La búsqueda de una frase más adecuada nos conduciría a expresiones tales como "prospección tecnológica", "análisis tecnológico", "determinación tecnológica", "apreciación tecnológica", etc., pero "evaluación tecnológica" es el término más difundido.

La evaluación tecnológica consiste en una serie de actividades bien establecidas desde el punto de vista tecnológico, cuyo fin es analizar y estudiar las tecnologías en salud y sus aspectos específicos. Utiliza instrumentos epidemiológicos, estadísticos, matemáticos, económicos, sociales y médicos.

En este sentido utiliza expresiones tales como:

Eficacia	Capacidad de una tecnología para producir los resultados que se propone en condiciones ideales de operación y uso.
Efectividad	Capacidad para producir los resultados en determinadas condiciones de operación y uso.
Eficiencia	Capacidad para producir los resultados en relación con el costo de operación y uso
Efecto	Capacidad de la tecnología para modificar las características de morbilidad, mortalidad, prevalencia, etc.

Adaptabilidad	Capacidad de la tecnología para adaptarse a las condiciones sociales, políticas y ecológicas de una población determinada.
Inocuidad	Definición de la existencia y la magnitud de los daños a que se exponen el individuo, la población, el operador y el medio ambiente al utilizar una tecnología determinada.
Beneficio	Resultado positivo definido, tanto individual como colectivo, obtenido de la utilización de la tecnología.
Incorporación	Adopción de una tecnología determinada que todavía no está disponible en un sistema de salud.
Riesgo/ beneficio	Relación entre el riesgo al cual se exponen el individuo, la población, el operador o el medio ambiente y el beneficio individual o colectivo esperado.
Costo/ beneficio	Relación entre el costo unitario o difundido del beneficio uso de la tecnología y el beneficio esperado. Este concepto coincide con el de eficiencia.

Recientemente se utilizó un nuevo concepto, que creemos que es interesante mencionar, ya que refleja situaciones que se encuentran fuera de los grandes centros.

Costo/ oportunidad	Comparación entre el costo de la incorporación oportunidad de una tecnología determinada y la oportunidad que se presenta para dicha incorporación.
-----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En los textos se emplean muchísimas más expresiones, pero creemos que éstas son las más frecuentes. Si bien reconocemos la posibilidad de que existan fallas etimológicas, que podrían llevar a algunos a discrepar con las definiciones precedentes, nos arriesgamos a mantenerlas con la intención de poner en relieve los aspectos fundamentales del análisis tecnológico.

TECNOLOGIA Y SALUD

Como ya se dijo, el factor que despertó el interés en el problema de la tecnología fue las repercusiones económicas. Sin embargo, existen otros elementos condicionantes de dicho interés, entre ellos los siguientes:

- la gran variedad y el número creciente de tecnologías;
- la complejidad progresiva;
- la mayor divulgación, publicidad y expectativas sociales;
- el "mercado en expansión";
- la falta de parámetros definidos de eficacia;
- la contemporaneidad del análisis "humanismo y tecnología";
- el costo creciente;
- la falta de reciprocidad entre inversiones y resultados.

SALUD Y TECNOLOGIA

En este sentido, el análisis de la relación requiere el rescate de un concepto fundamental. **La tecnología es un medio, y no un fin.** Los profesionales de salud, en cualquier nivel de la atención, deben tener en claro que el objetivo del sistema se basa en una jerarquía que abarca la población, el individuo y el medio ambiente.

Las medidas que se tomen deben fomentar la salud, evitar la enfermedad, identificar al enfermo y su patología, curarlo si es posible, rehabilitarlo y proporcionarle la mejor calidad de vida que sea posible y readaptarlo al medio social.

Durante mucho tiempo hubo debates acalorados, principalmente en los países latinoamericanos, sobre las prioridades de la utilización de los escasos recursos destinados a la salud. La asignación de prioridad a las medidas básicas se contraponía a la llamada medicina compleja, donde la gran concentración tecnológica absorbe sumas considerables. En realidad, este análisis maniqueísta de la cuestión desvió la atención a un aspecto que no era el fundamental.

Toda la población tiene derecho a tener acceso a los medios tecnológicos que realmente contribuyen a la mejora de la salud.

A partir de esta premisa, en países como Brasil, donde ya se produjo el giro epidemiológico (es decir,

ahora mueren más personas de enfermedades crónico-degenerativas que de enfermedades infecciosas), es tan importante invertir en el nivel primario como en el secundario y terciario. El análisis y la reflexión deberían centrarse en las estrategias para utilizar correctamente los recursos disponibles y obtener mayores beneficios dentro de parámetros de necesidad bien establecidos.

En ese sentido cabe señalar que, principalmente en el sector terciario, la introducción indiscriminada de tecnologías condujo a una pérdida de los parámetros de referencia dentro del propio sistema.

Junto a los estímulos mercantilistas, incorporados en el sistema desde el comienzo de la formación de los futuros profesionales hasta los cursos de posgrado, coexisten situaciones que Vaisrub comparó con el argumento de los montañistas: cuando se les preguntó por qué escalaban montañas, respondieron que porque las montañas están allí.

TECNOLOGIA Y UNIVERSIDAD

La utilización racional de la tecnología depende mucho más de la concientización del personal de salud que de cualquier medida burocrática que a la larga adopten las instituciones o el Estado. El principal obstáculo para dicha concientización, principalmente de los profesionales médicos, es la ignorancia de los conceptos de eficacia y efectividad. Para encubrir tal ignorancia se adoptan ciertas posturas colectivamente denominadas como "ética profesional", "secreto médico" o "autonomía decisoria".

No cabe duda de que tales conceptos tienen algún componente positivo en ciertas circunstancias, pero en general son mecanismos de defensa contra las fallas causadas por la ignorancia o, en casos más graves, por la irreflexión.

La falta de datos concretos sobre el comportamiento general de la tecnología impide la divulgación de información fiable, creando el fenómeno que se convino en llamar "hallismo", conforme al cual un profesional determinado "halla" que tal conducta es la correcta en un caso, mientras que otro "halla" que no, que tal otra sería mejor, etc.

Reiteramos que la reversión de esta situación pasa necesariamente por la concientización profesional a

partir de parámetros concretos obtenidos mediante la evaluación tecnológica.

En forma más o menos acentuada, según el país que se analice, el cuadro que se observa en la formación del profesional médico contribuye al agravamiento de las distorsiones señaladas.

Desde los cursos preuniversitarios se hace hincapié cada vez más en los aspectos tecnológicos de las materias, en detrimento de los componentes humanísticos. La selección de los estudiantes se orienta a los que poseen conocimientos predominantemente técnicos.

En las facultades se presta más atención a lo complejo o lo raro que a lo sencillo o lo frecuente. En los cursos se ponen de relieve los diagnósticos o tratamientos con mayor uso de tecnologías, lo cual distorsiona la formación del estudiante.

Un factor que agrava el problema es que las actividades de evaluación tecnológica se realizan en cursos de posgrado para profesionales que de alguna manera ya han tomado cierta conciencia del problema, en tanto que los médicos generales y los especialistas, que son los que más usan la tecnología, ejercen su profesión sin que se les alerte en cuanto al problema.

El desgaste que produce la labor médica cotidiana, que consume mucho tiempo y energía, aleja gradualmente al profesional de las lecturas sobre temas predominantemente humanísticos. La avalancha de nuevos conocimientos e información obliga al médico a estudiar todos los días para actualizarse. Estos factores aumentan aún más la "tecnologización" del profesional.

El complejo médico-industrial, que por definición tiene fines de lucro, actúa como catalizador de estas reacciones con el anuncio frecuente de "avances" que a menudo no merecen ser rotulados como tales porque representan intereses puramente económicos.

En el mismo plano contribuye la divulgación indiscriminada de dichos "avances" tanto por la prensa dirigida al público en general como por las publicaciones especializadas, lo cual lleva a la opinión pública a exigir del sistema y de los profesionales la incorporación de las "últimas conquistas".

Se sobrevaloran los "centros de alta calidad", que tienen la connotación de costo elevado o gran

complejidad. La atención primaria y secundaria, que es tan importante como la terciaria y cuaternaria, son consideradas "periféricas". A las tecnologías tradicionales, perfectamente adaptadas a las condiciones socioculturales y económicas de toda la población, se las tilda de "obsoletas", lo cual es sumamente grave en el contexto sanitario. El colonialismo intelectual de la mayoría de los países del Tercer Mundo es un "caldo de cultivo" ideal para la proliferación de la charlatanería y del uso indiscriminado de tecnologías aún en evaluación, especialmente medicamentos.

Sir Douglas Black describe el comportamiento de algunos profesores de materias con un alto contenido tecnológico que se quejan del tiempo y los recursos que se gastan en especialidades tales como la medicina social y comunitaria, la psiquiatría, la geriatría y hasta la clínica médica, que "apartan a los estudiantes de actividades más objetivas".

Paralelamente, hay quienes rechazan la tecnología, acercándose a la postura nihilista, que evidentemente es tan pernicioso como las otras. En esta tendencia cabe señalar también a los que buscan mayores mercados, divulgando conceptos incompletos y propugnando "tecnologías apropiadas" ideales para un país o un pueblo determinados, condenando muchas veces al sistema de salud a no tener nunca acceso a los verdaderos adelantos, lo cual es un derecho de la población, sea del país que fuere.

En este marco, el primer paso consiste en situar el problema en su justa perspectiva, evitando los comportamientos y reacciones que oscilan entre el rechazo histérico y la receptividad irresponsable.

La aceptación de la biotecnología como la redefinición de la humanidad es tan peligrosa como su rechazo.

La tecnología en sí no es buena ni mala, pero sí lo es su utilización.

Se han publicado trabajos teóricos magníficos sobre la materia. Muchas instituciones y gobiernos están preocupados e invierten en el sector. Sin embargo, se observa una enorme distancia entre la teoría y la práctica, ya que todos los problemas observados continúan produciéndose.

No nos cabe la menor duda de que la universidad es el sitio apropiado para revertir, o mejor dicho modificar, el problema tecnológico.

Una de las funciones de la universidad es invertir en la formación de recursos humanos que funcionen como multiplicadores de opiniones idóneas, tanto de índole general como específica.

Concretamente, señalamos algunas actividades que deberían realizar las universidades:

1. Introducir conceptos de evaluación tecnológica en los programas existentes de los cursos de medicina, enfermería, farmacia y odontología.
2. Crear un curso de tecnología en salud en las cátedras clínicas. Los distintos departamentos podrían funcionar como "evaluadores de nuevas tecnologías".
3. Fomentar la formación en tecnología de salud a nivel de postgrado.
4. Promover el carácter multidisciplinario de las ciencias de la salud, con la incorporación de profesionales tanto de las ciencias exactas (ingenieros clínicos, expertos en física aplicada a la medicina, economistas, especialistas en estadística sanitaria y expertos en informática) como de las ciencias humanas (especialistas en ciencias sociales y políticas).
5. Explicar la importancia del tema al personal de enfermería de los centros asistenciales, principalmente de hospitales. El personal de enfermería desempeña un papel decisivo en el uso y la intermediación de tecnologías.
6. Fomentar la publicación de artículos sobre el tema en publicaciones técnicas y para la actualización profesional, así como en la prensa dirigida al público en general.
7. Establecer bancos de datos sobre el tema, haciéndolos accesibles.
8. Fomentar las tesis de postgrado sobre la revisión de procedimientos y prácticas en el campo de la salud.
9. Promover estudios piloto sobre medidas para contener los costos en los centros asistenciales, con una evaluación concomitante de la calidad de la atención.

Estas recomendaciones se relacionan más directamente con el componente de las tecnologías incorporadas, es decir, las máquinas, el instrumental, los materiales y los medicamentos, pero se podrían aplicar al concepto amplio de tecnología en salud.

En la formación de recursos humanos se deberían poner de relieve el desarrollo de las aptitudes para la adquisición de nuevos conocimientos y el perfeccionamiento de proyectos y procedimientos, así como los conceptos de evaluación, operación, mantenimiento, compra y sustitución.

Cada uno de estos términos merece un análisis específico e individualizado, y debe ser bien comprendido.

En octubre de 1989 se realizó en Río de Janeiro un Seminario Internacional sobre Tecnología en Salud, bajo los auspicios de la Organización Panamericana de la Salud. El seminario, que fue organizado por la Universidad del Estado de Río de Janeiro, fue presidido por el profesor Hesio Cordeiro, que dirige en Brasil una organización no gubernamental interinstitucional y multidisciplinaria que aborda distintos aspectos del problema de la tecnología en salud. Asistieron representantes de toda América Latina que trabajan en este campo, quienes al concluir el seminario formularon una serie de recomendaciones a los ministerios de salud, a la OPS y a las universidades, que se transcriben a continuación:

Las universidades deberían:

- Fomentar la coordinación de los institutos de investigación y el sector productivo, a fin de promover la producción nacional de conocimientos, productos y servicios.
- Incrementar los recursos destinados a las investigaciones y el desarrollo del sector de equipos biomédicos.
- Promover la integración de los sectores de investigación y desarrollo.
- Fomentar la publicación de revistas especializadas.
- Estimular la creación de bancos de datos.
- Propugnar la creación de cursos oficiales y curriculares de ingeniería clínica.
- Introducir nociones y conceptos de evaluación tecnológica en los estudios universitarios de los profesionales de salud.
- Fomentar la introducción del tema en los cursos de postgrado en general.

Conclusión:

El tema de la tecnología en salud es fundamental para el análisis moderno de los problemas sanitarios.

En vista de que existen métodos conocidos para encarar el tema, es necesario introducirlo en los estudios universitarios, incluidos los de postgrado.

Las importantes repercusiones económicas de la tecnología hacen imprescindible un análisis del tema en relación con las evaluaciones del funcionamiento de los servicios de salud y la calidad de la atención.

La universidad es el sitio más apto para analizar el tema y formular propuestas encaminadas a la adopción de medidas efectivas.

BIBLIOGRAFIA

- R. PANERAI, Avaliação de Tecnologia em Saúde: Problemas de países em desenvolvimento. REDES No. 7, junio de 1986.
- R. PANERAI. Avaliação Tecnológica e o Processo de Inovacoes. Relatório Técnico do Seminario Internacional de Tecnologia do Rio de Janeiro, octubre de 1989.
- Bryan Jennet. The Role of Universities in Assessing Technology and Disseminating Information. International Journal of Technology Assessment in Health Care, No. 1, vol. 4, 1988.
- George Lundkey. The Role and Function of Professional Journals in Transfer of Information. International Journal of Technology Assessment in Health Care, No. 1 vol. 4, 1988.
- Thomas Lewis. The New Medicine: Something Different. International Journal of Technology Assessment in Health Care, No. 1, vol. 3, 1987.
- Jeremiah Barondess. Technology and the Undergraduate Medical Curriculum. International Journal of Technology Assessment in Health Care, No. 1, vol. 3, 1987.
- Steven A. Schoereder. Strategies for Reducing Medical Costs by Changing Physicians' Behavior: Efficacy and Impact on Quality Care. International Journal of Technology Assessment in Health Care, No. 1, vol. 3, 1987.

- Jennifer Laidlow y R.M. Harden. Impact of Technology on the Education of Health Care Professionals. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, No. 1, vol. 3, 1987.
- Jorge Peña Mohr. Distributing and Transferring Medical Technology: A View from Latin America. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, No. 2, vol. 3, 1987.
- Recomendaciones - Informe Técnico del Seminario Internacional de Tecnología en Salud de Río de Janeiro, octubre de 1989.
- Roberto Magalhaes y Celso Rotstein. *Tecnología e Saúde*. Artículo inédito.
- Roberto Magalhaes. *Servicos Auxiliares de Diagnóstico: Discussao sobre Desempenho. Divulgacao em Saúde para Debate*, ISSN-0103-4383.
- D. Black. *An Anthology of False Antithese. Misunderstandings Related to Medicine*. Nuffield Provincial Hospital Trust, 1984.
- S. Vaisrub. *Medical Science and Technology*. *Journal of the American Medical Association*, 245, 499.
- Gilberto Freyre. *Médicos, Doentes e Contextos Sociais: Uma Abordagem Sociológica*. Editora Globo, Río de Janeiro, 1983, F 933 m.

**Sub-tema 2. La Universidad como Formadora de Profesionales para
la Práctica en Salud en América Latina.**

La Universidad y la Práctica Médica Clínica

Dr. Dimitri Barreto
Decano Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Estatal del Ecuador

Es obvia la estrecha vinculación entre dos importantes procesos sociales: la formación de profesionales de salud y la práctica médica. Aunque estrechamente relacionados, "ambos procesos son independientes y están sometidos a un conjunto de determinaciones sociopolíticas, económicas e ideológicas"⁽¹⁾ lo que puede dar lugar al apareamiento de rupturas, fraccionamientos o incoherencias entre sí.

En el análisis de la manera en que se relacionan e interactúan la formación de médicos y la práctica médica han aparecido distintas tendencias conceptuales; así a inicios de los 70, se afirmaba "en cada formación social concreta la educación médica cumple un papel fundamental en la reproducción de la organización de los servicios de salud y se cristalizan en la reactualización y preservación de las prácticas específicas, tanto en las dimensiones del conocimiento cuanto en las técnicas y contenido ideológico. Además de esto, es la propia estructura de la atención médica la que ejerce una acción dominante sobre el proceso de formación de recursos humanos, principalmente a través de la estructura del mercado de trabajo y de las condiciones que circunscriben la práctica médica".⁽²⁾ En este enfoque se trata de dar un papel determinante a la práctica médica sobre la gestión universitaria, llegándose a señalar en algún momento que "como la educación médica es un medio para la prestación de servicios de salud, las instituciones formadoras deberían ser creadas y funcionar de acuerdo con los requerimientos de dicha prestación".⁽³⁾

Como bien lo señala María Isabel Rodríguez⁽⁴⁾ fue J.C. García quien en la XIII Conferencia Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina sale al rescate del papel de la universidad, cuestionando la interpretación de una determinación mecánica de la práctica sobre la enseñanza, afirmando que "la universidad crea en su proceso de desarrollo un espacio social diferenciado, que le permite mediar las presiones y requerimientos externos, así como regular las acciones y relaciones universitarias. Así, no obstante que las estructuras externas intentan que en la universidad se refleje la "necesidad social", tal como es interpretada

por esas estructuras, la universidad determina con un cierto grado de autonomía la organización de sus actividades y la reinterpretación de dichas necesidades sociales. Es por consiguiente, dentro de estos límites, donde se dan las posibilidades de la creatividad y de la innovación".⁽⁵⁾

Las posturas antes señaladas nos llevan a considerar una interacción recíproca entre el sistema de educación médica y el sistema de prestación de servicios, reciprocidad que dependiendo de factores coyunturales podrá dar lugar a una incidencia mayor o más importante de uno de ellos sobre el otro. Frenk⁽⁶⁾ estima que la práctica médica tiene la posibilidad de regular la formación del recurso humano al menos en tres instancias:

- a. La adopción de un determinado curriculum en respuesta a la demanda de las instituciones asistenciales por un determinado tipo de médico.
- b. La capacidad del sistema asistencial para hacer o no viables las reformas propuestas por el sistema educativo.
- c. El sistema de atención médica imprime sus modalidades específicas a los programas educativos al proveer los espacios para la práctica de los educandos.

García⁽⁷⁾, por su parte, pone de manifiesto las posibilidades de la universidad para influir sobre las prácticas sociales de las distintas profesiones, en base a las siguientes consideraciones:

- a. La universidad puede determinar con un cierto grado de autonomía la organización de sus actividades y la reinterpretación de las necesidades sociales provenientes de las estructuras externas.
- b. Los cambios en la práctica médica parten del cuestionamiento social del ejercicio profesional vigente y la universidad puede incidir en la transformación de esa práctica mediante una estrategia educacional adecuada que permita el reordenamiento del saber acumulado, la construcción de un nuevo saber y la comprensión de la inserción social de la práctica médica.
- c. La producción y transmisión de conocimiento cien-

tífico puede contribuir sustancialmente al cambio de la práctica médica, dentro de ciertos limitantes.

Ilizástegui⁽⁸⁾, por su lado afirma que "existe una relación bilateral entre práctica médica y educación médica, ello es innegable. Relación compleja y en ocasiones difícil que puede adoptar variantes más o menos exitosas; pero de lo que no puede haber dudas es que en tal relación la atención médica es el determinante primario y los planes de estudio lo secundario".

De igual manera, Oropesa, R.⁽⁹⁾ señala que "las estructuras de la práctica médica y su mercado de trabajo han determinado la enseñanza de una medicina individualista guiada hacia la enfermedad y los más sofisticados medios para combatirlas, ignorándose las necesidades totales de salud del individuo y su comunidad, constituyendo una falacia el considerar el proceso formativo como elemento determinante del comportamiento médico".

Podríamos seguir presentando diversas consideraciones vertidas por educadores médicos de América Latina en torno a este tópico, sin embargo, considero que las aseveraciones antes expuestas, son lo suficientemente representativas de las tendencias existentes y nos dan suficientes elementos de juicio para ubicarnos conceptualmente en el tema.

El debate en torno a este punto enriquece el análisis y permite clarificar con objetividad la reciprocidad del proceso, superando el enfoque mecanicista y, por ende, subjetivo que ponía en una posición lineal y directa el influjo de la práctica médica como determinante del proceso de formación de médicos, negando las posibilidades de la reelaboración teórica y metodológica por parte de la universidad.

La universidad tiene la posibilidad cierta de influir, ya sea a través del proceso de producción de conocimientos, del desarrollo tecnológico, del perfil profesional diseñado, de las acciones directas de prestación de servicios, de la discusión de políticas de salud, etc. en el desarrollo y modificación de la práctica médica. Lo que no es factible aceptar es que este influjo sea fundamental ni exclusivo en dichas transformaciones, es apenas uno de tantos factores sociales que determinan el modelo de práctica médica. Sin embargo, es una consideración que no podemos menospreciar ni olvidar quienes tenemos alguna responsabilidad en la formación de médicos.

La práctica médica

La práctica de salud ha evolucionado de acuerdo al desarrollo de la sociedad y a las variaciones de sus modelos económicos. Sin tratar de agotar y bajo el riesgo que toda síntesis lleva implícita, podríamos señalar los siguientes momentos en la evolución de la práctica médica en América Latina:

- a. Práctica curativa ligada a los hospitales de beneficencia y al "médico de cabecera"
- b. Práctica curativa ligada a los hospitales públicos, tanto de seguridad social como de los nacientes ministerios de salud, y la práctica privada centrada en el consultorio profesional de características artesanales.
- c. Práctica curativa especializada en que se fragmenta la totalidad del ser, ligada a los hospitales públicos y privados y a la empresa médica privada.
- d. Práctica curativo-preventiva con enfoque en la atención primaria y que se conjuga con intentos de extensión de cobertura, utilización de tecnología apropiada, participación de la comunidad, etc.

Estos momentos conllevan el modelo hegemónico actual cuyas características son: el objeto de atención es la enfermedad y no el proceso salud-enfermedad o, como lo reclama Saúl Franco⁽¹⁰⁾, el proceso vital humano; existe un predominio de lo biológico-individualista con desconocimiento o postergación de los determinantes sociales de la salud-enfermedad, el enfoque básico se orienta hacia la recuperación del "estado de salud" y no al fomento y prevención; la atención es fragmentaria, relevándose la enfermedad y no al enfermo, el órgano y no al individuo. Se utiliza una tecnología cada vez más compleja, la que es incorporada de manera acrítica; se hace del fármaco una especie de meta final del acto médico; la hegemonía del médico sobre el resto de profesionales impide una auténtica estructuración y funcionamiento de equipos de trabajo; se mantiene al hospital como el escenario preferente para la atención; no se ha estimulado la utilización de las medidas preventivas por parte de la población, exaltándose el consumo de los "bienes de curación".

Frente a este modelo médico hegemónico surgen alternativas de diversa naturaleza, unas con características de autenticidad y posibilidades ciertas de contribuir a una reinterpretación del proceso salud-enfermedad y otros como posturas equívocas que, sin duda, postergarán las reivindicaciones populares.

En el primer caso destacan los aportes de los pensadores médicos latinoamericanos de la llamada "medicina social" y en el segundo la aplicación no crítica de diversos modelos de medicinas tradicionales, unas autóctonas y otras importadas, que se las presentan como una propuesta contrahegemónica, pero sin un sustento teórico debidamente elaborado.

La práctica médica dominante ejerce un importante influjo sobre los procesos formativos, siendo la responsable ideológica del enfoque curativo-individual, cuyo correlato en la educación es el énfasis en la relación entre el profesional y el individuo enfermo.⁽¹¹⁾

La formación profesional.

La universidad tiene varias funciones y responsabilidades sociales, destacándose entre las más importantes, al menos dos, a saber:

- a. Producción de conocimientos científicos e interpretación de los problemas generales y particulares de la realidad.
- b. Reproducción de conocimientos científicos, con miras a su divulgación y a la formación de los profesionales y cuadros técnicos que ameritan la sociedad y necesita el Estado.

Al parecer, la tarea en que han concentrado sus mayores esfuerzos nuestras universidades es la segunda y con un incipiente o limitado desarrollo en la primera. Este hecho ha dado lugar al robustecimiento de las relaciones de dependencia científica y tecnológica con los países hegemónicos.

Bajo este marco general de referencia, se inscribe la formación de los profesionales de la salud y de modo particular la de los médicos. Las características de este proceso son por demás conocidas, por lo cual en esta oportunidad me limitaré a enumerar las más sobresalientes.

- Predominio de lo biológico sin abordar al hombre como un ser social.
- Fragmentación de la unidad del ser y consecuente fragmentación del conocimiento.
- Énfasis en el análisis y resolución de la enfermedad y no del proceso salud- enfermedad o proceso vital humano.
- División de la teoría y de la práctica, de lo básico y lo clínico.

- Creciente incorporación y predominio de las especialidades en la estructuración de los planes de estudio.
- Multiplicación de asignaturas sin una matriz organizativa.
- Valoración creciente de las clínicas y predominio de la medicina hospitalaria de alta complejidad.
- Posición secundaria de las ciencias sociales y de la conducta.
- Exaltación de lo curativo postergando la importancia de la promoción y prevención.
- Valoración superlativa del Internado Rotativo constituyéndose como la meta más preciada de la formación del estudiante y el momento de consolidación de la clínica y del hospital como eje de formación profesional.
- Intentos no consolidados de reconceptualización de los programas de Salud Pública, Medicina Preventiva e Internado Rotativo extrahospitalario.
- La formación de postgrado constituye un requisito indispensable para la consolidación de la formación profesional.

Esta simple enumeración de características muestra de manera suficiente cómo el sistema formador es coherente y funcional a las necesidades de la práctica clínica dominante, proporcionando las bases intelectuales de la reproducción del modelo hegemónico.⁽¹²⁾

A estos hechos habrá que añadir que los esfuerzos por la integración docente asistencial se orientan fundamentalmente hacia los niveles superiores del sistema de servicios, lo cual consolida aún más el modelo expuesto.

No cabe duda que la situación de crisis económica por la que atraviesa América Latina, exige un compromiso definitivo y sólido de los universitarios de pensamiento más avanzado para reorientar los procesos de producción de conocimientos, formación de recursos humanos y prestación de servicios.

La deuda externa, las medidas de ajuste, la inflación, el desempleo, la pobreza absoluta, la destrucción del medio ambiente, la violencia creciente, etc. "vuelven ineficaz al servicio de salud y convierten al problema, en lo inmediato, insoluble mientras persistan las condiciones lacerantes de vida de los pueblos latinoamericanos. Frente a problemas estructurales sólo caben respuestas del mismo tipo. Sin embargo, la gravedad del problema implica el rechazo a cualquier

posición cómoda que pretenda 'esperar' la transformación estructural para recién ahí buscar la solución".⁽¹³⁾

La universidad, sin ser una estructura monolítica, tiene sectores importantes que en base a proposiciones coherentes y una práctica social consecuente, le puede llevar a ganar espacios que permitan la búsqueda de alternativas válidas para mejorar las condiciones de vida de los latinoamericanos.

En el caso específico de la formación de los profesionales de la salud, se podría señalar al menos dos enunciados básicos para reorientar el proceso:

- a. Considerar a la vida del hombre y sobre todo a la mejor calidad de vida posible como el objeto de acción.
- b. Aprender investigando y aprender haciendo con un enfoque interdisciplinario e inmersos en los escenarios en que se vivencia el proceso salud-enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

1. TRONCOSO, M.; BELMARTINO, S.; BLOCH, C. El Mercado de Trabajo Médico y la Producción de Servicios de Salud en la Argentina. *Rev. Educación Médica y Salud* 4(20): 535-556. 1986.
2. GARCIA, J.C. La Formación del Médico en la Realidad Social de Cada País. XII Conferencia Facultad y Escuela de Medicina. Honduras. 1982.
3. PRIMERA REUNION SOBRE "PRINCIPIOS BASICOS PARA EL DESARROLLO DE LA EDUCACION MEDICA EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE". Citado por García, Ib.
4. RODRIGUEZ, M.I. Alternativa Transformadora en la Educación Médica Latinoamericana. Memorias XIV Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina. Quito. 1988.
5. GARCIA, J.C.; BOJALIL, L. Citado por García, op.cit.
6. TRONCOSO, M.; BELMARTINO, S.; BLOCK, C.: op.cit.
7. GARCIA, J.C.: op.cit.
8. ILIZASTEGUI, F. Alternativa Transformadora en la Educación Médica Latinoamericana. Memorias XIV Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina. 221-232 Quito. 1988.
9. OROPESA, J. Modelo de Integración Docente Asistencial en Cuba. Ponencia XIII Conferencia

Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina. Managua. 1984.

10. FRANCO, S. Orientación Bio-social de la Educación y Salud en la Sociedad. La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población. Reunión del Núcleo Básico I. 35-45 Quito. 1989.

11. YEPEZ, R. Educación y Nivel de Salud de la Población. La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población. Reunión del Núcleo Básico I. Quito 1989.

12. TRONCOSO, M.; BELMARTINO, S.; BLOCK, C.: op.cit

13. RESACOS, M. La Universidad Latinoamericana y los Sistemas de Salud. Núcleo Básico III. Quito. 1989.

La Práctica Odontológica en América Latina

Dr. Alfredo Gómez Castellanos
OFEDO, México

EL CONTEXTO

La universidad en América Latina ha sido influenciada por los diferentes tipos de universidad que han existido en el mundo. Así, la universidad francesa ofreció la separación entre organismos de enseñanza e investigación y sus atributos de centralización y burocratismo; la escuela alemana su estructura laica y contradictoria con énfasis de progreso hacia la ciencia y de conformismo con respecto al Estado, y la americana con su escuela utilitarista para la formación de profesionales y técnicos aptos y estructuras autónomas.

La separación entre el saber y hacer de la ciencia es uno de los factores más importantes para la tecnificación de la formación de recursos y tipo de servicio que se presta a nuestras poblaciones.

Según Ribeiro esto ha configurado a la universidad latinoamericana con determinadas características que se encuentran definidas por una alta elitización para el ingreso, un manejo de la cátedra como un cargo aristocrático y patricial, academicista y teorizante; una burocracia que se observa a través de la hegemonía de lo administrativo sobre la academia; la compartimentalización de áreas del saber y feudos en la erudición y cultura alienada con ensayos locales de tesis desarrolladas en otras partes, que se reflejan en una formación profesional individual y liberal.

En este contexto, la disciplina estomatológica, como producto de una práctica social en un momento histórico, está determinada por los diferentes modos de relación que se dan entre el saber y el quehacer existentes. Así, desde la fundación de la primera Escuela de Odontología en 1840, hasta fines del siglo XIX, el objeto de estudio era la enfermedad y su quehacer consistía en la aplicación de técnicas para restaurar y rehabilitar al individuo de sus problemas prevalentes, caries dental y periodontopatías.

La fase siguiente se basa en el paradigma de la medicina científica, iniciada a partir del Informe Flexner, planteándose como objeto de estudio la naturaleza biológica de las enfermedades, sus causas y efectos,

que conduce a la historia natural de la enfermedad y a la consideración que el hombre puede ser estudiado como una máquina en su estructura y función. En Odontología se organiza el conocimiento en programas educativos de 4 años, con influencia de las Ciencias Biológico-Odontológicas en los dos primeros años y el componente clínico en los dos últimos años, tecnificando el acto odontológico y formando profesionales liberales, individualistas, para un mercado de trabajo basado en las leyes de oferta-demanda.

En este breve análisis, nos encontramos con los elementos de una integración, en lo biológico, que sería el manejo de otro objeto de estudio, la salud. A partir de la teoría ecológica se llega al quehacer preventivista de Leavell y Clark y en las últimas décadas a la medicina comunitaria. En ellas se inscribe la Odontología, desarrollando una aproximación a la planeación educativa con una notable influencia de los centros educativos hegemónicos, pretendiendo que los denominados departamentos de Odontología Preventiva y Social, al ser incorporados a programas de estudio, fuesen los ejes transformadores del quehacer odontológico.

En América Latina, en la década de los 70, se inician los planteamientos de una pedagogía modernizante, bajo el mismo objeto y quehacer anteriormente citados, con una organización departamental y proyección comunitaria, intentando la integración del conocimiento odontológico, considerando al hombre como un ser bio-psico-social, generándose las contradicciones sobre la jerarquización de los tres componentes, tanto en los planes de estudio como en sus elementos de investigación y servicio.

La Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología (OFEDO) de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) ha planteado desde sus orígenes en 1980, la conceptualización de una práctica odontológica que integre la producción de recursos humanos, de conocimientos y servicios, como una respuesta para la solución social de las necesidades y problemas que en este campo de la salud afecte a la población latinoamericana.

En el lapso de esta década se realizaron reuniones técnicas de diferentes grupos académicos, así como reuniones oficiales de OFEDO-UDUAL, contextualizadas en las funciones de la universidad: docencia- investigación- servicio, mencionadas previamente, que fueron planteando avances teórico-metodológicos en el concepto de práctica siempre basados en dos grandes vertientes: la primera que intenta explicar el término de práctica en base a la actividad cotidiana, o sea la acción utilitaria de llevar a cabo algo que en sí tiene un fin, el cual no produce o crea un objeto ajeno al agente o a su utilidad y, en consecuencia, su degradación por la manipulación y la técnica; la segunda, que intenta comprender la realidad humano social y explicarla como una realidad total a través de la práctica. ieieue, en última instancia, es la unidad de la teoría y de la práctica (praxis).

En este último enfoque es donde la producción de recursos humanos, conocimientos y servicios, debe ser contextualizada por el objeto de estudio, proceso salud-enfermedad, en su componente estomatológico, para ir estableciendo el conocimiento objetivo de las leyes que estructuran este campo de la realidad.

LA PROPUESTA

En base a los planteamientos citados proponemos que, para el desarrollo de las ciencias de la salud, en su conceptualización de práctica integral, la Estrategia de Atención Primaria en Salud debe ser considerada como principio orientador. La fundamentación metodológica se realizaría a través de la Planificación Estratégica para la formulación de un Sistema Local de Salud (SILOS).

Esta propuesta es una primera aproximación al problema, que permita, a través de su análisis y reflexión, un avance del conocimiento en este campo.

El proceso de planificación estratégica utiliza el concepto de momento para señalar las distintas instancias de los problemas a ser explicados (explicativo, estratégico, normativo y táctico-operacional), cada momento tiene características bien determinadas y herramientas metodológicas pertinentes, aún cuando no siguen una secuencia lineal establecida, pues dependiendo del problema existe uno de ellos que contiene a los demás.

Conforme la matriz presentada en el cuadro anexo, nos permite analizar el primer momento denominado explicativo, en el cual se entrecruza el elemento participación comunitaria y los cuatro planos de la Planificación Estratégica en el conocimiento de la realidad y su explicación por los diferentes actores sociales que la interpretan, partiendo del hecho que esta realidad es una totalidad.

Los actores sociales (participación comunitaria) deberán explicar el tipo de sociedad en la cual se inscribirá el SILOS, partiendo desde sus determinaciones económico-sociales en el espacio general, plano geno-estructural, en donde se manifiesta explícitamente la estructura política del Estado, la organización de la sociedad civil hasta la producción y distribución de bienes y servicios en el espacio singular en el cual se propone el SILOS.

El problema proceso salud-enfermedad, objeto de conocimiento y práctica en el SILOS, debe ser estudiado como una unidad dialéctica con su determinación histórica, de potencialidad social biológica. En consecuencia, la descripción y explicación de la situación del proceso salud-enfermedad, varía según los actores sociales que las describen y explican, generándose discrepancias por las distintas formas de comprensión de la realidad y de la medición o diagnóstico subjetivo que realiza cada uno de los actores, de ahí la necesidad de analizar el concepto salud-enfermedad como un proceso en continua transformación, susceptible de observarse y explicarse desde variadas opiniones, conforme a la inserción social de los diversos actores en la totalidad. El método socio-epidemiológico nos explica las determinantes y condicionantes histórico-sociales en el plano geno-estructural, su impacto en los perfiles de salud, enfermedad por región en el plano feno-estructural, ya en el momento productivo o reproductivo de la vida social y la repercusión en individuos o grupos sociales a través de problemas específicos en el proceso salud-enfermedad en el plano feno-productivo.

El quehacer en salud (práctica) como respuesta social a los problemas de salud-enfermedad debe ser diagnosticado desde sus propósitos, métodos y organización del o los sistemas de salud, en el plano geno-estructural, los sistemas de atención en salud y el espacio geo-poblacional del SILOS y sus organismos específicos con programas, recursos o impacto, en el plano de feno-producción.

El método que permite una mayor participación de los actores sociales es el que parte de la información general de la situación geopolítica poblacional del SILOS, la investigación-acción de lo general a lo particular, de lo simple a lo complejo y la formulación de teorías que vayan ampliando el conocimiento y la acción programática, a través de anteproyectos básicos a ser planteados en el SILOS.

El esquema aún cuando ha sido seccionado para su comprensión, es indudable que su integración debe ser el objetivo fundamental para explicar en esa realidad social el problema del proceso salud-enfermedad y sus alternativas de solución inicial en el SILOS.

El aspecto principal a debatir es la importancia del momento explicativo para el desarrollo de la producción de conocimientos en las Ciencias de la Salud, el cual deberá ser instrumentado por el componente producción de recursos humanos, docentes-alumnos-comunidad, en los tres planos del diagnóstico del problema proceso salud-enfermedad, así como en las premisas de la Estrategia de Atención Primaria en Salud, ya que a partir de este momento sería posible formular programas educacionales (currícula y planes de estudio integrados), programas de servicio (Sistemas Locales de Salud), interrelacionados, consistentes y coherentes; en suma, que la sistematicidad -existencia de conocimientos teórico-metodológicos- apoyen los cálculos que preceden y presiden la acción, tanto en los momentos normativo, estratégico y táctico-operacional, en sus diferentes niveles de acción, como en la construcción de viabilidad y en la planificación coyuntural.

Matriz relacional de la Planificación Estratégica (PE), en sus cuatro momentos y la Estrategia en Atención Primaria de Salud (EAPS) y sus premisas fundamentales, para la formulación de un Sistema Local de Salud. (SILOS)

P.E. MOMENTO EXPLICATIVO	EAPS	PARTICIPACION COMUNITARIA			TECNOLOGIA APROPIADA	INTERSEC- TORIALIDAD	DESCENTRALI ZACION
		SOCIEDAD	PROBLEMA	PRACTICA			
PLANO GENOES- TRUCTURAL.		Estructura Eco- nómico Social	Proceso Salud En fermedad	Sistemas de Sa- lud	Información- Acción-Cono- cimiento	Tecnología y Política del Estado	Políticas de Planificación Social del Es- tado
PLANO FENOES- TRUCTURAL.		Proceso de Pro- ducción Social -SILOS-	Perfiles del Pro- ceso Salud-Enfer- medad/Región en el SILOS	Sistemas de Atención en Sa- lud y el SILOS	Información- Acción-Cono- cimiento en el SILOS	Tipos de In- vestigación en el SILOS	Programas de los Sectores de Salud, Edu- cación, Vivien- da, Servicios y el SILOS
PLANO FLUJOS DE PRODUCCION		Producción y Distribución de bienes y Servicios - SILOS -	Perfiles del Pro- ceso por familia/ individuo en el SILOS	Programas y Re- cursos en el SILOS	Programa ba- se del SILOS (Autoproyc- to)	Tecnología compleja y simplificada en el SILOS	Criterios y es- trategias de Acción integra dos en el SILOS

Cuadro 2.

P.E. MOMENTO ESTRATEGICO	EAPS	PARTICIPACION COMUNITARIA	TECNOLOGIA APROPIADA	INTERSECTORIALIDAD	DESCENTRALIZACION
SELECCION DE ESTRATEGIAS		- Cooptación, cooperación, conflicto, uso en el SILOS			
CONSTRUCCION DE VIABILIDAD		- Política: Adhesión, cohesión, conocimientos acumulados dominio Técnico-Científico, control de decisiones del programa base, espacios direccionales en el SILOS. - Económica: Análisis de recursos, de consecuencias y de operación eficaz en la realidad del SILOS - Institucional Organizativa: Capacidad organizativa del SILOS y ejecución y duración eficiente del SILOS			
SINTESIS:		Interrelaciones de las estrategias y el SILOS			

P.E MOMENTO NORMATIVO	EAPS	PARTICIPACION COMUNITARIA	TECNOLOGIA APROPIADA	INTERSECTORIALIDAD	DESCENTRALIZACION
PROGRAMA		- Propuestas			
BASE		- Viabilidad del Plan			
		- Interacción de actores sociales en el campo de la salud, educación y servicios básicos.			
		- Conjunto orgánico de proyectos			
		- Hipótesis situación-objetivo			
PROGRAMA		- Problemas cuasi-estructurales en sus dimensiones político-técnicas			
DIRECCIONAL		- Selección de problemas y actores			
		- Selección de medios político-económico, organizativos			
		- Resultados de medios-problemas			
ESTRUCTURA		Problemas		Operaciones	Recursos y Resultados
MODULAR DEL		Subproblemas	Nudos	Acciones	
PROGRAMA		Miniproblemas	Críticos	Subacciones	
SINTEISIS		Revisión de coherencia del Programa Base.			

Cuadro 4.

P.E. MOMENTO TACTICO- OPERACIONAL	EAPS	PARTICIPACION COMUNITARIA	TECNOLOGIA APROPIADA	INTERSECTORIALIDAD	DESCENTRALIZACION
ACCION COYUNTURAL		<ul style="list-style-type: none"> - Articulación de la planificación y toma de decisiones - El SILOS y su capacidad de gestión en su ámbito geográfico-poblacional - Autonomía decisoria del SILOS. 			
APRECIACION SITUACIONAL EN LA COYUNTURA		<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la realidad en el momento de la acción - Apreciar el desarrollo inicial de nuevos problemas - Evaluar la direccionalidad del proceso en el SILOS 			
RESOLUCION SOBRE PROBLEMAS Y OPERACIONES		<ul style="list-style-type: none"> - Preevaluación de impactos de las acciones - Corrección entre la realidad y el plan direccional en el SILOS 			
CRITERIOS		<ul style="list-style-type: none"> - Concentración Problemas de alto valor para los actores: Estratégica: Incidencia sobre nudos críticos Problemas terminales - Flexibilidad Planificación en el Presente Táctica : Compara simulación con la realidad 			
SISTEMA DE DIRECCION		<ul style="list-style-type: none"> - Planificación en la Coyuntura 			

Universidad y Prácticas de Salud desde la Perspectiva de Enfermería

Lic. Eva Luz Sánchez de Alvarado
Vice-decana Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional Autónoma de Honduras

INTRODUCCION

Con el fin de modificar el perfil epidemiológico y disminuir el impacto de los daños a la salud de la población de nuestros países, los gobiernos de la América Latina hacen esfuerzos significativos, traducidos en políticas, estrategias y programas de salud, que se desarrollan en el contexto de una crisis estructural que abate, fundamentalmente, a los países del tercer mundo.

Tal crisis ha obligado a los gobiernos de la Región a tomar medidas de tipo económico conocidas como "Políticas de Ajuste", definidas, impuestas e impulsadas por los organismos financieros internacionales y las transnacionales. La aplicación de estas medidas afecta seriamente el desarrollo social, siendo el sector salud uno de los más perjudicados debido a que dichas políticas, generalmente, se basan en fuertes restricciones del gasto público, del empleo, la disminución del presupuesto de salud y educación y de otros rubros necesarios para el progreso socio-económico de nuestros países.⁽¹⁾

En tal sentido, las instituciones y organismos responsables de proveer servicios para la atención a la salud de la población, han identificado la necesidad de realizar cambios y reestructuraciones en el Sistema de Salud, con la finalidad de hacer rendir al máximo los escasos recursos asignados. Para el logro de esta meta se consideran algunos aspectos críticos de análisis:

- a) La reorganización del Sector Salud, descentralización, desconcentración, articulación interinstitucional e intersectorial y desarrollo del liderazgo institucional del Sector Público.
- b) Desarrollo de la capacidad gerencial.
- c) Diseño de nuevos esquemas de financiamiento.
- d) Desarrollo de nuevos modelos de atención.
- e) Desarrollo de los recursos humanos.⁽²⁾

El último de estos aspectos críticos enfoca el "Desarrollo de los Recursos Humanos". Este es, en efecto, un componente imprescindible en el proceso de desarrollo social y de la práctica de salud que, a su vez,

es condicionada por el sistema económico social y la clase social hegemónica y dominante.

Las instituciones que forman a los recursos humanos del Sector Salud, dentro de las cuales está la universidad, deben enfocar su desarrollo en una triple dimensión: la planificación, la formación y la utilización del personal de salud. Otro aspecto importante que debe ser considerado por las escuelas universitarias del área de la salud, es el compromiso adquirido por los gobiernos de los países latinoamericanos en Alma-Ata, para tomar como estrategia fundamental la Atención Primaria de Salud orientada a la prestación de servicios completos de salud con la participación activa de la comunidad y los grupos que la integran. Entonces, el recurso humano debe ser formado para desempeñarse en un sistema de salud en el que la atención primaria también sea la estrategia fundamental para el aprendizaje del estudiante.⁽³⁾

Con el fin de lograr una interrelación dinámica e integral entre la universidad y las instituciones que conforman el Sector Salud, es básico que exista correspondencia entre las necesidades y demandas de los grupos sociales, las políticas de salud, los perfiles ocupacionales requeridos, el nuevo modelo de atención establecido y la formación de los recursos humanos con toda la problemática académica implícita en este proceso.

La universidad no debe estar alejada de la problemática de salud y la crisis que enfrenta la sociedad y debe enmarcar su política educativa y los planes y programas de enseñanza-aprendizaje, dentro del contexto geográfico y poblacional de los países de la Región, vinculándose estrechamente al sistema de salud. Para que la formación de los recursos humanos responda a los requerimientos de la situación de salud y al enfoque que se le está dando a la prestación de servicios, deberá buscarse mecanismos para lograr un abordaje integral según sea la complejidad de los procesos sociales y que, además, logre mayor eficiencia y efectividad mediante la integración docente-asistencial y la integración estudio-trabajo.

Tomando en cuenta la crisis antes mencionada y la urgente necesidad de buscar alternativas que viabilicen una mejor práctica de salud, con la contribución activa de las profesiones participantes, a continuación se presenta un análisis de la práctica en salud y la propuesta de un modelo de atención de enfermería para ser desarrollado dentro del sistema de prestación de servicios, con un enfoque multidisciplinario y de equipo de trabajo.

PRACTICA EN SALUD

La práctica en salud ha evolucionado de acuerdo al desarrollo del sistema económico-social de los países y el dominio hegemónico de la práctica médica, pero, en todo caso, esta se ha caracterizado por ser curativa, individual de alto costo y complejidad y básicamente hospitalaria, a pesar de los esfuerzos que el Estado hace para aplicar políticas tendientes al desarrollo de programas de prevención de la enfermedad y el fomento de la salud.

La tendencia actual es la ampliación de la cobertura de servicios mediante la aplicación de la estrategia de atención primaria de salud y la participación comunitaria. Para hacer una realidad esta forma de pensamiento, se vienen desarrollando experiencias que propugnan por el fortalecimiento de los sistemas locales de salud.

Cualquiera que sea el sistema de salud, en la mayoría de los países de la América Latina se asignan los recursos a tres tipos de atención: privada, de seguridad social y estatal.⁽⁴⁾

La práctica privada es financiada en su totalidad por el usuario, partiendo de la base del poder adquisitivo. Como un efecto de la oferta creciente de médicos, se genera el fenómeno del incremento de la oferta de la atención médica privada, lo que no significa un aumento en la cobertura de servicios, debido a que la consulta y el tratamiento son de alto costo y, por consiguiente, accesible sólo a un determinado sector de la población.

El incremento de médicos y la falta de empleo en las instituciones utilizadoras de este recurso humano, ha impulsado la constitución de empresas médicas que hacen uso de tecnología de alto costo y que obligan al médico a buscar una especialización para lograr su incorporación al mercado de trabajo. Esta sofisticación

de la atención médica privada ha llevado al encarecimiento y mercantilización de la medicina.

La atención médica privada se caracteriza por ser curativa, individual y urbana. El médico se preocupa por el confort y acondicionamiento de su clínica y por la adquisición de equipo moderno para dar un servicio de "calidad" a sus pacientes que se convierten en clientes. Cuando el caso lo requiere el médico brinda cuidados en hospitales privados de los que generalmente es socio. Como ya se comentó anteriormente, el servicio médico privado es pagado por el cliente, ya sea por sí mismo o por el sistema de seguro médico.

La seguridad social presta atención médica a grupos definidos de la población, especialmente a trabajadores de las empresas industriales y comerciales, así como a trabajadores del Estado; las instituciones de seguridad social funcionan en base a las aportaciones de los beneficiarios para su propia atención y la adición de aportes de las instituciones. El derecho-habiente y en muchos casos sus familiares más cercanos, reciben atención preventiva, curativa y de rehabilitación. Sin embargo, el énfasis está dado a la curación de las enfermedades y la preocupación principal es evitar el ausentismo y conservar la fuerza de trabajo en las instituciones adscritas al sistema de seguridad social.

Otros beneficios que brinda la seguridad social son los de invalidez, vejez y muerte, la amplitud de estos beneficios depende del avance y alcance de la política del sistema. Estos últimos factores dependen en gran medida del grado de madurez, organización y combatividad de los trabajadores.

La calidad de la atención es aceptable. Se cuenta con suficiente número de personal médico, de enfermería y otros profesionales, técnicos y auxiliares necesarios. El equipo y material es satisfactorio en cantidad y calidad. Este tipo de atención es accesible únicamente a la población urbana trabajadora asegurada y sus familiares dependientes y no abarca a la mayoría de los trabajadores en muchos países del Continente.

Por último, está la atención estatal destinada a cubrir un amplio sector de la población con poca capacidad de poder adquisitivo y por lo tanto con reducidos recursos para la compra de servicios médicos. Los Ministerios de Salud y otras entidades responsables de la atención a esta población, tienen asignaciones presupuestarias limitadas, que se vienen reduciendo

do a medida que aumenta la crisis económica y se abre más la brecha entre los muy ricos y los muy pobres. Con estos magros recursos se tiene que proporcionar atención preventiva, curativa y colectiva a la población que no es cubierta por otros tipos de atención médica.⁽⁴⁾

Este compromiso implica que el Estado debe desempeñar una función decisiva para orientar, promover y ejecutar todas las actividades que transformen las causas de enfermedad, limiten los factores de riesgo y este compromiso implica que el Estado debe desempeñar una función decisiva para orientar, promover y ejecutar todas las actividades que transformen las causas de enfermedad, limiten los factores de riesgo y fomenten las condiciones sociales conducentes a la buena salud.

Sin embargo, la situación actual se presenta difícil, ya que, por un lado, las políticas de salud y los programas de trabajo están encaminados a fortalecer las actividades de prevención, con énfasis en los programas comunitarios, epidemiológicos y materno infantiles; pero, por otro lado, la atención hospitalaria sigue exigiendo altos presupuestos para el cuidado y tratamiento de un grupo poblacional que no tiene acceso a otro sistema de prestación de servicios de salud. Es decir que no se ha logrado establecer el equilibrio adecuado entre la atención preventiva y curativa, ni en los costos de operación.

PRACTICA DE ENFERMERIA

En la mayoría de los países, el sector público es el principal empleador de las enfermeras profesionales. Esta es la característica básica del mercado laboral de enfermería, la de ser una profesión de empleo institucional dependiente. Esta circunstancia enfatiza la influencia de factores de índole social e institucional, así como económicos, demográficos y político-administrativos, en la configuración de la fuerza de trabajo en enfermería, siendo, en consecuencia, este personal el más afectado con la crisis actual y las políticas de ajuste debido a su condición de asalariado.⁽⁵⁾

En relación a la práctica de enfermería, es la opinión generalizada que es de tipo curativo, individual e intramural y básicamente hospitalaria más que preventiva, colectiva y de proyección social. Por otra parte, se afirma que el impacto de sus acciones es tan débil que no permite predecir con exactitud los efectos de la práctica. Tal situación es consecuencia de las limita-

ciones que tiene la enfermera para su crecimiento profesional y lograr el dominio de una práctica que asegure la calidad de la atención y el cuidado a individuos y grupos; algunos aspectos críticos en este sentido son la deficiente fundamentación científica, la poca oportunidad de la enfermera para su especialización, escasa participación en foros científicos enriquecedores del conocimiento y la práctica y la ausencia de investigaciones de tipo analítico y experimental, que llenen vacíos del conocimiento y den luces para proponer cambios en la práctica de enfermería.

Un aspecto crítico que agudiza la situación antes citada, es el hecho que la enfermera no decide sobre su propia práctica ni ejerce el control de su profesión, mientras esto no sea cambiado y no se sustituya el criterio de atención centrada en el médico por el de "equipo de salud", y más importante aún, mientras no se defina y delimite claramente la función esencial de la enfermera y sus espacios de trabajo, la enfermera no podrá realizarse plenamente. No obstante lo anterior, parece que la situación tiende a cambiar hacia el logro de un mayor grado de efectividad en las acciones de la enfermera, su práctica se está volviendo más coherente con la realidad socio-económica y se buscan alternativas y medidas para obtener efectos productivos y medibles en la situación de salud de la población.

La enfermera, como proveedora de salud, trata de trabajar en una amplia gama de actividades que incluye la definición de políticas, promoción de la salud, la educación en salud, la administración de servicios y la coordinación del cuidado directo del paciente en todos los niveles de prestación de servicios.⁽⁵⁾

PROPUESTA DE UN MODELO DE ATENCION DE ENFERMERIA

Frente a la crisis socio-económica y política actual, que comprenda la problemática de salud, la enfermera debe meditar sobre su papel para la contribución efectiva de una mejor y más igualitaria atención de salud a la población.

En tal sentido, el papel de la enfermera es ejercer su profesión en el campo de salud, aplicando un juicio crítico e independiente, demostrando competencia, habilidad y destreza en la toma de decisiones y en el desempeño de sus funciones. La enfermera debe utilizar su condición de constituir un grupo mayoritario dentro del personal de salud, para concretar e implantar

un modelo de atención de enfermería aplicable en todos los niveles del sistema de prestación de servicios de salud. Este modelo de atención, debe ser coherente e integrado, tener como propósito fundamental el dominio de la práctica y la redefinición del lugar que ocupa la profesión dentro del sistema de salud y en los servicios de enfermería, y procurar un cambio radical en la actitud, en la conducta manifiesta y en la enseñanza de la enfermería. Todo lo anterior permitirá que la enfermera altamente calificada pueda ejercer con eficiencia.(5)

Para que el modelo de atención de enfermería que se presenta en este documento tenga un efecto dinámico y eficaz, que además sea congruente con el sistema de salud y con la realidad de los servicios, es necesario que se tenga en consideración que el quehacer diario de la enfermera no está aislado del contexto general de la situación de salud ni del trabajo del resto del personal de las instituciones, por tanto la enfermera es parte integrante de los equipos de trabajo de los servicios de salud.

Así es que debe entenderse que sólo para clarificar el modelo se presentan las áreas y funciones de la enfermera, pero que las actividades generadas por el mismo, se desarrollan de manera colaborativa, multidisciplinaria y multiprofesional.

Las cuatro áreas básicas de funcionamiento de la enfermera sirven de marco estructural para el desarrollo teórico del modelo de atención de enfermería (asistencia, educación, investigación y administración).(6)

Funciones de asistencia: Según nuestra opinión, este grupo de funciones y actividades incluye la atención directa de enfermería en los niveles primario, secundario y terciario, entendida de otra manera como la atención ambulatoria y hospitalaria.

En cuanto al trabajo hospitalario de la enfermera, es indispensable retomar este campo, en un nivel evolutivo más avanzado que el actual, y teniendo en consideración algunos criterios básicos como: la condición del paciente, la complejidad de la atención, la tecnología a utilizar, las actividades de diagnóstico y tratamiento, la intensidad de los problemas de salud y las decisiones del equipo de salud.

Como experta clínica, la enfermera aplica sus conocimientos profundos, habilidades y capacidad para brindar atención directa a los pacientes agudos, crónicos y terminales, que presentan problemas de salud de mayor complejidad y asigna al personal bajo su responsabilidad acciones de enfermería para ser realizadas de acuerdo a su nivel de preparación y experiencia.

La enfermera detecta los problemas relacionados con los aspectos clínico epidemiológicos vinculados a la labor asistencial, discutiendo con el resto del personal de su área de trabajo el resultado de sus acciones y la condición del paciente objeto de los cuidados de enfermería. Los efectos de la práctica de enfermería deben: demostrar la ausencia o disminución de complicaciones y promover el restablecimiento rápido del paciente, con lo que se está abreviando su estancia en la institución y reduciendo el costo de la hospitalización.

En el trabajo ambulatorio y comunitario del personal de enfermería el área nuclear para la realización de las acciones de salud y desplazamiento a los lugares de trabajo, recibe diferentes nombres como: puesto de salud, centro de salud, unidad de salud, dispensario comunitario y otros similares. En este nivel, las responsabilidades de la enfermera van encaminadas a dirigir la promoción de la salud, brindar atención directa, orientar la participación comunitaria, dirigir el trabajo de miembros y líderes de la comunidad, así como participar en actividades de los programas de epidemiología, saneamiento básico, alimentación y nutrición y otros prioritarios en el sistema de prestación de servicios.(7)

La enfermera comparte funciones con el personal que integra el equipo de salud. Dichas funciones variarán según sean las necesidades de la comunidad, la estructura del sistema de salud y sus políticas. Los efectos de la práctica comunitaria deben traducirse en la identificación de las características de la patología prevaliente en su área de influencia, control epidemiológico de las enfermedades transmisibles y prevenibles, programación de acciones para el ataque a los daños a la salud de la población, cambio en la conducta sanitaria de los individuos o grupos y el desarrollo de programas comunitarios con grupos organizados de su área de trabajo.

Funciones educativas: En el presente modelo de atención de enfermería, se concibe a la educación como una función principal de la enfermera, ya que el impacto de las actividades educativas pueden dar mayor alcance a las acciones preventivas y curativas. Los programas de promoción no tendrán tanto efecto si no van acompañados por una acción educativa dirigida a los grupos objeto de los programas antes indicados.⁽⁵⁾

En este modelo de atención se propugna porque las metas del personal de enfermería se encaminen al logro del cambio de actitud y de la conducta sanitaria de la población. Para que esta meta se cumpla, es necesario el planeamiento, ejecución y evaluación de programas educativos progresivos y permanentes, pero con la participación de la comunidad. La enfermera debe impulsar en el individuo, grupo familiar y comunidad, el deseo de aprender y realizar actividades que cumplan con esta finalidad. Es indispensable que los grupos obtengan el conocimiento y desarrollen su capacidad utilizando metodologías dinámicas y no convencionales como la de Estudio y Trabajo, que permite hacer uso del potencial y la experiencia de las personas. De esta manera, la enfermera se convierte en un facilitador de aprendizaje y se evita la imposición de criterios personales e institucionales. El resultado final es un equilibrio dinámico, permanente y constructivo que ejercerá impacto en su práctica, en la salud de la comunidad y en la organización y política de la institución.

Otra etapa de la función educativa de la enfermera es la participación en la formación y capacitación de personal de salud en los niveles auxiliar, técnico y superior. Esta función se cumple desde dos posiciones: la primera como enfermera asistencial, participando en la planificación, ejecución y evaluación de programas docente-asistenciales de estudiantes de diferente categoría, en los campos de práctica o en programas de educación permanente de los empleados de las instituciones de salud. La segunda posición es como docente en instituciones formadoras de personal de salud y específicamente de personal de enfermería.

Es, por consiguiente, de vital importancia que la enfermera domine técnicas educativas dinámicas y no convencionales, para ser utilizadas tanto en la capacitación como en la formación del recurso humano del sector salud.

Funciones de investigación: Una de las formas de encontrar suficiente información para el análisis de los

problemas y necesidades que afectan la práctica de salud y enfermería y para la búsqueda de soluciones, es la investigación. Por tal razón, es imperativo para la enfermera establecer prioridades y líneas de investigación encaminadas a suplir las ausencias o insuficiencias del conocimiento, a orientar y contribuir a la transformación de la práctica.

Para una toma de decisiones racional y eficaz, la enfermera debe utilizar la investigación como un método de trabajo, debe avanzar de la investigación simplemente descriptiva a la analítica y experimental, debe hacer investigaciones operativas para el desarrollo de soluciones alternativas y la aplicación de las más adecuadas.

Entre las principales actividades relacionadas con la investigación y que la enfermera puede utilizar y realizar como parte integrante del modelo de atención que se propone, están:

- utilizar el método científico en forma crítica en los distintos aspectos que requiere el quehacer profesional;
- diseñar y ejecutar investigaciones en áreas prioritarias para enriquecer los conocimientos y contribuir a mejorar la condición de salud y la atención de enfermería;
- ejercer una actitud crítica que permita aprovechar lo creado por otros y fomentar la creatividad propia. Es decir, mantener una posición progresista, negando lo negativo y afirmando y desarrollando lo positivo.⁽⁶⁾

Funciones de administración: En esta etapa del modelo de atención, se pretende que la enfermera administre el cuidado de los individuos o grupos que requieren de sus servicios. Debe dar especial importancia a la definición de los objetivos de trabajo; a la planificación y desarrollo de actividades; la organización y dirección de los servicios; la división del trabajo incluida la asignación de funciones a personal bajo su responsabilidad de acuerdo a la capacidad, preparación y experiencia; la supervisión, evaluación y monitoreo de programas y personal; la coordinación interdepartamental e interinstitucional y la determinación de recursos para la operacionalización de los programas.

Tiene que desarrollarse un nuevo concepto de la administración, acorde con las actuales orientaciones

de los sistemas y políticas de salud. La enfermera debe cambiar su forma tradicional de manejar los servicios de salud. Esto representa un reto creciente a las enfermeras "administradoras" para justificar y mantener la identidad, la presencia y la autoridad del servicio de enfermería en las instituciones de salud en los diferentes niveles de atención.⁽⁶⁾

Los efectos de la práctica administrativa se traducen en la formulación de políticas de enfermería, presencia de liderazgo en la toma de decisiones, capacidad de negociación, control del ejercicio de su propia profesión y el control de la calidad de la atención de enfermería que incluye la formulación, establecimiento y aplicación de criterios, normas y estándares para la atención de enfermería con el fin de lograr eficiencia, eficacia y efectividad en las acciones.

Es importante aclarar que las funciones de cada área del módulo propuesto no se desempeñan en forma separada; lo que ocurre es una interrelación donde las acciones se complementan para producir los efectos ya descritos anteriormente. Además, el modelo está sujeto a las revisiones, ajustes y modificaciones que se le puedan hacer, de acuerdo a la situación de cada país. También es conveniente que para su desarrollo se tomen las teorías de enfermería que más se ajusten, así como los avances filosóficos y teórico-conceptuales del desarrollo de la salud a nivel mundial.

LA UNIVERSIDAD Y LA PRACTICA DE SALUD

Tal como se comentó en la introducción de este trabajo, la universidad es una institución que está inserta en la sociedad, en la que tienen sus raíces y su significado gran parte de los conocimientos que se imparten en las aulas universitarias. Además, la universidad ocupa un lugar privilegiado para el estudio de factores que favorecen o restringen la salud y su relación con el desarrollo humano y la calidad de vida del hombre.

En este sentido, las universidades y, dentro de éstas, sus escuelas formadoras de personal de salud, tienen una seria responsabilidad, cual es la de asumir un papel protagónico en la transformación de la situación de salud y la determinación de soluciones alternativas. Las escuelas del área de la salud deben organizar sus programas de enseñanza, investigación y servicio de tal manera que guarden una relación eficaz con los sistemas de salud, sus políticas y las transformaciones

requeridas de acuerdo a la situación de salud y a los factores que la favorecen o la amenazan.⁽⁹⁾

En cuanto al modelo de atención de enfermería sugerido anteriormente, y en vista que la enfermera profesional es formada en las escuelas de enfermería universitarias, es responsabilidad de estas instituciones educativas el desarrollo de programas de formación y capacitación de personal de enfermería en coordinación con las instituciones utilizadoras del recurso humano en salud, a fin de producir profesionales capaces y calificados para el desempeño del papel que exige tanto el nuevo modelo de salud como el de enfermería.

Para lograr lo anterior, es necesario que los esfuerzos estén dirigidos al desarrollo de programas de educación permanente para personal docente y de los servicios de salud; en este caso, la estrategia metodológica que promete tener buenos resultados es el estudio-trabajo, porque permite la aplicación inmediata de los cambios requeridos en la práctica, la utilización de otras metodologías pedagógicas e impulsa el trabajo y la creatividad de los participantes. Durante el proceso de educación permanente, se deben realizar en forma conjunta e integrada las funciones asistenciales, educativas, de investigación y administrativas aplicando la nueva modalidad de atención.

Con el desarrollo de esta forma de capacitación, que debe ser orientada y dirigida por expertos en cada campo del conocimiento, se está garantizando la adecuación de los campos de práctica para los estudiantes de enfermería y otros del área de la salud.

Por otra parte, las escuelas de enfermería necesitan promover cambios y realizar las reorientaciones curriculares pertinentes para que los planes de estudio respondan a las exigencias y necesidades generadas por los nuevos modelos de salud y enfermería. Es necesario que las experiencias de aprendizaje sean extraídas de la realidad de los servicios de salud e integrar a los estudiantes de las carreras del área de salud y otras afines a una práctica temprana, como premisa formativa para la integración interinstitucional, intersectorial y multidisciplinaria. De esta manera, se está logrando el desenvolvimiento de un proceso docente-asistencial y se está utilizando la salud como un eje integrador de acciones de desarrollo social y progreso económico.⁽⁶⁾

Para que esta forma de enseñanza-aprendizaje se concrete, es imprescindible que los ministerios de

salud y las universidades, encuentren los mecanismos y medidas más adecuadas y ágiles para interactuar con eficacia y así lograr la capacitación y formación del recurso humano, acorde con las exigencias y necesidades actuales y futuras.

BIBLIOGRAFIA

1. PASSOS NOGUEIRA, Roberto y BRITO, Pedro. Recursos Humanos en Salud de las Américas. Educación Médica y Salud. Vol.20, No.3. 1986. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.
2. OPS/OMS. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Taller sobre Sistemas Locales de Salud. Relato Final. Tegucigalpa. 24-27 de enero 1989.
3. VIDAL, Carlos. El Desarrollo de los Recursos Humanos en las Américas. Educación Médica y Salud. Vol.18, No.1 1984. Washington, D.C.
4. SOBERON ACEVEDO, Guillermo y NARRO, José. Equidad y Atención de Salud en América Latina. Principios y Dilemas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol.99, No. 1. Julio de 1985. Washington, D.C.
5. MANFREDI, Maricel. ¿Es necesario promover el liderazgo en enfermería para el avance de los programas docente-asistenciales? Educación Médica y Salud. Vol.22, No.1. 1988. Washington, D.C.
6. VELANDIA, Ana Luisa. Condiciones Socio-Económicas y Políticas, Necesidades de Salud de la Población y Sistemas de Salud en América Latina. II Conferencia Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE-UDUAL) Quito, Ecuador. Noviembre 1989.
7. CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERIA. Enfermería y Atención Primaria de Salud. Una Fuerza Unida. Ginebra 1988.
8. PINEDA, Elia, ALVARADO, Eva Luz, CANALES, Francisca H. La Enseñanza del Método Científico en la Formación Básica del Profesional de la Salud. Educación Médica y Salud. Vol.21. No.3 1987. Washington, D.C.
9. OPS/OMS. Reseñas. Las Universidades: ¿Torres de Marfil o Atalayas para el Progreso? Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol.100, No.6 Junio 1986. Washington, D.C.

La Universidad y la Práctica en Salud Pública

Dr. David Gómez Cova
Presidente, Asociación Latinoamericana de Escuelas y
Facultades de Salud Pública (ALAESP)

INTRODUCCION

Algunos problemas y premisas relativas a América Latina permiten afirmar que, en una apreciable proporción, los directivos de las organizaciones de salud tienen poco o ningún conocimiento de sus campos de acción o de sus funciones específicas. Esta situación conduce a conflictos frecuentes en las relaciones intra e intersectoriales y son contribuyentes al bajo nivel del Sistema.

Por otra parte, las decisiones son tomadas en un contexto de separación de grupos y esta incorrecta conceptualización afecta negativamente a las actividades de los profesionales de la salud, que son esencialmente colectivas, interdependientes y complementarias.

Además, se observa que hay una gran discrepancia entre las necesidades de diferentes tipos de servicios y su adiestramiento/capacitación educacional, así como una ausencia marcada de información sobre la administración de los sistemas de salud, y una inadecuada distribución de los servicios y de los recursos humanos y financieros.

De allí que, en recientes seminarios realizados por la Asociación Latinoamericana y del Caribe de la Enseñanza de la Salud Pública (ALAESP), se haya enfatizado que la administración de los sistemas de servicios de salud abarca mucho más que lo relativo a la administración de sus instalaciones y servicios de apoyo; involucra también el establecimiento de prioridades y asignación de recursos con base a las necesidades de salud de las poblaciones a ser atendidas. Esta capacidad de planificar e instrumentar estrategias y programas de acuerdo a las necesidades y a los recursos disponibles, así como la de evaluar la marcha de las acciones y sus resultados, es muy limitada en la mayoría de los países en desarrollo.

En el plano de la administración y la planificación, la gran cantidad de instrumentos de que se dispone para comprender las realidades sociales y las de salud, se basan en el supuesto de que los hechos del futuro o del

presente pueden ser explicados en función del conocimiento del pasado. Pero los fenómenos sociales, y en particular los de salud, son generalmente transitorios; cada momento condiciona un cambio en las relaciones observadas en el momento anterior. Ninguno de los modelos teóricos disponibles basta por sí mismo para explicar este comportamiento.

El esfuerzo para comprender la situación presente, en términos de la manera en que afectará el futuro, va más allá de la aplicación de los instrumentos conocidos de que se dispone. Este esfuerzo debe constituir la inteligencia del sector salud y, en general, de los sectores directivos de las sociedades para hacer frente a los tremendos desafíos que ya existen y los que están por venir.

ANTECEDENTES

Los programas de administración de salud pública en América Latina se inician en 1929 y se han desarrollado hasta el presente en seis tipos de instituciones, a saber: escuelas de salud pública, ministerios de salud, escuelas de medicina, escuelas de administración, instituciones de seguridad social, asociaciones de hospitales, centros de educación e instituciones de diverso tipo.

Los primeros cursos en Administración en Salud Pública se dictaron en Sao Paulo, Brasil (1929), Venezuela (1938), Puerto Rico (1941), Chile (1944) y México (1945). En 1951 se dicta el primer curso de Maestría en Administración Hospitalaria en Sao Paulo, Brasil, y en 1954 se inicia el programa de la Asociación Mexicana de Hospitales. En la década de los 60 surgen 16 programas de administración en salud, diez de ellos dictados en Escuelas de Salud Pública, tres en Escuelas de Medicina, uno en una Escuela de Administración, uno en un Centro de Educación distinto de los anteriores y uno en un Instituto de Seguridad Social. En la década de los 70, la Región cuenta ya con 44 programas regulares de educación en Administración de Atención de Salud y en la actualidad son 106 los programas superiores de Administración de Salud Pública que se

dictan en diferentes instituciones, a saber: 74 en universidades (Escuelas de Salud Pública, Departamentos de Medicina Preventiva y Social y articulación de Facultades de Medicina y Economía); 18 en los Ministerios de Salud y 14 en otras instituciones (Asociaciones de Hospitales, Institutos de Seguridad Social, etc.)

Por otra parte, la preocupación de los países por las necesidades de formación de recursos humanos en Epidemiología se refleja en la amplitud con que este tema ha sido debatido en prácticamente todos los encuentros nacionales. En este contexto es preciso destacar la Primera Reunión Nacional sobre la Enseñanza y Práctica de la Epidemiología en Venezuela (1985). Así mismo hay que notar las recomendaciones que, casi en la misma fecha, se formulan en el Seminario de Epidemiología de la República Argentina, y las del Seminario sobre las perspectivas de la Epidemiología frente a la Reorganización de los Servicios de Salud, realizado en 1986 en Itaparica, Estado de Bahía, Brasil. Por su parte, la OPS/OMS impulsó la celebración de una serie de reuniones orientadas al fortalecimiento de las Escuelas de Salud Pública. La primera de esas reuniones se celebró en octubre de 1986, en San José, Costa Rica, con el objetivo de elaborar un proyecto de desarrollo de una red de centros nacionales y núcleos regionales de investigación epidemiológica en un contexto de trabajo colaborativo entre la docencia y los servicios de salud. La segunda reunión forma parte de una serie de encuentros que la ALAESP y la Asociación de Escuelas de Salud Pública de los Estados Unidos de América (ASPH), con el patrocinio de OPS/OMS, siendo el propósito de estas reuniones el explorar nuevas formas de cooperación entre las Escuelas de ambas Asociaciones con miras al desarrollo institucional, al fortalecimiento de la capacidad docente y al desarrollo de la capacidad de investigación.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS Y CAMBIOS INTRODUCIDOS

En 1977 se llevó a cabo el primer estudio integral para determinar la naturaleza, impacto y contenido de los cursos de Administración de Salud en América Latina. Este estudio fue llevado a cabo por la OPS, con el apoyo de la Fundación W.K. Kellogg, identificándose 44 programas en la Región en el estudio de estos 44 programas regulares de Educación en Administración de Atención de Salud se determinó que el conte-

nido de los programas se distribuía así: al grupo de las llamadas Ciencias Administrativas se les dedicaba un promedio del 32% del total de horas de programa; al grupo de Ciencias de la Salud se le asignaba un promedio del 22% de las horas totales del curso; al de Ciencias de la Medición 11%; al de Ciencias Sociales 10%; al de Ciencias Económico-Financieras 8% y al grupo de "Otras" (Administración Aplicada a Áreas de Problemas Específicos, Educación y Misceláneos) le corresponde un 17%.

Al observar la distribución porcentual del tiempo asignado a grupos de disciplinas en programas de Maestría en Salud Pública (MASP), en programas de Maestría en Administración de Atención de Salud (MAAS) y en programas de Maestría en Medicina Social (MAMS), tenemos que para las asignaturas de Ciencias de la Administración, las Maestrías en Salud Pública asignan en promedio un 22.44% del tiempo total; un 42.1% las Maestrías en Administración de Atención de Salud y 15.1% para las Maestrías en Medicina Social. En Ciencias de la Salud los porcentajes son los siguientes: para MASP 42%; para MAAS, 18.8%; y para MAMS, 35.9%.

Las Ciencias Económico-Financieras son las que reciben en los tres grupos de maestrías los valores porcentuales más bajos: 1.4, 5.3 y 3.1 en MASP, MAAS y MAMS, respectivamente. A su vez, las Ciencias Sociales, sin llegar a tener proporciones tan bajas como las Ciencias Económico-Financieras, asumen los siguientes valores: 7.3, 10.0 y 7.8% para los tres grupos de Programas en el orden observado. Por su parte, las Ciencias de la Medición registran los porcentajes siguientes: 12.6, 10.0 y 17.7 respectivamente.

A los efectos comparativos, el promedio general por disciplinas que reúne los tres grupos es de 26.6% para Ciencias de la Administración; 32.2% para Ciencias de la Salud; 3.3% para Ciencias Económico-Financieras; 8.4% para Ciencias Sociales; 13.2% para Ciencias de la Medición y 16.3% para "Otras". Como resultado de este estudio, en 1979 se inició un programa tendiente a estimular la generación de programas con un enfoque innovador y avanzado en Administración de Servicios de Salud. Esta iniciativa se conoce con el nombre genérico de PROASA (Programas Avanzados en Administración de Servicios de Salud). En estos programas empezaron a surgir nuevos modelos con enfoques distintos a los tradicionales descritos hasta ahora. Se ubicaron en sedes diferentes, en instituciones

educativas no-universitarias y universitarias. Surgieron así programas en Escuelas de Administración, en Departamentos de Ingeniería, en Departamentos de Salud Comunitaria, Escuelas de Administración Pública, Escuelas de Arquitectura y Urbanismo y últimamente Escuelas de Salud Pública articuladas con Facultades de Economía.

Estos programas en general buscaban un enfoque interdisciplinario en su personal docente, relacionando a dos o más departamentos o escuelas en una misma universidad o en varias instituciones educativas. También se estimuló la relación docencia-servicio haciendo participar en estos verdaderos consorcios a instituciones educativas e instituciones de servicios de salud.

SITUACION ACTUAL

La ALAESP escogió como tema central para su XIII Reunión, la discusión de "Nuevos Enfoques para la Enseñanza de la Administración de Salud", interpretando la necesidad de un cambio en el quehacer administrativo de las instituciones de salud y en la enseñanza que se imparte. Como resultado de esa actividad, los relatos coincidieron en que "...La situación social, económica y política por la que atraviesan los países latinoamericanos, exige un replanteamiento, revisión y adecuación de la enseñanza de la Administración de Salud de acuerdo a las necesidades y problemas reales de la comunidad, interpretando las políticas de salud formuladas por los niveles decisorios y realizando las intervenciones dentro de un contexto más amplio del que tradicionalmente se ha desarrollado. Esto implica darle un enfoque multidisciplinario e interinstitucional a la orientación de la enseñanza en el campo de la Administración de Salud."

Los relatos de cada grupo de trabajo identificaron, así mismo, las siguientes debilidades de los Programas:

- Sistemas de información imperfectos y/o poco desarrollados.
- No incorporación del análisis de políticas públicas a los contenidos curriculares de los distintos programas.
- Es necesaria la incorporación en los contenidos curriculares de las disciplinas propias de las Ciencias Sociales, tales como economía, antropología, sociología. Además deben incluirse contenidos relativos a formulación, implementación y evaluación de políticas públicas en general y de salud en particular, gerencia

por objetivos, gerencia por problemas, análisis de los ambientes interno y externo y organización de sistemas de información para la toma de decisiones.

- Debe formarse el personal para la administración de salud, teniendo en cuenta los niveles de atención.

Por otra parte se identificaron aspectos tales como: Diseños curriculares que no reflejan en sus planes y programas la situación demográfica, los cambios socioeconómicos ni los niveles y estructuras del sistema de salud; inadecuación del recurso preparado por las instituciones docentes y las necesidades de salud y de los servicios del sistema de salud; ausencia marcada de programas de educación continua en salud pública para todos los trabajadores del sector; insuficientes mecanismos para incorporar la evaluación del proceso de toma de decisiones relativas al rendimiento académico, evaluación curricular, institucional y del personal; escasas actividades de investigación y falta de políticas explícitas en esta materia; poca o ninguna participación de las escuelas e institutos en la planificación y evaluación del sistema de salud; sistemas de información y producción de material educativo inexistentes o en un grado primitivo de desarrollo.

En cuanto a la enseñanza y práctica de la Epidemiología, la preocupación de los países del Continente ha sido amplia y se ha manifestado en el debate casi permanente de estos últimos años. En este contexto se destaca la Primera Reunión Nacional sobre la Enseñanza y la Práctica de la Epidemiología realizada en Caracas (1985) la cual se basaba en una amplia investigación evaluativa sobre el tema. Así mismo, deben destacarse las recomendaciones que casi en la misma fecha se formulan en el Seminario de Epidemiología, celebrado en Mar de Plata, Argentina, y las del Seminario sobre las Perspectivas de la Epidemiología frente a la Reorganización de los Servicios de Salud, en Itaparica, Bahía, Brasil. En julio de 1986, se reúnen en San José, - Costa Rica, representantes de OPS/PAS-CAP y algunas Escuelas de Salud Pública, en la búsqueda del desarrollo de una red de centros nacionales y núcleos regionales de investigación epidemiológica. En este evento se destacaron elementos comunes, como son: La preocupación por la preparación de personal de nivel regional e intermedio; la investigación como base para la enseñanza; el énfasis en el uso de la epidemiología en la evaluación de los servicios, y la búsqueda de mecanismos para asegurar la educación continua del personal adiestrado. En 1987 la ALAESP y la ASPH de los Estados Unidos de América con el

patrocinio de OPS/OMS, realizan una serie de encuentros con el propósito de explorar nuevas formas de cooperación entre las escuelas de ambas Asociaciones, con miras al desarrollo institucional, al fortalecimiento de la capacidad docente y al desarrollo de la capacidad de investigación. Las reuniones hasta ahora realizadas por la ALAESP cubren una amplia actividad temática, donde destacan políticas públicas en el contexto de salud y desarrollo; información en salud y epidemiología; economía y financiamiento de salud; recursos humanos en salud; proceso tecnológico en salud; y sistemas de servicios de salud.

SITUACION FUTURA PREVISIBLE

El plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales propone la definición, la promoción y la instrumentación de políticas de recursos humanos para la salud coordinadas con la política nacional de recursos humanos y con los planes nacionales de salud. Una política de recursos humanos tiende a regularizar las acciones, hasta ahora dispersas, de formación de personal de salud; a hacer coherentes estas acciones con los lineamientos de la planificación previa, y a utilizar al personal en una forma que resulte apropiada para las motivaciones que orientaron el proceso y las características de su formación.

Las escuelas e instituciones formadoras del Recurso Humano de Salud, en términos de Frenk Mora, están enfrentando el gran reto de la modernización, respondiendo de este modo a las nuevas complejidades e incertidumbre que se plantean en la Región, en las condiciones y los sistemas de salud. La "modernización" no puede entenderse como un simple ejercicio de introspección que le permita a las Escuelas reacomodar estructuras, funciones y programas. La modernización, por el contrario, tiene ante todo que ver hacia fuera, hacia la creciente complejidad del entorno.

En la planificación y programación de los Programas de Administración de Salud, debe orientarse el esfuerzo educativo a desarrollar, en el estudiante, una capacidad suficiente para analizar y comprender las políticas públicas y, en particular, las correspondientes al sector salud, su estructura de poder, sus posibilidades y limitaciones, actuales y futuras. La capacidad de relacionarse con agentes de otros sectores y la capacidad de negociación, son imprescindibles para garantizar, con un enfoque estratégico, la viabilidad de opciones y proyectos, por lo cual deben ser temas necesarios

en cualquier currículo que se elabore en Administración de Servicios de Salud.

BIBLIOGRAFIA

1. OPS/OMS Educación Permanente del Personal de Salud en la Región de las Américas. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. No.84. Washington D.C. 1982.
2. KLIKSBERG, B. Universidad, Formación de Administradores y Sector Público en América Latina. CLAD/INAP/Fondo de Cultura Económica. México. 1983.
3. KLIKSBERG, B. ¿Cómo formar Gerentes Sociales? Elementos para el Diseño de Estrategias. Mimeo. CLAD. 1988.
4. ICAP. Evaluación de las Potencialidades del Programa de Estudios Avanzados en Administración Pública en el Sector Salud. Mimeo. Costa Rica. 1985.
5. GOMEZ-COVA, D. Curso de Formación de Gerentes para Programas Masivos en Salud. Mimeo. CLAD. 1989.
6. OPS/OMS Promoción de Liderazgo y Formación Avanzada en Salud Pública. Primera y segunda parte. Educación Médica y Salud. Vols. 22(4) y 23(1). Washington, D.C. 1988, 1989.
7. OPS/OMS Desarrollo de los Servicios de Salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. No.89. Washington, D.C.
8. HADDAD, J., CANALES, F. Política de Recursos Humanos para la Salud, en Educación Médica y Salud. Vol.18 No.4 1984.
9. OPS/OMS Programa de Personal de Salud. Documento Implan-6.
10. GOMEZ-COVA, D. y Col. Personal Preparado en Administración de Hospitales y en Epidemiología. Su Utilización en Sectores Público y Privado. Cuadernos de la Escuela de Salud Pública. No.47 Caracas. Octubre 1985.
11. AUPHA. Educación en Administración de Salud en América Latina y el Caribe. Arlington, Va. 1987.
12. OPS/OMS Estudio de 44 Programas Regulares de Educación en Administración de Atención de Salud. Documento de Trabajo. Reunión Regional de Educación en Administración de Atención de Salud. Washington, D.C. 1977.
13. DELGADO, J.R., RENDON, C.T. Recursos Humanos en Salud Pública. No.52. Cuadernos E.S.P. Caracas. Diciembre 1988.

La Universidad y las Prácticas en Medicina Social en América Latina

Dr. Saúl Franco Agudelo
Consultor OPS y Coordinador General ALAMES

INTRODUCCION

La Medicina Social no es una profesión. Tampoco es una especialidad, ni existe un campo profesional específico, ni, en consecuencia, un profesional socialmente reconocido como médico social. Los que nos hemos formado en esa área, nos desempeñamos como lo que éramos antes: epidemiólogos, antropólogos, odontólogos, estadísticos, profesores universitarios, médicos generales. O, como impulsores—un tanto quijotescos a veces— de áreas novedosas o menos trabajadas como investigación, educación en salud, asesorías, sociología médica, salud de los trabajadores. Sin embargo, hay cada vez más personas preocupadas con el campo de Ciencias Sociales y Salud, o de Salud Colectiva, como acostumbran decir en Brasil, o de Medicina Social, como decimos, generalmente, en el resto de América Latina. Rigurosamente, no es lo mismo hablar de Ciencias Sociales y Salud, que de Medicina Social. Podría incluso decirse que aquellas son una de las bases teóricas y de los campos de trabajo de ésta. Habría que revisar con cuidado hasta dónde llega la identificación conceptual y de prácticas de la Salud Colectiva con la Medicina Social. Existe una discusión relacionada con la inadecuación e inconveniencia del término Medicina Social, que aparece muy identificado con la práctica de los médicos y, en consecuencia, propicio para mantener una de las hegemónicas que justamente quiere superarse. Consciente de las limitaciones de cada una de las denominaciones y manteniendo abierta la discusión hacia la búsqueda de una categoría y denominación más adecuada, opto por trabajar en este material con la de Medicina Social (MS). No me refiero con ella a una profesión o especialidad particular sino a una manera de entender e interpretar los problemas de la vida humana, de la salud, de la enfermedad y de la muerte, desde una perspectiva, una lógica y unos métodos que integren realmente su naturaleza bio-social y las implicaciones que esto tiene tanto en la práctica teórica como en las demás prácticas sociales en que se expresa. En este sentido pienso que el término comprende también los territorios incluidos bajo las otras dos denominaciones antes enunciadas.

Ha sido el espacio académico y, en especial, la universidad, uno de los más importantes en la gestación y crecimiento de esta manera de pensar y actuar en salud. Posiblemente sean tres las áreas en las cuales la universidad viene cumpliendo su papel al respecto: en la producción de conocimiento; en la generación de modelos de práctica y en la formación de personal con bases teóricas, aptitudes y actitudes coherentes con el enfoque. Cada área merecerá consideraciones en este material, de conformidad con el tema de discusión.

Y, una última nota introductoria. Si, como se dijo anteriormente, la Medicina Social es un esfuerzo por aproximar las prácticas a la naturaleza también histórico-social de la vida humana, la muerte y los procesos intermedios de salud-enfermedad, no es un campo estático ni aislado. Está esencialmente articulado a las transformaciones históricas que acontecen en la sociedad. Y en la actual sociedad tales transformaciones se están dando a ritmos aceleradísimos y con trayectorias que superan los esquemas y proyecciones teóricas.

No existe ni una interpretación ni una práctica médico-social única, universal e intemporalmente aplicable. Su tarea es exactamente una permanente búsqueda intelectual que permita, comprendiendo las coordenadas históricas en que se hacen posible la vida y la muerte humanas, emprender caminos y construir alternativas de respuesta social. Y ni la interpretación ni las alternativas pueden ser las mismas cuando no sólo ha cambiado el escenario y los actores sino, posiblemente, el guión mismo de la obra en ejecución. En América Latina, por ejemplo, sobre injusticias y desigualdades centenarias, vinieron a sentirse con especial rigor los efectos de la crisis económica, social y de valores del sistema dominante en la región. Crisis que no sólo no ha sido superada sino que sigue distribuyendo sus peores saldos sobre los hombros de los sectores económicamente más débiles y de gobiernos a los cuales igual se les imponen políticas o se les invade militarmente. Todo en nombre de la libertad y de una democracia formal, reducida a un esporádico rito elec-

toral selectivo y celosamente vigilado, mientras la marginación, la exclusión y la violencia política, constituyen la cotidianidad de los países sin que ello sea considerado como injusticia institucionalizada y antidemocracia real. El reciente revés electoral del Frente Sandinista en Nicaragua nos plantea preguntas cuyas respuestas ni dan espera ni podrán dejar idénticas nuestras prácticas.

Nuevos hechos están modificando también el escenario a nivel mundial. La emergencia de una nueva superpotencia económica, la ruptura de las fórmulas de equilibrio de postguerra, expresada también en la caída del Muro de Berlín, y los profundos y aún impredecibles cambios que están ocurriendo en el mundo socialista, con los consiguientes cuestionamientos sobre las prácticas políticas y económicas del modelo, son algunos indicadores de procesos aún insuficientemente desarrollados pero que obligan a pensar tanto en elementos aún no totalmente comprendidos como en la necesidad de nuevas búsquedas.

Si los escenarios de las prácticas en salud fueran sólo los consultorios, los quirófanos, los hospitales, los laboratorios y las universidades, lo anterior sería una innecesaria alusión al medio externo. Pero, como es también en esos espacios del poder, del saber, de la política, de la economía, en donde vivimos y morimos, nos enfermamos y nos curamos, o, mejor aún, son ellos los que hacen más o menos posible la salud y la vida, entonces es necesario integrarlos al análisis y a las líneas de tendencia si se quiere que la Medicina Social realmente lo sea y cumpla un papel que la legitime en el cambiante escenario internacional.

Tratando de no repetir historias ya contadas, y de unir las consideraciones evaluativas del pasado a la descripción del presente y a algunas insinuaciones hacia el futuro, pretendo solamente enunciar en seis puntos algunas de las reflexiones sobre la configuración y ejercicio de las prácticas médico-sociales en América Latina, sobre el papel cumplido por la universidad al respecto, y sobre las perspectivas visibles en el área en este final de siglo.

Las huellas del Preventivismo.

Históricamente, fue a través del elemento "ambiente" de la tríada ecológica que se alimentó el modelo preventivista, por donde pudieron entrar en la década

del cincuenta algunas consideraciones sociales en la conceptualización aún dominante de la salud. Aún hoy, casi cuatro décadas después, e inclusive habiendo delimitado ya las diferencias de forma y de fondo, el esquema preventivista continúa recibiendo las influencias de los desarrollos más marcadamente sociales y buena parte del enfoque socio-médico continua sin romper totalmente con la herencia preventivista en dos aspectos principales.

En primer lugar, coherente con el modelo global del que hace parte, el preventivismo se centra exactamente en la prevención de las enfermedades. El protagonista del modelo es la enfermedad y el objetivo prevenirla. Lo que no sea enfermedad, queda fuera de foco, no es específico. En su configuración, la Medicina Social no ha escapado totalmente a este morbicentrismo, con las consiguientes limitaciones para integrar como propios temas no mórbidos (estado y políticas de salud, la vida humana y sus condiciones de realización, la muerte humana como acontecimiento social, la historia de la salud, entre otros). Se hace pensable, inclusive, que le ha faltado a la Medicina Social tomar su propio vuelo por estos espacios, algunos casi inexplorados aún por centrarse en una disputa no siempre bien planteada con la racionalidad clínica y sus terapéuticas frente a las enfermedades. Porque el morbicentrismo no es sólo conceptual. Determina también campos de actividad, espacios propios de la acción, técnicas y procedimientos adecuados, y un orden jerárquico que culmina, obviamente, en el médico como depositario del saber y de las conductas específicas. Un orden iatrocéntrico, hospitalar, laboratorial, terapéutico.

En segundo lugar, la externalidad. En la tríada clásica el ambiente es algo externo a la intimidad sujeto-agente en la que se materializa el contagio, la transmisión o la continuidad del evento patológico. Y si es externo el ambiente natural, mucho más lo es el "ambiente" económico-social. Por la herencia preventivista y por las dificultades para entender, transmitir e instrumentalizar la complejidad bio-social, esta externalidad no siempre ha podido ser superada. Se evidencia, por ejemplo, cuando en ocasiones terminan por aceptarse determinaciones "en última instancia" de lo social sobre lo biológico al abordar las cuestiones de causalidad y determinación; o cuando en discusiones epidemiológicas sobre un discurso rigurosamente bio-cuantitativo, se agregan consideraciones en las que "lo social y lo económico" aparece más como escenario que como acontecimiento; o en los esfuerzos multidis-

ciplinarlos que muy a pesar de sus autores terminan en aproximaciones paradisciplinares.

Desarrollar una lógica de pensamiento en la cual la historicidad de los eventos que conforman el proceso vital humano sea el eje articulador y no la nota marginal e insignificante, y en la que el centro no sea la enfermedad y sus espacios, sino la vida y la salud, continúa siendo una tarea prioritaria no sólo en la superación de las huellas preventivistas sino en el conjunto de la configuración del campo médico-social.

Las rupturas incompletas.

La construcción del campo de conocimiento que también es la Medicina Social, se ha hecho en parte mediante la ruptura y confrontación con otros campos o enfoques, a partir de las cuales se delimita una temática, una lógica y una metodología propias. Por la naturaleza misma del campo tratado, las rupturas han tenido que ser de un lado con el modelo médico dominante (y sus consiguientes bases ideológicas y teórico- metodológicas) y, de otro lado, con algunas corrientes de las ciencias sociales. Algo se dijo anteriormente en relación al modelo médico. Y en el campo de las ciencias sociales y las llamadas ciencias de la conducta, el deslindamiento se ha hecho en especial con el positivismo sociológico, con el funcionalismo y con el conductismo. Los debates están suficientemente documentados al igual que los esfuerzos de construcción alternativa. Es válido, no obstante, un interrogante frente a las rupturas con las corrientes anotadas de las ciencias sociales y de la conducta: ¿no habrá sido una ruptura más ideológica que teórico-metodológica? La pregunta se hace posible tanto por el análisis de las críticas hechas desde la Medicina Social a cada uno de dichos campos, como por los avances aún vacilantes en la creación o utilización de alternativas. Si, rigurosamente, la respuesta fuera que hasta ahora ha sido mayor el debate ideológico que la discusión y la construcción teórico-metodológica, estaríamos –y creo que estamos– ante otra urgencia y orientación para el trabajo próximo. Sin arriar las banderas del debate ideológico, hay que profundizar con mayor objetividad y conocimiento de causa en las discusiones científicas y en la confrontación metodológica. No basta una guerra de descalificativos ni podemos hablar a la racionalidad bio-natural de hoy con el referente de la parasitología decimonónica. Necesitamos conocer los paradigmas y las temáticas de la cientificidad, hoy dominante, tanto en las ciencias sociales como en las naturales para

poder debatirlas y, cuando sea el caso, ayudar a señalar sus desviaciones y sus fronteras.

Si las rupturas son incompletas en los planos anteriormente dichos, esto lógicamente también impacta en las diferentes prácticas, tanto investigativas como pedagógicas e institucionales. El contraste repetidamente anotado entre los marcos conceptuales y la metodología realmente aplicada en muchas de las investigaciones que pueden considerarse de enfoque médico-social, ejemplifican bien las vacilaciones e insuficiencias señaladas. Y, también, aquí hay todavía un largo camino por recorrer. La transformación del trabajo investigativo intentando levantar nuevos temas y revalorizar otros, construir objetos de conocimiento de prioridad social y vigilar el rigor de todo el diálogo con la realidad, es apenas un ejemplo de los retos que se requiere seguir enfrentando, si se mantiene como meta una construcción no sólo ideológicamente fuerte sino también cuidadosamente elaborada en su textura teórica y procedimental.

Presencias y ausencias en los Pregrados.

No fue el enfoque médico-social el que llevó las ciencias sociales a las escuelas de medicina y de las demás profesiones afines a la salud. En general entraron de la mano del conductismo que buscaba entender aspectos del comportamiento individual que influyen sobre la salud, y del positivismo sociológico interesado en complementar las explicaciones biológicas y de asimilar las técnicas de la sociología para entrevistar, encuestar y motivar la participación más activa de las comunidades. De esto hace unos cuarenta años, y el modelo preferido fue la creación de los Departamentos de Medicina Preventiva y Social o la introducción en ellos de disciplinas comúnmente conocidas como ciencias de la conducta. En la medida en que se fue configurando una especie de corriente médico-social, se planteó el debate con el funcionalismo y se trató de transformar la orientación de los Departamentos de Medicina Preventiva, agregándose en algunos casos, para confirmar la presencia, el calificativo de Medicina Preventiva y Social. La estrategia era realista y buscaba llegar en un momento oportuno del proceso formativo, en especial de médicos y, en menor escala, de enfermeras y odontólogos. Pero ni el enfoque era hegemónico, ni fue creativo en las formas y modelos pedagógicos, ni innovó las temáticas o alteró la disciplinariedad. Apoyó sí, la intensificación de cátedras de sociología y antropología médicas; fue tratando de influir en la

conceptualización primero de la epidemiología y luego, también, de la administración y la planificación de servicios de salud; encontró campo propicio en la investigación en salud, espacio en el cual ha logrado algunas de sus mejores realizaciones.

Unido como estaba a la suerte de las disciplinas y los departamentos que lo apoyaron o lo soportaron, este enfoque ha sufrido también el progresivo desgaste, marginación y relativo descrédito de algunos de ellos. Desgaste que no es exclusividad de los Departamentos de Medicina Preventiva y Social sino que se extiende a otros Departamentos y a los currícula en su conjunto. La generalización del desgaste no exime de la búsqueda de explicaciones ni, menos aún, de la construcción de alternativas. Cuando se trata de analizar los por qué del resultado crítico del esfuerzo por dar mayor presencia a las ciencias sociales y al enfoque médico-social en la formación del personal profesional del área de la salud, pueden aducirse hechos y explicaciones como los siguientes: Someterse al esquema de la departamentalización. Reducir los contenidos de un enfoque global a contenidos disciplinares. Tradicionalismo metódico. Aislamiento de los contenidos en relación con los problemas reales. Teoricismo irreconciliable con las urgencias y el clima pragmático de la clínica. Inconsistencias en los contenidos y escasez de personal con capacidad básica y adecuada aproximación a la problemática específica. Marcada preocupación por los estudiantes de medicina, menor interés por otras profesiones del área de salud, y ausencia casi total en el proceso formativo del personal de ciencias sociales. Presencia dominante en el espacio universitario y consecuente ausencia, casi total, tanto del hospital como de los demás campos de transmisión del conocimiento y de realización de la práctica. El resultado es preocupante tanto por la evaluación y el ambiente prevalente sobre los departamentos respectivos, como por las actitudes, actividades y orientación general de los egresados de las escuelas.

Hace rato que estos problemas preocupan a cada vez más personas e instituciones interesadas. Hace falta sistematizar más la información disponible, levantar otra y analizarla toda. Y es urgente arriesgarse a ensayar respuestas y explorar caminos. Los posgrados, con todo, continúan siendo una de las áreas más propicias para tratar de permear los contenidos y las actitudes. Pero, si no somos capaces de identificar y aplicar las formas más adecuadas de hacerlo, seguirán siendo también un campo fecundo para sembrar y

cultivar resistencias casi insuperables después para cualquier enfoque médico-social.

Medicina social en los posgrados de Medicina Social.

Desde su creación, varias Escuelas de Salud Pública o Departamentos que impartían cursos de educación de posgrado en el área, incluyeron en su curriculum las ciencias sociales. Si bien su inclusión a nivel de posgrado ha tenido características similares a las de pregrado, es preciso resaltar que dado el énfasis investigativo de los posgrados, se logra mayor penetración cuando a lo largo del proceso investigativo se trabajan más los contenidos y el arsenal metodológico de las ciencias sociales. Al igual que con los pregrados, existe también preocupación por tener mayores elementos descriptivos y evaluativos de lo que está aconteciendo con esta forma de transmisión del conocimiento y de intento de mayor presencia médico-social en el campo de la salud pública.

En la década del setenta se estimó que existían la conveniencia y las condiciones para implementar programas específicos de posgrado en Ciencias Sociales y Salud, o Medicina Social, en varios países de América Latina. Las dos experiencias más conocidas son las de la Universidad Estadual de Rio de Janeiro en Brasil, y de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, de México.

A diferencia de los departamentos de pregrado o de los posgrados de Salud Pública en donde se llegaba tarde, marginal y, en ocasiones, conflictivamente, en los posgrados específicos se intentó desde un principio tomar iniciativas innovadoras en el campo pedagógico, superar en lo posible la disciplinariedad, articular el proceso mediante módulos, seminarios y programas de investigación, optar por temas de prioridad sanitaria nacional o regional, apoyarse sólidamente en los aportes y posibilidades del materialismo histórico y priorizar la formación de masa crítica a la de cuadros técnicos funcionales con el modelo vigente y con las urgencias operativas y administrativas.

No es objeto de esta discusión formular una evaluación de los posgrados. Posiblemente una auto-evaluación de ellos mismos dará mucha luz al respecto. Preliminarmente, sin embargo, podemos plantearnos, con base en la experiencia directa e indirecta, preguntas como las siguientes para avanzar en los objetivos de

este material. ¿Será conveniente mantener una cierta profesionalización de la Medicina Social, como de hecho se hace con los programas de maestría? Desde otro ángulo, la misma pregunta: ¿Se requiere, realmente, una profesión denominada medicina social o sus equivalentes? ¿Cómo adecuar mejor el proceso formativo, los contenidos y las prácticas pedagógicas utilizadas a los requerimientos del profesional pensado? Y si la respuesta a las preguntas originales fuera negativa, entonces: ¿Qué alternativas implementar para lograr la formación de masa crítica en el área? ¿Qué temas o problemas médico-sociales merecen tan especial relevancia que ameriten su trabajo intensivo en niveles superiores de investigación y estudio? ¿Cómo formar al personal requerido para responder a las reformulaciones de transmisión de conocimiento y formación de actitudes médico-sociales tanto a nivel de la sociedad en general, como del personal profesional en los campos tradicionales de salud y de ciencias sociales, como de personal de alto nivel? Eventualmente la respuesta a preguntas preliminares del tipo ¿Qué hacen hoy los egresados de las maestrías de Medicina Social? ¿Cuál es su utilidad social, sus aportes investigativos, conceptuales, pedagógicos y operativos? ¿Cuáles son los principales vacíos que identifican en su formación de postgrado?, podrían ayudar a preparar el camino para las otras respuestas y para posibles propuestas.

Los postgrados no han formado sólo personal. Han servido como núcleo generador de ideas, de programas y líneas de investigación en el área. Al mismo tiempo, parte de la acción de los egresados ha sido la creación de núcleos, centros y grupos de trabajo que han tratado de ayudar a la comprensión de la problemática sanitaria de los países y a la construcción y circulación del conocimiento. En este último campo, ha sido también importante la creación y persistencia de varias revistas y publicaciones periódicas, algunas vinculadas a los postgrados y otras a los núcleos y centros relacionados con la temática. Y estos campos de la producción merecen también consideración al evaluar los postgrados. Repensar los postgrados, los existentes y los que actualmente se proyectan, y a partir de una discusión abierta y seria llegar a propuestas coherentes y viables de reafirmación, rectificación o transformaciones sustanciales, es otra de las tareas pendientes en el campo médico-social regional.

La Medicina Social extra-universitaria

Hasta aquí la Medicina Social aparece como una práctica teórica, predominantemente universitaria, ligada al espacio académico y sin articulación alguna con otros campos. ¿Tiene realmente la Medicina Social algo positivo que aportar en los terrenos no universitarios, en los que fundamentalmente se debate, se desenvuelve y resuelve la problemática de la vida, de la muerte, de la salud y la enfermedad? Y, para los efectos específicos de estas reflexiones: ¿Qué papel corresponde a la universidad en la configuración, legitimación y ejecución de tales prácticas?

Hay saberes que se realizan en una práctica específica, profesional y excluyente. El saber médico-quirúrgico, por ejemplo, se realiza en el diagnóstico pero, sobre todo, en la intervención: extirpa, injerta, desobstruye, transplanta, extrae, introduce, recanaliza, amputa y esas acciones en los humanos son patrimonio social del cirujano. La Medicina Social no se realiza en una única práctica. No es una práctica particular, específica, excluyente. Si teóricamente es un enfoque, un conjunto de dimensiones de la realidad de la vida y la salud como acontecimientos sociales, en la práctica debe traducirse entonces en una manera de abordar y actuar ante las situaciones y los problemas en que tales dimensiones y acontecimientos se nos presentan. Igual se hace entonces Medicina onosocial cuando se intenta contribuir a transformar la educación en salud en función de los contenidos y enfoques enunciados, que cuando se participa activamente en la lucha por un ordenamiento sanitario legal que responda mejor a las condiciones más favorables para la vida y la salud, que cuando se laboran y socializan nuevos problemas que alteran la realización de la vida y la salud en la sociedad y se construyen alternativas colectivas. Trabajar sistemáticamente, por ejemplo, en entender las relaciones del proceso del trabajo en sus diferentes momentos con la manera y las posibilidades de enfermarse, reproducirse, realizarse o morir los trabajadores, poner en sus manos el conocimiento generado con ellos y contribuir a emprender las acciones más adecuadas de defensa, promoción, o reivindicación, es una forma concreta de hacer Medicina Social. Dicho en términos más globales: toda acción que, partiendo del reconocimiento del protagonismo social en el conjunto del proceso vital humano como proceso eminentemente

social, se oriente a abrir espacios de conocimiento o de práctica social hacia la búsqueda de su mejor realización, superando los círculos de la respuesta clínico-individual y de la reducción bio-natural del proceso, puede calificarse como práctica médico-social. No es entonces una nueva o vieja profesión, como se anotó al iniciar estas reflexiones. Y si se ha recurrido y, eventualmente, continúa recurriéndose a una cierta especialización, debe ser sólo en la medida necesaria para consolidar núcleos teóricos, abordar nuevas áreas y ayudar a configurar nuevas prácticas sociales, y para formar la masa crítica necesaria para impulsar tanto por dentro como por fuera de los espacios universitarios.

Socializar en lugar de profesionalizar la Medicina Social.

De las reflexiones anteriores se desprende que hacia el futuro la realización histórica de la Medicina Social en lugar de depender de su profesionalización va a serlo de su socialización, de la capacidad de convertirla en contenidos y actitudes a partir de las cuales los grupos, las clases, las instituciones y los individuos piensen y se comporten ante los grandes y los pequeños problemas relacionados con la sobrevivencia individual y colectiva, con la construcción de condiciones de justicia y democracia que permitan garantizar existencias placenteras, creativas y con el mínimo de dolor y sufrimiento, y con la temática de la muerte en su realidad también social.

No es entonces la Medicina Social un rival o una negación de las prácticas profesionales hoy existentes en el campo considerado de la salud. La rivalidad nace cuando se entra en el juego de la profesionalización y en la apropiación de un territorio excluyente. Los grandes problemas ya existentes y los que amenazan a la vida de la especie humana y a sus condiciones de existencia, no parecen demandar un nuevo profesional o especialista en medicina social. Más que de médicos sociales, la necesidad social parece ser de conciencia y acciones médico-sociales. El nombre, inclusive, es secundario y posiblemente será reemplazado justamente para desmedicalizar la medicina social.

Si la universidad forma médicos, enfermeras y odontólogos sociales, no ha de ser en el camino sin salida de la profesionalización y de las luchas de sobrevivencia en un estrecho y competitivo mercado de trabajo. Ha de ser en la perspectiva ya esbozada de

preparar monitores, impulsores y masa crítica que estimulen la socialización de las prácticas y contenidos, de los enfoques y actitudes que expresen el carácter e implicaciones de entender la vida y la muerte, la salud y la enfermedad como realidades sociales. No soñamos ni defendemos entonces una nueva práctica profesional, ni una antipráctica en el campo de la salud. Desde dentro y desde fuera de la universidad la tarea en este campo es cómo fundamentar, construir y difundir un conocimiento y una nueva práctica sanitaria esencialmente social.

Formadora y legitimadora de muchos otros saberes y prácticas, también de estos la universidad debe seguir siendo pionera y defensora, pero despojándose del profesionalismo y academicismo deformantes, y de cualquier proyecto de apropiación excluyente. Todavía es pensable que uno de los componentes de la sociedad que se está gestando en la encrucijada de los modelos actuales, sea una transformación sustancial de la manera cómo ella entiende, se relaciona y enfrenta los problemas mencionados de la vida y la muerte, la salud y la enfermedad. Y no sólo es pensable sino apasionante continuar trabajando para que tal racionalidad, tal conciencia social y tales prácticas estén marcadas y orientadas por el carácter histórico-social de tales procesos. Con o sin médicos sociales.

BIBLIOGRAFIA

1. ABRASCO. Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Estudos de Saúde Coletiva. No.5 Rio de Janeiro Novembro de 1988.
2. ALAFEM. Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina. MEMORIAS, XIV Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina. Quito, Ecuador. Octubre, 1988.
3. AROUCA, S. O dilema preventivista. Tese de doutoramento. Campinas, Brasil. 1975.
4. CORDEIRO, H. et al. Evaluación de un Curso de Ciencias Sociales aplicadas a la Salud. Educación Médica y Salud. Vol.8, No.1: 56-73. 1974
5. CORDEIRO, H. Análisis de la Práctica Médica actual en América Latina, Alternativas y Tendencias. Ponencia presentada a la X Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina. Santo Domingo, República Dominicana. Ediciones UDUAL. México. Noviembre, 1977
6. DUARTE, N.E. Ciencias Sociales y Salud en América Latina. Tendencias y Perspectivas. OPS/CIESU. Montevideo, Uruguay, 1986.

7. DUARTE, N.E. y GARCIA, Juan César. Pensamiento Social en Saúde na América Latina. Abrasco-Cortez Editora. Sao Paulo, Brasil. 1989.
8. FRANCO, S. Orientación Bio-social de la Educación y Salud de la Sociedad. Ponencia presentada al Núcleo Básico I: Papel de la Universidad en la Elevación del Nivel de Salud de la Población. Quito, Noviembre 1989.
9. GARCIA, J.C. La Educación Médica en la América latina. OPS/OMS Publicación Científica 255. Washington, D.C. 1972.
10. MERCER, H. Investigación Social aplicada al Campo de la Salud. Educación Médica y Salud. Vol.9, No.4: 347-352. 1975.
11. OPS/OMS Primer Informe sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en las Escuelas de Medicina de América Latina. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. No.6 Washington, D.C. 1968.
12. OPS/OMS Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en las Escuelas de Medicina de América Latina. Educación Médica y salud. Vol.9 No.2: 211-222. 1975.
13. OPS/OMS Ministerio de Salud de Cuba. Relato General. Reunión de Expertos de Facultades y Escuelas de Salud Pública en la Región de las Américas. La Habana, Cuba. Octubre, 1987.
14. RODRIGUEZ, M.I. Introducción al Tema: Papel de la Universidad en la Elevación del Nivel de Salud de la Población. Núcleo Básico I. Quito, Ecuador. Noviembre de 1989.

La Universidad y las Prácticas en Salud

Dr. Francisco Rojas Ochoa

Vicerrector de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

Intentaré dar respuesta al reclamo de presentar a Uds. una práctica alternativa en salud que hoy se desarrolla en Cuba.

La sensación de desaliento, de pesimismo, de impotencia, ante los abrumadores hechos que configuran la situación política, económica y social dominantes en América Latina, nos lleva por momentos a no ver posible solución a esta situación; sin embargo, en esta reunión pudieran encontrarse vías y medios de acción que apuntarán a invertir la dirección general de las tendencias más recientes. Mi visión del futuro es optimista, y este optimismo deviene del recuento mismo de la historia de los pueblos de nuestra América, donde han sido muchos los momentos de profunda crisis, de retroceso, de reveses, de los que hemos emergido victoriosos.

Me permito recordar un ejemplo en la historia de mi país que hoy nos sirve de estímulo para continuar con toda energía nuestras luchas. Este se originó en las circunstancias en que después de 10 años de heroica y cruenta contradicción militar por acceder a la independencia de España, sobrevino el desaliento de un grupo importante de combatientes que les llevó a aceptar un pacto indecoroso con el régimen colonial, pero fue en esas condiciones que se alzó uno de nuestros más insignes patriotas, Antonio Maceo, rechazado el pacto en lo que conocemos como la Protesta de Bacagua. Hoy nuestro pueblo proclama que hacemos un eterno Bacagua, sin rendir las banderas que venimos enarbolando y que nos han permitido ganar la plena independencia nacional y un desarrollo político y social al que no hubiéramos podido llegar por otra vía que la emprendida en 1959: la construcción de una sociedad socialista.

Consecuencias de esta posición mantenida ya 30 años es lo que Uds. conocen sobre el Perfil de Salud de la población cubana, que comparativamente quedó expuesta en apretada pero objetiva síntesis en la presentación de Pedro Luis Castellanos. Recordemos nuestra elevada esperanza de vida al nacer, la muy baja mortalidad infantil, los índices altos de prestación de servicios (que alcanzan su magnitud por la cobertura nacional total y gratuidad consagrada por el Estado).

En un contexto más general, no son fenómenos de la sociedad cubana actual el desempleo, la violencia expresada en muertes o desapariciones, el analfabetismo, el tráfico de drogas o la gente que vaga por las ciudades, de que nos habla Pedro Brito. Es un perfil de salud donde desaparecen como causa importante de muerte las enfermedades infecciosas, donde algunas de estas enfermedades son erradicadas, donde la desnutrición proteico-calórica no se encuentra como problema significativo y que va dando paso a nuevos problemas, que demandan la revisión de las prácticas en salud.

En la fundamentación de una alternativa para esta nueva situación se hizo necesario tener en cuenta, además:

- El enfoque social de la nueva práctica como eje central de la misma;
- El estudio de las condiciones y estilos de vida y de las diversas manifestaciones de la cultura nacional incidentes en la salud de la población;
- El trabajo interdisciplinario, en especial el ajuste de los científicos sociales a la práctica en salud;
- Las elecciones de problemas concretos para enfrentarlos a intervenciones específicas, sistemáticamente organizados y dirigidos y
- La aplicación de una alternativa armónica al contexto político, económico y social del momento que vive el país.

¿Cuál es ese momento al iniciarse la última década del siglo?

- En primer lugar, mantener la opción de desarrollo socialista emprendida 3 décadas atrás.
- Aceptar el reto de esa opción en las nuevas y difíciles condiciones en que una fuerte corriente conservadora, apoyada en las posiciones triunfalistas de las ideologías dominantes en la potencia imperialista agresora a lo que nos venimos enfrentando desde hace 30 años, los EE. W., que hoy repite la ocupación militar de un hermano país de América Latina.
- Aceptar el reto también sin el apoyo que hemos tenido en el pasado de un conjunto de países que abandonan la opción socialista.

– Mantener, en fin, nuestras posiciones, nuestras banderas, nuestra lucha en las más adversas condiciones económicas y frente a la más cegada y peligrosa amenaza militar a la que nos hemos visto enfrentados.

Es en este contexto histórico que se da una práctica en salud-alternativa, que ciertamente no nos proponemos exportar, ya que esto no es posible prácticamente para ningún modelo, y lo es menos para uno que surge en una situación totalmente singular. No obstante, la experiencia de esta práctica permite hacer ciertas reflexiones conceptuales y metodológicas, además de sugerir proposiciones novedosas en el quehacer de la salud pública.

La práctica que referiremos es un modelo de atención primaria de salud basado en una concepción propia del médico de familia. Cuando decimos Atención Primaria queremos decir precisamente eso y no atención "primitiva", "reducida", "simplificada" o "elemental". Postulamos una atención primaria de salud integral, continúa, calificada, que aplique tecnologías apropiadas, realmente adecuadas a las necesidades que plantean los problemas de salud de la población; no entendiéndolo por adecuados la más barata o la que genera la propia población de modo empírico, salvo que fuese válida por la investigación científica. En el contexto, el modelo asimila el uso de la "medicina verde" o de prácticas de medicina homeopática como la comparativa, entre otras tecnologías apropiadas. Pero también se beneficia de conquistas de la ciencia y la tecnología contemporánea con los sistemas microanalíticos de diagnósticos, la ultrasonografía o el laboratorio genético prenatal.

El modelo se organiza a partir de la dispensarización de la población en grupos de aproximadamente 120 familias o 600 a las que se le asigna un médico y una enfermera que tome a su cargo la protección de la salud y la atención médica del grupo. Estos dos agentes de salud se radican en el espacio mismo donde reside la población que deberá atender, integrándose a esa pequeña comunidad. El marco material de desarrollo del modelo implica la construcción de la casa consultorio donde trabajan y residirán los profesionales mencionados. Esto se cumple tanto en las áreas urbanas como rurales.

El modelo establece un contenido de trabajo orientado a la protección de la salud y preservación de enfermedades como primera prioridad, incluyendo un

supuesto de atención curativa y rehabilitadora. En la dinámica del modelo corresponde al médico y a la enfermera el desarrollo de las acciones de los programas del sistema de salud, tales como el materno-infantil o el de saneamiento ambiental, el de inmunizaciones, como el de la lucha contra el hábito de fumar. En fin, los programas antes diseñados separados, concluyen ahora en un programa único a este nivel a cargo de esta célula del sistema local de salud.

Decimos célula del sistema porque este elemento no está aislado sino vinculado a un centro de salud que le sirve de unidad de referencia para los problemas en que requiere apoyo especializado, como puede ser la atención estomatológica que así se integra al modelo, para realizar exámenes de laboratorio o Rx, o interconsulta clínica de especialidades (en su propio consultorio o en el centro de salud). A su vez se integran al sistema local, que corresponde a una municipalidad donde se encuentran también el hospital, el centro o universidad de higiene y epidemiología, y otras unidades del sistema de salud.

Así se concibe un SILOS, que en su base dispone de una fina red de profesionales, adecuadamente equipados y convenientemente respaldados por el sistema.

El modelo no sería eficiente ni eficaz si, en las condiciones referidas, éste no fuese altamente participativo. La larga experiencia acumulada en participación popular en el país, se ha adoptado y confirmado con mayor profundidad en este modelo.

Esta práctica alternativa se inició experimentalmente en 1982; hoy es alta la proporción de la población del país ya cubierta por este modelo. Por supuesto que no ha sido fácil, y los principales obstáculos no son los materiales. Ha sido necesario luchar con energía y tesón contra las concepciones biologicistas que sustentan la medicina curativa, y contra la imagen del médico e incluso de la enfermera circunscrita al área hospitalaria. También fue un obstáculo inicial no reconocer en esta práctica el contenido de trabajo calificado como el de una especialidad. Esto incluso a la formalización de un régimen de especialización mediante residencia, creándose el especialista en Medicina General-Integral.

Otro obstáculo, aún presente, es el caso predominante de la unidad persona en el trabajo cotidiano y no de la unidad familiar o grupo de población. La escasa

formación en el manejo de técnicas sociológicas a este nivel influye en esto, lo que se ha tenido en cuenta para recientes transformaciones curriculares. Además, para fortalecer los equipos profesionales del SILOS, son los científicos sociales los que contribuyen para resolver problemas de este tipo.

Es aquí donde se dan las más profundas transformaciones del pensamiento y actuación del médico y la enfermera, no en su ciclo de formación académica, sino en su inserción en la práctica social concreta de este modelo, a partir del momento en que entra en estrecho contacto con su población, con los problemas que ésta plantea, con los reclamos que la misma hace, en la compleja y dinámica interacción social con individuos, familias y grupos, con organizaciones sociales y políticas, con organismos de la administración estatal, incluido el sistema de salud.

Un proceso acelerado de cambio se genera en la ideología y conducta de la mayoría de estos trabajadores. Es aquí donde se está realizando la más profunda transformación de la práctica y donde el gran educador, el gran formador y transformador deviene en primer lugar del pueblo mismo, que se expresa de modo directo e inmediato frente a sus agentes de salud, y a través de las vías y medios formalmente organizados (asociaciones de vecinos, sindicatos..) y donde la gran escuela está resultando el trabajo mismo.

Ahora bien, ¿cuál ha sido el papel de nuestra universidad en la estructuración de esta práctica? Veamos las principales direcciones de nuestro trabajo:

- La contribución a la formación ideológica de los nuevos profesionales, que pasan directamente a trabajar en este modelo (70% de cada generación).
- La adopción de nuevas estructuras organizativas y funcionales que facilitan la formación académica en el medio mismo que será su trabajo al egresar.
- Los cambios curriculares que devinieron en nuevo plan de estudio para el aseguramiento de la formación técnica y profesional adecuada a la nueva práctica.
- El desarrollo de un plan de formación mediante residencia como especialistas en Medicina General Integral, llegando a la práctica sin abandono del puesto de trabajo.
- La articulación de un plan de educación continua que mantenga actualizados profesionalmente a estos trabajadores.
- El desplazamiento de los profesores del área

hospitalaria a la comunidad para el ejercicio allí de la docencia.

- La necesaria transformación de la ideología biologicista y curativa de una parte del profesorado, en larga y profunda discusión en el claustro, inicialmente ajeno a estas concepciones.

- La búsqueda de conocimientos en la investigación científica sobre el nuevo modelo, como nos recordaba Dimitri Barreto citando a Fidel Ilizástegui, es en la práctica de salud donde debiéramos buscar las pautas para el desarrollo de la educación. Así, la universidad ha concurrido con toda su fuerza en apoyo a esta práctica alternativa que se impuso a partir de la transformación del perfil de salud del país.

¿Qué resultados son apreciables hoy de la aplicación de este nuevo modelo? Son numerosos los que se reajustan en el valor de lo positivo, pero sólo mencionaré cómo, por la fuerza del mismo, dada su connotación política y social, el alto grado de satisfacción de la población que usa el nuevo modelo. La profunda certeza de sus participantes junto a los trabajadores de la salud, la integración de la población a las acciones del servicio, sin subordinación y manipulación, no son ajenas a este alto grado de participación.

Esta es en definitiva una forma concreta de hacer salud por el pueblo. Y es un resultado específico de un Sistema Nacional de Salud, único, estatal, desprovisto de todo elemento de privatización o práctica médica liberal, concebido y realizado por la Revolución Cubana, una Revolución Socialista. ...

21 OCT. 1991



**Sub-tema 3. La Universidad y el Rediseño Curricular Hacia una Nueva
Práctica en Salud en la República Dominicana (Panel)**

Crisis, Diseño y Rediseño Curricular Universitario

Dr. José Antinoe Fiallo Billini

Director del Colegio Universitario de la Universidad Autónoma de Santo Domingo

La ponencia que hoy presentamos estará centrada en abordar tres planos de la temática:

1. Caracterización de la crisis dominicana.
2. Viejos y nuevos paradigmas del poder, la política, la educación y la salud.
3. Implicación de esos nuevos paradigmas para el rediseño curricular y,
4. Conclusiones.

1. CARACTERIZACION DE LA CRISIS DOMINICANA EN SU ENTORNO MUNDIAL

¿Cuál es la naturaleza de la crisis dominicana? Se impone su caracterización con la finalidad de resolver un problema epistemológico que defina la estrategia de rediseño curricular en sus elementos fundamentales.

La especificidad de la crisis dominicana podemos explicitarla en los siguientes componentes de la misma:

a) Las estrategias de crecimiento económico de la sociedad dominicana implementadas en las últimas décadas han significado un progresivo reordenamiento de los polos de acumulación capitalista para una economía extrovertida y destructiva, y por tanto una recomposición de las fuerzas productivas y una redistribución geoespacial de la población. Este último fenómeno va adquiriendo las características de una verdadera concentración de ella en pocas ciudades y una periferización de las zonas rurales y al interior de la macrocefalia urbana de una metrópolis (Santo Domingo) y su "ad-metrópolis" (Santiago) con todas sus consecuencias de deterioro de calidad de vida y ambiente (degradación en gran escala urbano-rural).

b) Este proceso global se inscribe en un proceso más complejo de reestructuración y reordenamiento a escala planetaria que está en curso y que combina las apariencias del corto plazo, es decir, una consolidación capitalista multipolar en los países centrales y periferias de nivel intermedio, y a mediano plazo, la sustancia real del mismo que es una polarización creciente "norte-sur", como necesidad de esa misma reestructuración a escala planetaria (mayor opresión y colonización de la

periferia y países intermedios). Esto supone una profundización de la economía extrovertida (servicios financieros, agricultura comercial, zonas francas, turismo, etc.) y una consolidación de la cúpula burguesa de vocación semicolonial y colonial, lo que plantea en el centro de la crisis el entroncamiento de la emergencia nacional en la perspectiva del mediano plazo, es decir, la creciente polarización "norte-sur", lo que supone una plataforma de salvación y resistencia frente a la universalización del dominio del capital y a las limitaciones inmediatas de las propuestas alternativas de los movimientos nacionales y populares en la periferia.

c) Todo este proceso específico y global, enmascarado en un pretense proyecto universal "democrático", determina una violentación progresiva y diversa de los derechos democráticos del pueblo dominicano, tanto en la zona urbana como rural, expresándose en una relación social de exclusión de las clases populares. Esta relación social de exclusión se expresa no sólo en lo geoespacial, es decir la marginalización urbano-rural, o en la sobreexplotación de la fuerza de trabajo y la enajenación de la nación, sino además en todo lo referido a los recursos, a la orientación del gasto social que por la dinámica del capital se reduce y es orientado a operar sobre la población laboral de los polos extrovertidos de la acumulación capitalista en búsqueda de una productividad creciente del trabajo y la fuerza laboral (ventaja comparativa).

d) En este último contexto las instituciones educativas, sobre todo las estatales y públicas, se debaten entre las exigencias del capital por calificación y semicalificación robotizada (en términos de sus paradigmas de "modernidad" cultural) y el cumplimiento de los derechos democráticos como demandas de servicios y de formación para la supervivencia y reproducción comunitaria. En el caso específico de la UASD, la institución expresa con crudeza su inorganicidad a los polos dinámicos de acumulación y su inorganicidad con los procesos populares de base que se desarrollan a partir de los espacios donde los excluidos de la sociedad civil y los excluidos en la periferia de la sociedad civil, que es donde la universidad puede articular programas formativos que puedan expresar en nuestra especificidad

el proceso que se perfila en el mediano plazo alimentado por el reordenamiento mundial del corto plazo.

e) Por lo tanto, las tareas del rediseño curricular de la UASD o de cualesquiera institución formativa de educación superior pública, deben y tienen que abordar el dominio de la crisis nacional a partir de contextualización correcta, científica, con las implicaciones de ser un paso para la articulación del proyecto educativo como parte integrante de un proyecto histórico y para ello necesitamos definir en contradicción los viejos y nuevos paradigmas de la política, la salud y la educación en la periferia subdesarrollada.

2. PARADIGMAS DEL PODER, LA POLITICA, LA SALUD Y LA EDUCACION.

Los viejos paradigmas

Los nuevos paradigmas

2.1. Acento puesto en los programas, en las tribunas de discurso formal y manifiestos, hitos, hitos, resultados cuantitativos bajo control de un ritual de minorías.

2.1. Acento puesto en nuevas perspectivas, resistencia a planes y programaciones rígidas de la cultura oficial, racionalidad de control y contracontrol, protagonismo colectivo de la calle y la plaza pública

2.2. Cambios concebidos de forma elitaria de cúpula e impuestos por la autoridad, jerarquía de manera vertical.

2.2. Cambios construidos por una organicidad integral donde los planos de verticalidad y horizontalidad confluyen en puntos o momentos de resolución comunitaria como expresión de conciencia con participación (conciencia hegemónica). La plaza pública (espacios comunitarios públicos), como escenario e instrumento de los éxitos y fracasos, la jerarquía y la dirección expresan esos niveles de racionalidad

zación donde la verdad se realiza así.

2.3. Burocratizar los servicios y las ayudas, el equipamiento social es un fenómeno de administración técnica separada de la sociedad civil y una continuidad de sociedad política.

2.3. Estimula la iniciativa personal en un contexto autogestionario y autodefensivo comunitario donde los recursos tienen una diversidad pública y comunitaria en su procedencia. El equipamiento social es autogestionario y una vía para garantizar la reproducción de nuevas relaciones sociales.

2.4. Centralización absoluta del poder político en órganos o niveles de la sociedad política y con vocación de exclusividad en la gestión central y de exclusión de la sociedad civil.

2.4. Redefinición de las diversas formas de centralización de las gestiones sociales estableciendo una relación armónica y dialéctica en la estrategia de gestión-complejidades sociales: Propósito o proyecto como estrategia central y concreción específica como fenómeno descentralizado.

2.5. El poder como un resultado enajenado de la sociedad civil y las clases populares como sujetos históricos subalternizados.

2.5. El poder como elemento integrante de toda la construcción social, de forma tal que se reintegre a la comunidad con hegemonía popular, los factores que le han sido enajenados por el conflicto de clases.

2.6. La sociedad política como una organicidad unidimensional.

2.6. La sociedad política como una organicidad multidimensional.

- 2.7. Los agentes o cuadros del poder componen o integran un aparato que expresa la relación o el carácter enajenado de la sociedad política con respecto a la sociedad civil.
- 2.7. Los agentes o cuadros de la gestión social expresan la tensión entre la estrategia central de la planificación y la autonomía comunal o regional de la autogestión y el autogobierno.
- 2.8. La red o cadena de la producción expresa el desarrollo desigual (periferización y centralización) de las fuerzas productivas a escala territorial e implanta una cultura aristocrática urbana de dominación de las identidades y culturas de los sujetos populares.
- 2.8. Se restaura progresivamente la armonía del desarrollo de la red o cadena de la producción, estableciendo una articulación regional y local territorial de forma tal que la gestión comunitaria instaure una relación no capitalista y de solución de problemas de masas urbano-rurales.
- 2.9. La red o cadena de distribución de bienes de consumo expresa una naturaleza economicista y es un eslabón parasitario de acumulación capitalista o burocrática.
- 2.9. La red o cadena de distribución de bienes y servicios se organiza en el contexto autogestionario y autodefensivo de forma tal que la producción sea accesible territorialmente sin cumplir fundamentalmente una función de acumulación parasitaria desarrollando el consumo teniendo en cuenta las aspiraciones, expectativas y necesidades de los sujetos populares.
- 2.10. La cotidianeidad es un espacio de pseudo-autonomía que domestica la subjetividad crítica y creativa y por tanto fracturada de las expresiones microsociales y macrosociales más auténticas (compartimentación y enajenación de la cotidianeidad en relación a lo macrosocial)
- 2.11. La salud se entiende como resultado de la acción especializada de los órganos administrativos estatales y cuando la comunidad es integrada se hace como una prolongación de dichos órganos de administración superpuestos a la sociedad civil y como una cultura de interacción en el ambiente.
- 2.11. La salud se entiende como una situación generalizada de bienestar material y satisfacción espiritual e integrante por tanto de un proceso autogestionario y autodefensivo que entiende el ambiente como un entorno/persona integrado.
- 2.12. El hombre-paciente por tanto es concebido como un recipiente de procesos exteriores, procesos en los cuales los protagonistas son los aparatos y agentes especializados que operan sobre él.
- 2.12. El paciente es concebido como un sujeto protagónico que asume su especificidad en una relación de integración a la vida autogestionada del ambiente-sociedad y donde los factores técnicos y especializados se integran en una sola acción.
- 2.13. La educación se entiende exclusivamente como un proceso normativo que establece un dominio sobre los sujetos sociales, de forma que el aprendizaje se centra en contenidos determinados en la sociedad política para los polos de acumulación que son ejes de su estrategia.
- 2.13. La educación se entiende como un proceso autogestionado por la escuela y la comunidad donde los sujetos sociales fundamentalmente "aprenden a aprender" y por su entorno socioeconómico y comunitario a partir por tanto de una estrategia que se desplaza desde la sociedad civil.

2.14. La universidad es uno de los recursos privilegiados en los aparatos administrativos estatales y asume un aprendizaje definido por ellos como ejes exteriores y superpuestos a la sociedad civil, es decir, la formación superior debe corresponderse con la gerencia de clase de la macrosociedad.

2.14. La universidad se define como un recurso que se transforma al vincular la formación superior con la autogestión comunitaria que es el eje del aprendizaje y la formación superior se realiza en una complejidad de aprendizajes orgánicamente desarrollados con la gestión popular macrosocial.

que responda a un proyecto popular y nacional. Cuando en esta ocasión y en ocasiones anteriores hemos utilizado el concepto de curriculum desdoblado nos referimos a que en el diseño de los programas formativos que se integran en un campo específico de enseñanza-aprendizaje, se procura partir de las necesidades formativas de las clases populares en función de sus organizaciones territoriales o clasistas y de sus tareas de resistencia y autogestión frente a la agresión e incapacidad del estado burgués periférico y la dominación del imperialismo.

Se trata de que la primera gradación curricular corresponda a las necesidades formativas del pueblo en la sociedad civil, orientada esta cobertura formativa a la elevación cultural e ideológica, por un lado, y a la dotación de determinadas habilidades y destrezas que alimenten la cultura material necesaria para dar respuestas de resistencia o autogestión en vistas de establecer formas organizativas u orgánicas del poder local de base en barrios, parajes y secciones. El punto de partida para el primer escalón o gradación curricular sería a partir del nivel de organización del movimiento popular, sea éste desde organizaciones populares barriales hasta organizaciones campesinas de autodefensa, cooperativas, centros productivos, sindicatos, escuelas populares, redes de servicios territoriales populares, etc.

3. NUEVOS PARADIGMAS Y SUS IMPLICACIONES PARA EL REDISEÑO CURRICULAR.

Está en el centro de la discusión de fondo en torno a la universidad la superación histórica de esa institución de educación superior como modelo universitario clásico, forjado en la división del trabajo académico de docencia, extensión e investigación, en razón de que esa división del trabajo académico es la expresión de una forma burguesa de la producción cultural que no sirve ni a la reformulación de la universidad ni al movimiento popular, que es lo fundamental en todo caso.

3.1. La vieja universidad y la nueva universidad.

Comencemos, pues, por impugnar la universidad como institución con tres funciones (docencia, investigación y extensión), y por lo tanto con un curriculum elaborado malamente desde el punto de vista "técnico", pero centrado en la propia universidad y que pretende integrarse a la sociedad civil desde fuera teniendo como cordones umbilicales la extensión y la investigación. En todo caso, este modelo de curriculum desintegrado, no orgánico al movimiento popular espontáneo o no en la sociedad civil, a lo único que puede llegar es a una articulación segregada a la sociedad política, por un lado, y por el otro, a cumplir funciones supletorias marginales para el aparato productivo del capitalismo periférico.

En una perspectiva auténticamente crítica lo que está planteado a la universidad es la concreción de una estrategia universitaria en un curriculum desdoblado

En virtud de que la estrategia de gradación curricular parte no del tercer nivel sino desde los niveles inferiores que van desde la población analfabeta hasta el nivel medio en un abanico de ofertas formativas, se requiere el establecimiento de una redefinición integral de la función de las diversas sedes regionales (Central y Centros Regionales propiamente dichos), de forma tal que éstas puedan aplicar territorialmente el nuevo curriculum en sus diversos niveles formativos.

Por lo tanto, como el rediseño curricular parte de la relación entre los diagnósticos necesarios y la implantación de las clases populares en la sociedad civil, los programas formativos del tercer nivel (licenciaturas) tendrán como base el punto de partida de la estrategia en el nivel popular de la sociedad civil. Quiere decir, que a partir de una determinada apreciación histórica del desarrollo del capitalismo dominicano como formación periférica, los programas formativos propiamente universitarios referidos a los cuadros científico-técnicos y culturales se determinarán fundamentalmente de acuerdo a las necesidades de dar prolongación

a una estrategia que tiene su dinámica no "en" la universidad, sino en el pueblo, en la sociedad civil.

Esta dinámica y esta apreciación histórica parten del hecho fundamental de que los espacios agrarios han sido explotados por la economía capitalista imperialista y metropolitana para nutrir el poder de la burguesía extranjera y criolla e incrementar la capacidad industrial, manufacturera y financiera, pero que en última instancia esta capacidad industrial, manufacturera y financiera no ha estado ordenada a resolver los problemas de las masas urbanas empobrecidas. En tal sentido, **se asume la necesidad de expresar formativamente un proyecto popular y autocentrado**, y que, por lo tanto, la formación científico-técnica y cultural del tercer nivel debe estar orientada a la plasmación en esos programas formativos de la alternativa de variar la composición orgánica de las fuerzas productivas con contrapartida del proyecto de curriculum desdoblado; es decir, del curriculum que opera en la base popular y organiza la formación profesional desde allí hacia arriba: curriculum integrado a un proyecto en gradaciones formativas, donde la docencia, la investigación y la extensión no son funciones diferenciadas sino orgánicamente articuladas y no diferenciadas en su operación académica y política.

En el caso de la formación en el área de las Ciencias de la Salud, por ejemplo, se coloca como prioridad la articulación de una estrategia de Atención Primaria en la Salud como resultado de una respuesta múltiple de tipo territorial que involucra el aprendizaje de los diversos sujetos en la capacidad autogestionaria y en una perspectiva integral del desarrollo, de forma tal que la organicidad de la estrategia formativa se integre tal y como se establece en los paradigmas nuevos 3.1 (sobre el equipamiento social) 10 (la cotidianeidad), 11 y 12 (salud-paciente) y 13-14 (educación y la universidad).

3.2. Implicaciones políticas y organizaciones de un curriculum desdoblado.

Cuando se establece un planteamiento como éste, la primera objeción, y ello es lógico por la tradición conservadora del poder establecido en la universidad, vale decir, de la concepción burguesa, es que estamos colocados ante una utopía, entendiendo la utopía como algo irrealizable. Pero, naturalmente, esto no es verdad, es una forma de evadir la discusión de la factibilidad de un curriculum inserto en la lucha de clases y, sobre todo, instrumento de la lucha de clases de las clases po-

pulares: un curriculum para utilizar palabras de Paulo Freire "...de reflexión y acción en el mundo", creador de cultura, no de la retórica pseudo-progresista de talante populista. De lo primero que se trata es de que se necesita redefinir la función del docente y del cuadro científico-técnico de la administración universitaria, ya que ambas funciones han estado remitidas al viejo modelo de universidad, donde la "educación bancaria" ha creado y reforzado una determinada forma de autoridad universitaria y profesor "aristocrático", virtualmente en ruptura con la dinámica de la sociedad civil y del movimiento popular.

Ello es lógico, en la medida en que las modificaciones clasistas del cuerpo docente y de autoridades han fortalecido el peso específico de los agrupamientos de burguesía en esos estamentos universitarios, y el curriculum tradicional opera en esas condiciones de aristocraticidad, que significan tanto la hegemonía de la docencia magisterial clásica como la hegemonía también del ejercicio del poder para la promoción política personal o clientelista de los centros de poder.

Obviamente, un curriculum desdoblado significaría una estrategia de reforzamiento de la plantilla de docentes y administradores con capacidad para el "trabajo manual", es decir, para la ruptura con las formas académicas aristocratizantes por la vía de una pedagogía desde los oprimidos, para el desarrollo crítico de todas las virtualidades de la ciencia, la técnica y la cultura que se reviertan en el desarrollo cultural y organizativo de esos oprimidos. Quiere decir, que el curriculum desdoblado parte de las exigencias de los de abajo; se alimenta de ellos y produce científica, técnica y culturalmente para la cultura popular y nacional, lo que requiere de cuadros docentes y científico-técnicos capaces de asumir la implementación parcial o general del proyecto curricular alternativo propuesto, como curriculum contrahegemónico.

Este curriculum inserta la universidad en la lucha de clases de manera más orgánica en la medida en que la coloca en el centro de su definición académica, lo que desarrollaría profundas y necesarias contradicciones, en lo ideológico y político, entre los partidarios y adversarios de que la producción académica se entronque en la lucha popular, en el movimiento de masas.

Este proceso se tomaría más o menos agudo en la medida en que las reivindicaciones y luchas políticas del movimiento popular radicalicen sus contenidos

democrático-burgueses avanzados, y la dinámica de implementación del currículum desdoblado contribuya a hacer crecer las demandas, los volúmenes de demandas populares al estado de la burguesía, y entonces se profundicen las exigencias a los cuadros científico-técnicos de dirección. Este último aspecto no es predecible en términos de su desarrollo absoluto, en la medida en que la implementación del currículum desdoblado es un proceso progresivo, en ocasiones de lento desenlace en cuanto a sus realizaciones.

Si estudiamos con detenimiento la racionalidad teórica, metodológica y política de la alternativa curricular propuesta, vemos que ella expresa también en forma explícita, la reformulación total de las plataformas ideológicas y organizativas de las fuerzas políticas operantes en la universidad, y su planteamiento puede, a corto plazo, centrar la discusión en el terreno de la problemática de la nación y del movimiento popular, en tal o cual plataforma exclusivamente eficientista o populista, que es donde regularmente llevan las discusiones académicas clásicas o tradicionales.

En todo caso la problemática planteada en el párrafo anterior no es el objetivo central de este artículo, aunque ella y la referida a las formas organizativas y a las plataformas ideológicas del movimiento estudiantil necesitan ser abordadas posiblemente en otra ocasión. La cuestión fundamental hoy, es tratar de definir una estrategia curricular en un contexto de redefinición de la estrategia del movimiento popular, un poco tomando la tesis básica de las "Tesis sobre Feuerbach" de Marx, la cual parafraseamos: un currículum, no para pensar o elucubrar al mundo sino para contribuir a transformarlo.

4. CONCLUSIONES

4.1.El rediseño curricular que no parte de una caracterización de la crisis dominicana como elemento central de la diagnosis no puede partir de una base epistemológica correcta.

4.2.El rediseño curricular que al concluir no se plantea como una propuesta de transformación de la universidad en una fuerza estratégica cultural de dimensión territorial articulada a las fuerzas sociales populares estratégicas territoriales, no tendrá vigencia histórica y sólo contribuirá a profundizar la cronicidad de las contradicciones propias de las instituciones estatales educativas en la periferia capitalista.

4.3.Para ello es relevante y urgente construir un cuadro paradigmático contradictorio que contribuya a crear recursos conceptuales y operativos que transformen el rediseño curricular de un recurso exclusivamente técnico en un proceso cultural contrahegemónico contextualizado por el universo de la crisis histórica epocal.

La Universidad y las Prácticas en Salud en América Latina

Dr. José García Ramírez y Colaboradores

**Equipo de Rediseño y Evaluación Curricular de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad
Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana**

Este trabajo es presentado en esta reunión del Grupo Básico II, preparatorio de la Reunión Salud UDUAL 91, que se celebra en Santo Domingo, República Dominicana, por el equipo de Rediseño y Evaluación Curricular de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UASD, que componen los profesores: Dr. Antonio Mena, Dr. Víctor Gutiérrez, Lic. Margarita Tamayo, Lic. Regina Silverio, Lic. Museta Cedeño, Lic. Dagoberto Tejeda y Dr. José García Ramírez, Coordinador, a invitación del Coordinador General del evento, Dr. César Mella Mejías, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud.

15 de marzo de 1990

ANTECEDENTES

Antecedentes de la UASD

"La educación superior dominicana es objeto de múltiples cuestionamientos en relación a la calidad del profesional que prepara, así como "Por la inadecuación de dicho profesional respecto a la sociedad".⁽¹⁾

"Con frecuencia se expresa la necesidad de transformar el curriculum universitario, para que prepare profesionales capaces de impulsar el desarrollo nacional independiente".⁽²⁾

"En el caso de la UASD, se afirma que su curriculum no responde a sus planteamientos filosóficos, que ha descendido en nivel académico, que su oferta curricular actual no se corresponde con la exigencias del momento histórico. Se señala que su estructura académica es adoptada de modelos universitarios contradictorios entre sí, que su estructura administrativa no se corresponde con las características de la Universidad".⁽³⁾

La respuesta de la UASD, frente a la situación descrita, ha sido la de enfrentar sus males introduciendo cambios curriculares aislados en diferentes facultades y departamentos, sin responder a un proyecto global y sin antes realizar una evaluación del modelo vigente que permita reorientar el nuevo curricular deseado.⁽⁴⁾

Los anteriores planteamientos justificaron que el honorable Consejo Universitario estableciera como objetivo 1.1 de las políticas del trienio 1987-1990 la evaluación general del Curriculum y Rediseño Curricular. En ese sentido se creó un equipo central multidisciplinario que implementó las políticas trazadas para estos fines por el Consejo Universitario.

Se crearon las Comisiones de Evaluación y Rediseño Curricular en cada una de las Facultades; se establecieron lineamientos programáticos, metodológicos, un cronograma de trabajo; se validaron cada uno de los instrumentos para la recolección de datos. El proyecto plantea dos etapas.⁽⁵⁾

Primera etapa: Evaluación curricular.

Abarca los siguientes componentes:

1. Necesidades sociales y reales del país a nivel global y sectorial.
2. Planes de estudios vigentes en la UASD.
3. Programas de asignaturas.
4. Población estudiantil.
5. Personal docente.
6. Encuesta del egresado.
7. Rendimiento de la institución.

Segunda etapa: rediseño y desarrollo del curriculum.

1. Establecimiento de los lineamientos generales para la reforma curricular de la institución a partir de los resultados del diagnóstico.
2. Planteamiento y diseño de nuevas carreras de acuerdo a las necesidades sociales y reales del país y la filosofía de la institución.
3. Rediseño y/o aplicación experimental de las carreras vigentes, de acuerdo a los lineamientos generales del curriculum.
4. Rediseño del plan de estudios del Colegio Universitario, a partir del diagnóstico realizado.

El plan de acción involucró a los Decanos, Directores de Departamentos, Coordinadores de Cátedras, Docentes contratados a tiempo completo por cada Departamento, profesores en general, y el sector estudiantil.

Las Comisiones de Facultad debieron adecuar el Proyecto de Evaluación Global del Curriculum a las especificidades de su Facultad y lo ejecutaron de acuerdo con lo establecido en el documento del proyecto.

Se estableció un cronograma de actividades que contemplaba las diferentes fases y procedimientos del proyecto.

Como hemos visto anteriormente, la UASD no se ha dormido en sus laureles de la más vieja universidad del Nuevo Mundo, sino que ha removido sus propias raíces para cumplir con el compromiso de formar profesionales científicos, conscientes y capaces, técnica, política y socialmente, y la necesidad de utilizar eficaz y eficientemente los recursos humanos y materiales de que dispone. Esto se convierte en una exigen-

cia prioritaria para nuestra institución, ya que sólo la buena calidad y relevancia de su trabajo académico, a partir de un proyecto coherente y en vinculación con los principios que nuestra institución defiende desde el punto de vista filosófico, será la vía capaz de conferirle legitimidad ante la sociedad.

Antecedentes de la Facultad

La Facultad de Ciencias de la Salud tiene raíces profundas en cuanto al rediseño de sus planes de estudios y la creación de carreras necesarias para el logro de metas y objetivos en el desarrollo del sector salud en nuestro país. En consecuencia, su inserción en este proyecto de política académica de la Institución se hizo de la manera más efectiva y con resultados excelentes. El Consejo Técnico de la Facultad conformó mediante resoluciones un equipo de evaluación y rediseño curricular que incluyó un profesor contratado a tiempo completo para los Departamentos de Medicina, Odontología, Farmacia, Bioanálisis, Enfermería, que imparten carreras, y también para los Departamentos de Ciencias Fisiológicas, Morfológicas y Salud Pública, que sólo imparten docencia. Quien suscribe, como representante de Ciencias Fisiológicas, fungió de Coordinador del Proyecto de la Facultad.

En el desarrollo histórico del Curriculum en la Facultad, vale la pena señalar etapas y hechos de medidas de la política que sentaron las bases académicas que han posibilitado la inserción y el desarrollo sostenido que tiene actualmente el Proyecto de Evaluación y Rediseño Curricular en el trienio 87-90.

El paso más importante de esta Facultad para su desarrollo académico curricular lo representa la creación de la Oficina de Planificación de la Facultad (ODEPLAN) en el año de 1974, fruto de una asesoría OPS/OMS del Dr. C.I. Monge.⁽⁷⁾

La implementación de las prácticas extramurales en Odontología y Bioanálisis, el ciclo de Internado de Medicina Provincial y Rural, el Internado de Bioanálisis, de Enfermería, los centros populares de salud, han sido pasos que han permitido validar en la práctica planteamientos teóricos muy en boga en América Latina en la década de los 70 y 80.

Con el advenimiento del movimiento renovador universitario (1966) se produjo la reforma del plan de

estudios de medicina, aún vigente con algunas modificaciones, más de forma que de fondo.

El primer proceso académico de reforma curricular de una carrera en nuestra Facultad fue la transformación de la antigua Escuela de Tecnólogos Médicos en la de Bioanalistas (1977).

En el año de 1976 se había creado la carrera de enfermería, luego de cumplir un riguroso plan para poder factibilizar su aprobación por los organismos de dirección universitaria.

La investigación como eje integrador de la teoría y la práctica ha sido un elemento clave para que ODEPLAN por sí mismo justifique su existencia; la producción intelectual se acrecentó; contribuye notablemente al mantenimiento y desarrollo interdisciplinario en la Facultad, en la Universidad, y además ha sido un elemento vital para la concreción de los programas de docencia y servicio y de integración docente asistencial.

Estos son a grandes rasgos, los elementos internos de la Facultad que han precedido el actual movimiento de Evaluación y Rediseño de la Currícula.

ORGANIZACION DEL PROCESO/OPERACION QUE HEMOS HECHO EN LA FACULTAD

El Equipo de Evaluación y Rediseño de la Facultad es multidisciplinario, tiene un coordinador, realiza reuniones internas semanales, con la dirección política (Decano) y técnica (ODEPLAN), cada 15 días.

- Promueve el estudio e implementación de los instrumentos de recolección de datos y de mediciones académicas. Coordina reuniones de cátedras, de departamentos, entre coordinadores, interdepartamentales, etc.
- Realiza y asesora talleres y seminarios de cátedras, departamentos y de la facultad, además de que participa en reuniones con otras facultades y en talleres generales de la universidad sobre la materia.
- Promueve investigaciones académicas en las unidades docentes. Propicia la participación del profesorado y estudiantado como entes dinámicos del proceso evaluativo. No tiene líneas de mando administrativas. Depende política-administrativa y gerencialmente del Decano.

Asumimos el Rediseño Curricular como una decisión política; sin la misma no es posible lograr el proceso en frío y mucho menos aislado.

En el período abril 88 - febrero 90, el equipo de Rediseño de la Facultad se abocó a la realización de las siguientes investigaciones educativas (contempladas en la primera etapa del proyecto).

- Encuesta de la población estudiantil.
- Encuesta del personal docente.
- Análisis de los programas de asignaturas.
- Análisis de los planes de estudios.
- Encuesta de los egresados.
- Diagnóstico sectorial (sector salud).

Señalaremos brevemente los aspectos más significativos de estas investigaciones y haremos algunos comentarios necesarios para su cabal comprensión.

De la encuesta de la población estudiantil, un dato relevante es que el mayor porcentaje de estudiantes promovidos participaron en las actividades de grupos estudiantiles, no sólo los llamados "grupos políticos", sino culturales, deportivos y científicos; además, tenían índices académicos elevados, respecto de los que no participan en ninguna actividad universitaria extracurricular. Esto contradice a los que postulan que la UASD pierde mucho tiempo en la realización de sus planes académicos por los conflictos que generan las luchas estudiantiles, ya reivindicativas, ya de protestas; pareciendo como si fuese necesario evaluar otros parámetros que pudiesen justificar la prolongación de los semestres académicos.

La encuesta del egresado revela asimismo que de los graduados con honores académicos, el porcentaje más elevado corresponde a estudiantes con una larga participación en las luchas estudiantiles, desde su época de estudiantes de secundaria.

Asimismo, estos egresados con honores de las características definidas, tienen una exitosa carrera profesional y ocupan posiciones prominentes en los cuerpos dirigenciales de los gremios profesionales, partidos políticos, sociedades especializadas, etc.

Los planes de estudios y programas de asignaturas tienen un desfase en sus aspectos organizativos y es mucho el terreno que es necesario andar para que los

mismos respondan a las expectativas que estatuye la institución como parte de su misión como universidad.

No hay perfil profesional-ocupacional definido claramente, y no existe un eje integrador uniforme y constante que sincronice los créditos teóricos y los prácticos, amén de carecer de una práctica de investigación como elemento básico para producir conocimientos sobre nuestra realidad sanitaria.

La educación permanente se identifica como una necesidad, así lo revela claramente la encuesta del personal docente.

La evaluación revela datos muy disímiles, algunos de los cuales sólo persiguen ocultar los ingresos familiares para justificar el pago de la matrícula estudiantil en la escala más baja (FCS.- Vol.III) así como para disimular ingresos profesoriales que justifiquen la aplicación de altas tasas impositivas de rentas.

El diagnóstico del sector salud no puede ser más elocuente.⁽⁹⁾

Población del país (1987) 6,707,710 hab.; crecimiento poblacional: 2.87 anual. El 56% de la población vive en la zona urbana, con una inmigración rural-urbana constante, básicamente por una tenencia injusta de la tierra, y por un creciente aumento del grado de marginalidad campesina, así como "la atracción" que significan la emigración, los empleos de zonas francas, el turismo, etc. Esta inmigración es un factor de permanente presión a las estructuras sanitarias existentes, de por sí deficientes.

Desde el punto de vista de su organización económica, social y práctica, la formación dominicana puede ser tipificada como capitalista, subdesarrollada y dependiente; población económicamente activa 2.9 millones, tasa de desempleo 29.6%⁽¹⁰⁾

Los datos económicos del CIECA, recuerdan la existencia de una pobreza crítica en República Dominicana. Hay una acentuada concentración del ingreso. La inflación de 1989 fue de un 60% (dato del Banco Central de la República). El índice de precios al consumidor en 1988 fue de 1,102.9 (CIECA).

Hay una reducción drástica del salario real que explica la pobreza de los sectores trabajadores de la

población, incluyendo sectores medios profesionales.

Existe un marcado deterioro de la calidad de vida, escasez de agua, luz, alimentos básicos, leche, transporte urbano; recolección de basura, saneamiento ambiental. Todos estos factores impactan de manera negativa el proceso salud-enfermedad, morbilidad, mortalidad, debido a ello tenemos estos indicadores sanitarios:

- Esperanza de vida al nacer en 1985, 62.2% en hombres y 66.1% en mujeres.
- Morbilidad: Enfermedad diarreica aguda (EDA) 12% Infecciones respiratorias agudas (IRA) 40% Desnutrición infantil (1987) 48.8%
- 90% de la población dominicana tiene un consumo de nutrientes inferior a las recomendaciones per capita/día 2,300 calorías y 60 gramos de proteína.
- Bajo peso al nacer presente en el 10.6% de la consulta global de nuestro principal hospital infantil (Robert Reid Cabral).
- Tuberculosis, por ciento elevado.
- SIDA, 1987, (378 notificaciones de casos, de los cuales 263 eran casos nuevos (69%).
- Drogas, accidentes de tránsito, etc.
- Mortalidad general 4.3% por mil habitantes (84-88).
- Mortalidad infantil 1988, 67.7% (por mil nacidos vivos).
- Mortalidad preescolar, 2.6% (1985)

En general, podemos concluir señalando que el escenario social en el cual debe el equipo de salud desenvolver su práctica profesional, se caracteriza por una crisis global, que tiene como punto de partida la crisis económica. Esta crisis se manifiesta por un deterioro de la calidad de vida de los dominicanos, sobre todo de los grupos sociales más vulnerables.

- Insatisfacción de las necesidades básicas de las grandes mayorías.
- Población por debajo de los niveles de pobreza absoluta y cuyo número aumenta cada año.
- Marcadas diferencias en el perfil epidemiológico y de morbi-mortalidad de los dominicanos de acuerdo a sectores sociales específicos (distribución de ingresos).
- Oferta de servicios sanitarios pobres, frente a la demanda cada vez mayor.

- Crisis global del modelo de servicios médicos hegemónicos.
- Utilización deficiente de los recursos disponibles.

En conclusión, las investigaciones educativas, sociales, económicas que hemos hecho hasta hoy, nos permiten ir acercándonos objetivamente a definir lo que realmente somos y lo que estamos haciendo en la formación de los recursos humanos en una sociedad en crisis, subdesarrollada y dependiente como la nuestra. Estos informes en extenso podrían producir un proceso depresivo, frustratorio, donde la realidad se percibe como la negación de lo que creíamos o de lo que debía ser. Estos datos, tomados en abstracto y mal usados, podrían darnos una falsa imagen de la Facultad y de la UASD.⁽¹²⁾

Estos datos deben ser tomados y manejados con cuidado, pues sólo reflejan una parte del todo, ya que no reflejan la totalidad del proceso en su historicidad, ni las particularidades estructurales y coyunturales.⁽¹³⁾

Los datos obtenidos tienen sentido, lógica, cuando se evalúan en su contexto dentro de la dimensión en que fueron ocurriendo los acontecimientos.⁽¹⁴⁾

PERFILES CURRICULARES, LINEAS GENERALES HACIA UN PROFESIONAL DE LA SALUD PARA UNA NUEVA PRACTICA

"Convencionalmente los planes de estudios de las escuelas se elaboran a partir del conocimiento una vez que éste ya ha sido formalizado en disciplinas académicas. La formalización representa una carta de institucionalización que asegura la presencia indefinida de una disciplina dentro del curriculum Este proceso involucra, además de la parcelación del conocimiento, la fragmentación de la escuela en territorios de práctica docente, donde tradicionalmente ejerce su "dominio" el maestro titular de la asignatura. Esta circunstancia repercute obviamente, configurando un orden académico rígido y reactivo a los cambios curriculares".⁽¹⁵⁾

Las investigaciones académicas realizadas señaladas anteriormente en este documento, nos sirven como elementos no sólo de diagnóstico de la situación de la Facultad de Ciencias de Salud/UASD, sino que

nos sirve como una pedagogía, a partir de la cual hemos de producir nuevos principios técnicos, de donde derivaron las bases para el Rediseño Curricular.

Debemos tener una visión objetiva a nivel estructural y conyuntural del país como totalidad en términos históricos ¿Qué somos?, ¿hacia dónde vamos?, ¿qué queremos?, y ¿hacia donde debemos ir? Esto nos da una clara dimensión de las necesidades en términos del presente, futuro, para poder definir así, cualitativa y cuantitativamente los recursos humanos a formar y el perfil profesional que debe tener.

Es imprescindible una clara definición de nuestra Universidad en lo que se refiere a la formación de recursos humanos, de la producción de conocimientos y como centro crítico para la comprensión y transformación de nuestra sociedad. Esto nos dará las referencias filosóficas que debe contener el diseño curricular.

- Es imprescindible una profunda actualización del desarrollo científico del área de la salud, de los adelantos tecnológicos, de las experiencias pedagógicas, propedéuticas, y los planteamientos teórico-metodológicos en el momento. Esto nos ayudará a indicarnos lo que debemos enseñar (contenidos) y como enseñarlo (metodología).
- Se precisa conocer el espacio universitario: recursos en general, organización, posibilidades reales, opciones, personal docente, población estudiantil. El Rediseño Curricular no puede hacerse en el vacío, sino también teniendo en cuenta las posibilidades para su implementación.
- El rediseño tiene particularidades y exigencias diferentes al diseño curricular. El primero es más exigente, en función de tener que romper intereses e integrar los aspectos positivos existentes.

CONDICIONES QUE DEBE CUMPLIR EL REDISEÑO CURRICULAR INNOVADOR

Estimando básicamente en tres las funciones esenciales de toda institución universitaria: investigación, docencia y el servicio; si de estas tres funciones la prioritaria la constituye la formación de recursos humanos, el curriculum deviene entonces en ser el eje integrador de la estructura institucional, esto es:

- a) En el curriculum se integran las tres funciones universitarias (docencia, investigación y el servicio).

- b) El curriculum es el fundamental elemento estructurador de las actividades académicas y administrativas.
- c) Sólo sobre la base de un curriculum definido es posible construir estrategias de planeación universitaria.

Todo curriculum constituye el medio para formar capacitaciones específicas, es decir que implícito en el curriculum debe encontrarse un rol determinado que todo alumno que lo satisfaga ha de cumplir dentro de la estructura social del trabajo en una sociedad determinada. El Rediseño Curricular en evolución debe, en consecuencia, definir esencialmente la vinculación entre la universidad y la sociedad.

Esta nueva alternativa pedagógica planteada intrínsecamente en estas líneas, que son parte de las políticas de la Facultad, deben brindar también una nueva alternativa en las relaciones universidad-sociedad. Si se acepta que estas relaciones descansan esencialmente en la función universitaria de formar recursos humanos para desempeñar papeles específicos dentro de la división social del trabajo, el rol innovador de la universidad no puede reducirse al campus universitario, y no debe quedar limitado a una nueva metodología en la transmisión del saber, debe por el contrario, convertirse en una opción de cambio y transformación de la misma división social del trabajo.

El curriculum en general (y el Rediseño en el caso particular UASD) debe ser la acción innovadora de la universidad que repercutirá sobre la sociedad, generando nuevas dimensiones de la práctica social de las profesiones.

Nota: Al momento de la edición no se habían recibido las referencias bibliográficas correspondientes.

21 OCT. 1987



La Universidad y las Prácticas Alternativas de Salud en la República Dominicana

Dra. Josefina Padilla
CIAC República Dominicana

"El problema central de salud son las condiciones de vida de la población, de los sectores más pobres, marginalizados en áreas urbanas y rurales..."

Antes de iniciar el tema, una aclaración que nos parece pertinente: no nos gusta la expresión "Prácticas Alternativas..." Preferimos plantearnos la inversa: "Alternativas Prácticas en Salud".

Parece lo mismo, pero no lo es. La primera forma plantea una práctica que es como reacción a la manera oficial o mejor dicho institucional de la medicina y cuando nos referimos a "Alternativas Prácticas en Salud", hablamos de otras formas de solución de los problemas sanitarios, formas nuevas, propias, nacidas de una realidad en una sociedad concreta. No es una acción por reacción; es una acción que parte de las necesidades reales y del conocimiento de lo que son los sectores a los que va dirigida esa acción, así como de su entorno, tanto físico-geográfico, como social y cultural.

Dado este preámbulo, entramos en el tema que nos ha tocado desarrollar.

Vamos a partir de algunas premisas que tienen que ver con lo que vamos a exponer y que se refieren a los principios ideológicos que sustentan esas ideas.

- I. Concepto de salud-enfermedad.
- II. Misión de la universidad como institución formadora de personal calificado dentro de las distintas áreas del saber humano.

I. CONCEPTO DE SALUD-ENFERMEDAD

El hombre, parafraseando a Marx, trabaja para transformar la naturaleza y al hacerlo se transforma a sí mismo, pero "cuando las relaciones de trabajo son relaciones de coerción, cuando el hombre trabaja no para ser, sino para tener, cuando el capital (trabajo muerto) incorpora trabajo vivo, cuando el fetichismo de la

mercancía y la venta de la fuerza de trabajo conducen a la personificación de las cosas y a la cosificación de las personas, nos encontramos frente a la violación no tan sólo de una libertad, sino de una ley natural."

Según la OPS/OMS "La salud no es solamente ausencia de enfermedad, sino que también estado de bienestar biológico, psicológico y social".

Aún hoy, dentro de los estados de estructura capitalista que conocemos, la salud es concebida como ausencia de enfermedad, y cuya pérdida de la misma se debe a causas biológicas; y, a lo máximo que se ha llegado es a aceptar lo que se llama "Triada Ecológica de Leavell y Clark", con la consideración de la multi-causalidad de la enfermedad tomando en cuenta tres factores básicos que integran el fenómeno: huésped, agente, ambiente.

Sin embargo, la propia realidad y la historia de la humanidad nos han enseñado cómo las enfermedades han variado de acuerdo a los distintos momentos históricos.

Así, por ejemplo, la tuberculosis aparece con la Revolución Industrial, cuando las condiciones de trabajo de los obreros eran de gran precariedad, mal ambiente dentro de las fábricas, exceso de horas de trabajo, acompañado de una alimentación de subsistencia, empleo de niños y mujeres en situación de sobreexplotación.

En los países de capitalismo dependiente y subdesarrollado como los de nuestro sub-Continente, el perfil de morbimortalidad está dado por las enfermedades infecto-contagiosas y las dependientes de los problemas nutricionales, mientras que en los de capitalismo desarrollado hay prevalencia de accidentes, tumores y neurosis.

Esto nos hace ver que además de las condiciones históricas, la situación de estructura económico-social del Estado, determina las formas de enfermar y morir de la gente. No son, pues, solamente los determinantes biológicos, ni el agente externo, ni el ambiente ecológico, los únicos responsables de la pérdida de la salud, sino que también lo son las formaciones socio-económicas de las sociedades.

Observemos si no las distintas patologías que se han dado en los obreros, por ejemplo. Distintas condiciones de higiene y seguridad, aún en un mismo tipo de trabajo, producen diferentes trastornos de salud.

El hombre se liga a la naturaleza por medio del trabajo y lo hace para transformarla en su propio beneficio; para llenar sus necesidades. El trabajo es pues una condición natural del hombre y debería servir para producirle no solamente bienes que llenen sus necesidades biológicas y materiales, sino que para producirle propia satisfacción y crecimiento humano. Sin embargo, en sociedades de explotación, el trabajo es alienante; destruye al hombre y le priva de su salud.

De forma entonces, que la salud y la enfermedad resultan polos de un mismo fenómeno, que como contrarios, luchan en forma dinámica, prevaleciendo uno u otro dependiendo de un conjunto de situaciones determinantes.

Por otra parte, en las diversas estructuras de las distintas sociedades, en sus diferentes formaciones socio-económicas, se dan organizaciones diferentes de las mismas, diversos modos de producción, distintas formas de relaciones sociales que determinan los modos de vida, de cultura, de creencias...y, por lo tanto, también de la salud, ya que ésta depende de la misma manera de esas formas de estructura de la sociedad.

La salud es además un bien, y un bien que debe ser alcanzado por el propio hombre. De manera que alcanzar este bien y el proteger la salud no debe ser privativo de un grupo élite que dentro de la sociedad mantenga el monopolio del conocimiento y las acciones referidos a los problemas que afectan la salud. Es el propio hombre organizado el que debe luchar por el logro del propio bienestar.

La ciencia, como tal, debe estar al alcance de todos y no ser el privilegio de unos pocos, aunque esto no signifique en modo alguno que distintas personas o

grupos se dediquen a actividades diferentes más especializadas, para el servicio de todos.

Siendo la salud un bien, la misma debe ser instrumento de lucha para que sea alcanzada en cualquier sociedad y en cualquier momento. El objetivo a perseguir y alcanzar es al fin el bienestar del hombre.

De otra forma, la salud es para nosotros también concepción de bienestar total. Por eso está ligada al alcance de otra serie de bienes como son: una alimentación adecuada, vivienda propiamente humana, educación, trabajo creador, diversión, descanso y todo lo que supone satisfacción y crecimiento físico, mental y espiritual del ser humano.

En síntesis, consideramos a la salud como proceso dinámico con dos polos de actividad: la salud y la enfermedad, mediada por las condiciones sociales o lo que es lo mismo, por las situaciones en que el hombre produce para reproducirse, determinada también por los distintos niveles de desarrollo de las fuerzas productivas, por el lugar que ocupan los grupos humanos dentro de la estructura productiva; todo esto sumado al agente externo (microbio, bacteria, virus...), las condiciones intrínsecas del hombre y el ambiente ecológico y físico donde aquel se desenvuelve.

Esa es nuestra diferencia y alternativa teórica, por lo que nos adherimos pues a los criterios que sobre las formas de enfermar y morir sustentan los militantes de los postulados de la Medicina Social que coinciden con lo anteriormente expuesto.

A la luz de lo dicho, bueno es ver algo de la realidad sanitaria que vivimos.

Nuestro sistema de salud comprende los siguientes sectores: el oficial, el Seguro Social, el de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, el privado remunerado y el de las instituciones sin fines de lucro.

Revisemos además algunas estadísticas que nos ayuden a ver con más claridad la situación.

Para el año 1989 teníamos una población de 7.012.367. De acuerdo a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, el país está subdividido en VII regiones de salud que son las que se muestran en el cuadro que sigue.

La densidad poblacional promedio para el país es de 144.76 h/km², siendo mayor en la región 0, de 1.566.48 h/km²

La tasa de crecimiento para el país es de 2.87, siendo la de la región 0 de 5.41, mientras la distribución de habitantes según zonas es: Zona Urbana: 52% de habitantes; Zona Rural: 48%.

Distribución de la Población de la República Dominicana según regiones de salud y las provincias que comprenden. 1989

Región	Provincias	No.Habts.
O	Comprende el Distrito Nacional.	2,988.6
I	Peravia, San Cristóbal y Monte Plata.	S/D
II	Santiago, La Vega, Espaillat, Puerto Plata y Monseñor Nouel.	1,550.3
III	Salcedo, Sánchez Ramírez, Duarte, Samaná y María Trinidad Sánchez.	721.2
IV	Barahona, Bahoruco, Independencia y Pedernales.	310.1
V	El Seybo, San Pedro de Macorís, La Romana, La Altagracia, y Hato Mayor.	715.1
VI	San Juan de la Maguana, Estrelleta y Azua	522.3
VII	Valverde, Monte Cristi, Dajabón y Santiago Rodríguez	337.4

Fuentes:

- Memoria Anual, 1989. Secretaría del Estado de Salud y Asistencia Social (SESPAS).
- Sánchez Martínez, Fernando. Crisis y Salud en la R.D., Santo Domingo, D.N., República Dominicana. 1989. (Mimeo).
- Padilla, Josefina. Diagnóstico de Salud de Tamayo y otras comunidades de la región sur-oeste. 1989. Datos preliminares.
- Población y Salud en la República Dominicana. IEPD. Santo Domingo, 1986.

- Los servicios de salud por sectores en el Distrito Nacional, IEPD. Santo Domingo, 1988.

En cuanto a la distribución por grupos de edad, tenemos:

- Menores de 1 año	217,384	3%
- Menores de 15 años	1,051,855	39%
- 0-4 años	S/D	14%
- 1-4 años	777,671	11%
- 15-49 años	3,537,739	50%
- 50 y + años	743,311	11%

Respecto a la distribución por sexo, tenemos:

- Hombres	3,556,793
- Mujeres	3,455,574

Entre las diez principales causas de consulta, tenemos que las cinco primeras corresponden a:

1. Gastroenteritis (en todas las regiones).
2. Influenza y gripe.
3. Control de embarazo normal.
4. Complicaciones no especificadas.
5. Infecciones respiratorias agudas (IRA).

La esperanza de vida al nacer del dominicano es de 55.4 años, mientras la mortalidad general es de 8.4 por mil (1980).

Las principales causas de muerte intrahospitalaria son:

1. Gastroenteritis.
 2. Desnutrición, anemia y otras deficiencias nutricionales.
 3. Problemas de embarazo y parto.
 4. Politraumatismos.
- Enfermedades respiratorias.

Las regiones más afectadas por mortalidad son las IV y V, siendo la región IV una de las más pobres del país.

La situación de la infancia es como sigue:

Mortalidad infantil	67.7 por mil
Mortalidad neonatal	48.4 por mil
Mortalidad post-natal	32.9 por mil

Fuentes: Ibidem

Morbilidad neonatal:

- Bajo peso al nacer.
- Prematuridad.
- Mala nutrición materna.
- Toxemia del embarazo.
- Preñez en mujeres menores de 20 años.

Por su parte, la mortalidad infantil está asociada a:

- Diarrea.
- Neumonía.
- Meningitis.
- Quemaduras.
- Traumatismos y
- Desnutrición.

Según Sánchez Martínez, en el Hospital de Pediatría Robert Reid Cabral (1984), las principales causas de muerte fueron:

- Enfermedad diarreica aguda con deshidratación.
 - Meningitis,
 - Septicemia y
 - Dificultad respiratoria del recién nacido.
- 33 de estas muertes tuvieron bajo peso al nacer.

El factor predisponente básico fue la enfermedad diarreica crónica, en el 14% de los casos.

Los principales factores fueron:

- Desnutrición 70% de los casos
- Bajo peso al nacer 33% de los casos
- Anemia grave 6.5% de los casos

Por otra parte, para 1980, la mortalidad infantil según zonas, fue como sigue:

Zona Urbana	76 por mil.
Zona Rural	91 por mil.

Veamos otros factores que son coadyuvantes de los problemas de salud:

Tasa de Desempleo	28% de la PEA.
Tasa Desempleo + Sub-empleo	56% de la PEA.

Fuentes: Ibidem

El costo de la canasta familiar fue para 1984 de 247 pesos mensuales. Este ingreso y menos, era recibido por el 18% de la población, lo que se consideraba como indigencia o pobreza extrema.

Un salario entre RD\$ 247.00 y RD\$ 409.00 era recibido en ese momento por el 43% de la población, lo que se consideraba como pobreza crítica.

Para ese mismo momento se calculó que de 6.3 millones de habitantes, 2.7 millones estaban en pobreza crítica, 1.8 millones estaban en pobreza extrema y 447 mil habitantes en alto riesgo de enfermar. O sea que, 4.351,000 dominicanos (69% de la población) se encontraban en condiciones de miseria.

Actualmente la canasta familiar anda alrededor de los RD\$ 2,000 y el salario mínimo es de RD\$ 500.00 mensuales. Lo que supone un agravamiento de la situación.

Respecto de la vivienda, en la región sur-oeste el 40% tiene piso de tierra y desechos.

Otros datos que hablan del deterioro de la calidad de vida y salud en la República Dominicana son:

	Vivienda urbanas	Vivienda rurales	Nacional
Agua potable-carencia	20.0%	33.0%	
Alumbrado-carencia	10.6%	70.8%	
Servicio sanitario	10.0%	33.8%	20.0%
Educación-ninguna en mayores de 25 años	21.4%	46.2%	32.9%

En cuanto a los servicios:

El presupuesto de la SESPAS fue de RD\$ 382,795,937.00, frente al presupuesto nacional que fue de RD\$ 6,358,000,000.00 correspondiente al 6% del presupuesto nacional.

Fuentes: Ibidem

Para 1984 la SESPAS contaba con 609 instalaciones de salud, con 41 hospitales en todo el país y 484 clínicas rurales y urbanas.

El total de médicos era de 2.814 y de enfermeras de 6.848 concentrados básicamente en los 10 hospitales ubicados en el Distrito Nacional.

La SESPAS es la principal institución de servicio de salud, con una cobertura de acceso de 70-80% del

total. Sin embargo, la cobertura real a nivel nacional ha sido estimada en un 40% de la población (Defilló, 1983; USAID, 1985).

Bueno es señalar que en el Distrito Nacional en el servicio de Igualas Médicas, a cada médico le corresponden 45 afiliados, mientras que en el servicio público, por cada médico corresponden 1,843 habitantes.

Por último estableceremos una comparación entre las metas que se propone la Estrategia "Salud para Todos en el Año 2000" y nuestra realidad:

Indicadores	Metas (ST-2000)	RD
Esperanza de vida al nacer	Mayor de 70 años	55.4 años
Mortalidad infantil	Inferior al 30%	67.7%
Servicios de vacunación	100% menores 1 año	45.0%(*)
Servicios de vacunación	100% embarazadas	
Agua potable	100%	75.0%
Disposición de basura	100%	80.0%
Cobertura servicios salud	100%	40.0%

(*) Corresponde a estudio CIAC en la zona sur-oeste.

II. MISION DE LA UNIVERSIDAD COMO INSTITUCION FORMADORA DE PERSONAL CALIFICADO DENTRO DE LAS DISTINTAS AREAS DEL SABER HUMANO.

Comenzaré citando algunos artículos de una propuesta de modificación del Estatuto Orgánico de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), porque tocan el tema que tratamos y porque me adhiero a ellos completamente:

"Artículo 2. La Universidad es una institución que une a profesores, estudiantes y trabajadores de apoyo a la labor académica con el propósito de dar cumplimiento a la misión universitaria, orientada hacia la transformación de la realidad, la proyección de porvenir democrático, igualitario e independiente de la sociedad y el afianzamiento e impulso de los valores nacionales y populares".

"Artículo 3. La Universidad se define como un centro de producción, organización y difusión del conocimiento científico y técnico. En este sentido, constituye un centro de cultura estrechamente vinculado a su entorno social y que se propone, a través de su organización interna y de su práctica, avanzar en la superación de las separaciones artificiales del conocimiento científico y de las estructuras y modos tradicionales de producción y transmisión del conocimiento, con el propósito de lograr la percepción y explicación de las totalidades históricas y naturales".

"Artículo 4. El quehacer universitario se desenvolverá conforme a principios de democracia, justicia y solidaridad. La Universidad estará abierta a todas las corrientes del pensamiento, las cuales serán expuestas y analizadas desde una perspectiva crítica y rigurosamente científica".

De la misma forma, este documento considera como fines y objetivos a alcanzar por la Universidad, a partir de los principios citados y otros que no interesan para los fines de este trabajo, los siguientes:

"Artículo 6. ...a) Formar críticamente y en el marco de las tres funciones generales de la institución (docencia, investigación, servicio), los científicos, profesionales y técnicos necesarios para coadyuvar a las transformaciones sociales que demanda el desarrollo nacional independiente.

b) Efectuar investigaciones tendientes a conocer y transformar las condiciones en que se desenvuelve la sociedad dominicana; a desentrañar las causas fundamentales del subdesarrollo y la dependencia y los problemas que como consecuencia de ello afecten la misma, así como aumentar el acervo de conocimientos de la humanidad. c) Desarrollar una estrecha vinculación con la sociedad, aue le permita a la Universidad nutrirse de la realidad así como devolver a la primera el fruto de su trabajo, a través de una labor de extensión íntimamente relacionada con la docencia y la investigación. d) Contribuir a la formación de una cultura de tipo progresista y popular. e) Asumir su responsabilidad en la formación de una conciencia crítica de la sociedad dominicana no dependiente, enmarcada solidariamente en los principios sustentados por los pueblos que luchan por su independencia y bienestar. f) Difundir los ideales de paz, de progreso, de justicia social y de respeto a los derechos del hombre, a fin de contribuir a la formación

con marginados de las grandes ciudades, pero siempre con sectores populares.

No todas sustentan sus prácticas en los mismos fundamentos ideológicos.

Algunas son puramente asistenciales, dan consultas y distribuyen medicamentos. Muchas de éstas se basan en criterios de caridad puramente religiosos o tienen una orientación u obedecen a una estrategia de contrainsurgencia: resolver problemas para evitar explosiones sociales. Otras parten de una concepción diferente: "la salud como instrumento de lucha por el logro de reivindicaciones de tipo social y para el cambio".

Todo esto lo tocamos, porque tiene que ver con la forma de práctica de salud que queremos formular, y que son las que hemos llamado "Alternativas Prácticas en Salud".

Para nosotros, es la búsqueda de acciones de salud diferentes de las establecidas, con una idea subyacente de identificación con la ideología de los sectores populares y en la búsqueda de lograr la salud y el bienestar para todos.

Los fundamentos teórico-ideológicos se asimilan a los conceptos emitidos más arriba sobre la salud y la educación.

Los componentes de esta práctica, además, serían los siguientes:

1. Conocer las características del grupo humano que ha de beneficiarse de dicha práctica.
 - La estructura social del país.
 - La realidad social, económica y cultural de la comunidad sujeto de la práctica: la forma de trabajo de sus miembros, sus habitat, sus hábitos y costumbres, su cultura, sus prácticas en salud...
2. Conocer sus necesidades reales y sentidas y cuáles serían las prioridades del grupo.
3. La participación es imprescindible para que la comunidad asuma el programa que ha de desarrollarse.
4. Que la comunidad esté organizada o se organice alrededor de objetivos específicos que le permitan alcanzar el propósito final.
5. La "Alternativa Práctica de Salud" en también democrática, porque da oportunidad de socialización del saber en salud. Una práctica participativa, porque

respeta la integración de la gente a las acciones de salud y toma en cuenta las necesidades y prioridades; una práctica realista, porque parte del conocimiento de la realidad concreta de un grupo humano determinado.

6. Por otra parte, una de sus características, diríamos la más importante, es que es una acción transformadora; se busca la transformación de la realidad concreta que viven los beneficiarios hacia el logro de su desarrollo real a partir del mejoramiento y cambio de sus condiciones de vida.

7. También es una acción colectiva, y aunque no obvia la atención individual, pone acento sobre todo en la dirección de mejorar las condiciones de un grupo social, para que ésto redunde en mejores condiciones de salud de sus componentes.

8. Se basa pues en la educación y formación de la gente, para que ellas obtengan condiciones de higiene aceptable y sean ellas los propios guardianes de su salud. Esto es lo que llamamos autogestión.

¿Cómo se puede realizar un programa de "Alternativas Prácticas en Salud"?

Algunas variables son importantes de tener en cuenta:

- Los agentes o sujetos del programa son los propios beneficiarios.
- Los que ejecutan las acciones son seleccionados por la propia comunidad.
- La participación de los agentes va desde la planificación del programa hasta la evaluación, pasando por el seguimiento del mismo.

Entonces, para la realización de un programa de este tipo es necesario:

- Realizar un diagnóstico de la comunidad con la que se va a trabajar.
- Determinar las necesidades más prioritarias para poder preparar el Plan de Acción.
- Seleccionar de entre éstas la más urgente y/o más sentida por la comunidad.
- Planificar las acciones.
- Seleccionar a los responsables de su ejecución.
- Entrenar a ese personal.
- Ejecutar el Plan.
- Supervisar periódicamente.
- Evaluar los resultados finales.

Hemos dicho que uno de los objetivos de la "Alternativa Práctica de Salud" es la autogestión. Por eso es

importante tener en cuenta cómo ha de lograrse la continuidad de las mismas.

La mejor forma de obtener que la gente se integre en un programa, es determinando cuáles son sus intereses y necesidades, haciéndolas partícipes de los programas o hacer que de ellas parta la decisión, integrándolas al trabajo para que sientan que el Programa es realmente suyo.

Al final, los frutos serán el reforzador que impulse la continuidad del trabajo.

Una supervisión periódica es importante, pues sirve de retroalimentación, así como algún tipo de incentivo, que no necesariamente ni convenientemente deberá ser un salario para los activistas del Programa.

Veamos pues el papel que debe jugar la universidad en todo esto.

Ya dijimos que la universidad es una institución formadora. Ella se encarga de preparar los profesionales para la estructura de salud.

Hasta ahora ha estado formando profesionales de la salud para el "sistema", lo que significa que de sus aulas egresa un profesional con criterios técnicos universales de acuerdo a los avances teóricos de la ciencia, sin tomar en cuenta las condiciones y necesidades reales y concretas de nuestro pueblo en el área de salud. Así, con pocas excepciones, aparece en los programas de las carreras algo sobre Medicina Social o sobre Realidad Social o sobre Historia.

En nuestra UASD existe lo que se denomina el "Ciclo Social" como una de las exigencias prácticas de la carrera del médico y otros del sector salud, por ejemplo. Pero lo que en la realidad hace este futuro profesional de la salud, ¿tiene que ver realmente con lo que sugiere el título? Tenemos nuestras dudas de que sea así en su totalidad, aunque hay honrosas excepciones.

Existen también las Maestrías en Salud Pública y en Salud Ocupacional, que son un intento de acercarse a nuestra sociedad de manera más efectiva y de las que han salido excelentes profesionales, más sensibles a los problemas de los sectores populares.

Están también los grupos llamados de Acciones Extramurales, que han realizado una labor social indis-

cutible pero a los cuales no se les ha dado la atención debida, que han surgido prácticamente de forma espontánea y que se han quedado en la espontaneidad, con una actividad extracurricular a la que no se ha dado una gran importancia y por tanto es una práctica no normatizada.

Están también los Centros Populares de Salud (CPS) que aún hoy tienen alguna actividad en los barrios.

También la UASD ha incursionado en el trabajo de Atención Primaria de Salud con algunos centros experimentales en el campo. De ellos conocemos bien las acciones de Salud Comunitaria del Municipio de Tamayo, en la provincia de Bahoruco, en el sur del país. Este Municipio corresponde a la Región IV de Salud de la SESPAS, una de las más pobres.

Allí se ha ensayado la aplicación de los criterios que ya hemos externado sobre Alternativas Prácticas de Salud. La Unidad de Servicios de ODEPLAN (Oficina de Planificación de la Facultad de Ciencias de la Salud) ha apoyado una labor de esta naturaleza administrada por el Centro de Investigación y Apoyo Cultural (CIAC), ONG que realiza acciones de educación popular y salud con trabajadores y campesinos. Se han obtenido algunos resultados interesantes en la participación de la gente en el esfuerzo por tener mejores servicios de salud.

A pesar de que todos estos han sido y son esfuerzos por lograr prácticas alternativas de salud, hasta ahora no han sido normatizadas ni institucionalizadas. Esfuerzo en este sentido hay que reconocerle a la Oficina de Planificación (ODEPLAN) ya mencionada. De aquí salieron la mayor parte de las iniciativas de las que hemos hecho referencia, que algún fruto han dado, aunque no todo el deseado.

No es mi intención, con el contenido crítico anterior, echar el peso a ningún funcionario -pasado o presente- de la UASD. Creo que mucho tiene que ver la estructura de la institución, que hace tiempo debió sacudirse.

De todos modos, nos vamos a permitir algunas reflexiones y sugerencias, fruto de nuestra experiencia en este campo.

- Las Facultades y Escuelas de Medicina o Ciencias de la Salud, tienen que abocarse a modificar sus Planes

de Estudio, para que éstos sirvan para la formación de un profesional más acorde con la realidad sanitaria de nuestro país.

- Los programas deben tomar en cuenta de forma mas efectiva los tres determinantes de la preparación del profesional: docencia, investigación y extensión. Hasta ahora el acento ha estado sobre la docencia, estimulado y reforzado esto por la propia estructura administrativa de la Academia.

- Aún con el logro de lo anterior, dado nuestro sistema de salud, las alternativas de acciones de salud son importantes. Es necesario fortalecerlas, normalizarlas e institucionalizarlas, dándole un peso en la formación del estudiante.

Y aquí quisiera hacer una acotación sobre lo que ha sido la interpretación que se ha dado al concepto **extensión** en nuestra Universidad.

Hasta donde tengo conocimiento, **extensión** ha sido sinónimo de **acción cultural**. La Universidad se ha proyectado hacia afuera por medio de La Rondalla, El Coro, El Grupo de Teatro y otras manifestaciones artísticas. Ha sido más bien una labor de promoción de la Academia. Algunos otros intentos pero muy tibios se han hecho, como charlas y conferencias hacia los sectores populares, trabajo asistencial en barrios y campos.

Sólo ODEPLAN ha hecho un intento con el programa ya mencionado en las comunidades del suroeste.

Y esto, porque no se ha definido con claridad lo que significa **extensión**.

Este vocablo es para nosotros, la salida hacia afuera de la Universidad; es ésta en el pueblo en todas sus manifestaciones; es ir al pueblo, para captar en él su cultura y su sabiduría; es llevar a él esa misma cultura y sabiduría con nuestros conocimientos integrados; es trabajar conjuntamente con el pueblo en la elevación de los niveles de desarrollo integral del hombre y nuestra sociedad en toda su plenitud.

Por esto, y dadas las condiciones actuales de nuestro país, seguimos pensando en la importancia de volcarse hacia afuera para desarrollar una alternativa diferente de crecimiento del pueblo y en lo que nos toca a nosotros la realización de ese esfuerzo en el área de la salud.

La acción de las ONGs debe ser no solamente reconocida, apoyada, sino que es posible aprender de algunas de ellas las formas de trabajo popular que han realizado y realizan.

Aunque no es la Universidad ni son las ONGs las responsables de la salud del pueblo, es mucho lo que ambas pueden hacer para lograr mejores condiciones de vida para ese pueblo por el que tanto repetimos que luchamos y al que nos debemos.

PROGRAMA

• UNES, 19 DE MARZO, 1990		2:40- 3:30 P.M.	1.4 Tecnología en la formación de los recursos humanos y en las prácticas en salud. Dr. Roberto Magalhaes. Ciencias y Técnicas, Brasil
9:00-10:00 A.M.	ACTO INAUGURAL. Palabras Dr. César Mella Mejías Coordinador General	3:30- 4:00 P.N.	R E C E S O - CAFE
	Dr. Juan Diego Cobelo (Cuba) en representación Presidente ALAFEM	4:00- 5:30 P.M.	Discusión Sub-Tema 1.
	Dra. Mirta Roses Periago Representante OPS/OMS Rep. Dominicana	MARTES, 20 DE MARZO	
	Dr. Julio Ravelo Astacio Rector Universidad Autónoma de Santo Domingo	8:30- 9:00 A.M.	2.1 La universidad y la práctica médico clínica. Dr. Dimitri Barreto. ALAFEM, Ecuador
10:00-10:30 A.M.	R E C E S O - CAFE	9:00- 9:30 A.M.	2.2 La universidad y la práctica en salud pública. Dr. David Gómez Cova ALAESP. Venezuela
	Sub-tema 1. Contextos y determinantes de la relación universidad y prácticas en salud en América Latina.	9:30-10:00 A.M.	2.3 La universidad y la práctica odontológica. Dr. Alfredo Gómez Castellanos. OFEDO, México
10:30-11:10 A.M.	1.1 La universidad y las prácticas en salud en el contexto latinoamericano actual. Dr. Pedro Brito. OPS/OMS, Argentina	10:00-10:15 A.M.	R E C E S O - CAFE
11:10- 11:50 A.M.	1.2 Perfil socio-epidemiológico de la Región y escenarios cambiantes para la práctica médica en América Latina. Dr. Pedro Luis Castellanos. OPS/OMS, Rep. Dominicana.	10:15-12:15 P.M.	Grupos de Trabajo.
		12:15- 2:00 P.M.	A L M U E R Z O
11:50- 2:00 P.M.	A L M U E R Z O	2:00- 2:30 P.M.	2.4 Papel de los estudiantes en el proceso de formación de las diferentes prácticas en salud. Dr. Emignio Liria, Rep. Dominicana
2:00- 2:40 p.m.	1.3 Estructura y dinámica de la fuerza de trabajo en salud en la América Latina y su interacción con las prácticas en salud. Dr. Francisco Campos. OPS/ OMS Washington	2:30- 3:00 P.M.	2.5 La universidad y la práctica en enfermería. Lic. Eva Luz Sánchez. ALADEFE, Honduras

3:00- 3:15 P.M.	R E C E S O - CAFE	10:30-10:45 A.M.	R E C E S O - CAFE
3:15- 5:30 P.M.	Grupos de Trabajo.	10:45-12:30 P.M.	Grupos de Trabajo Sub-Tema 3.
MIERCOLES, 21 DE MARZO		12:30- 2:00 P.M.	A L M U E R Z O
Sub-tema 2. (continuación)		2:00- 5:00 P.M.	Plenaria Final (Todos los Sub-Temas)
8:30- 9:00 A.M.	2.6 La universidad y las prácticas alternativas en salud. Dr. Francisco Rojas Ochoa. Cuba		Conclusiones Recomendaciones
9:00- 9:30 A.M.	2.7 La universidad y las prácticas médico sociales. Dr. Saúl Franco. OPS/OMS. ALAMES	5:00 P.M.	ACTO DE CLAUSURA
9:30- 9:45 A.M.	R E C E S O - CAFE		Lic. Cristina Rivalta, Representante ALADEFE Dr. Antonio Mena, Representante OFEDO Dr. Javier Sandoval en representación UDUAL Dra. María Isabel Rodríguez, OPS/Washington
9:45-12:00 M.	Grupos de Trabajo		
12:00- 2:00 P.M.	A L M U E R Z O		
2:00- 4:00 P.M.	Plenaria Sub-Tema 2.		

JUEVES, 22 DE MARZO

Sub-tema 3. La universidad Y el rediseño curricular hacia una nueva práctica en salud en República Dominicana. (Panel).

Dr. Guarocuya Batista, Coordinador

8:30-10:30 A.M.	3.1. Universidad y el rediseño curricular en el contexto de la crisis nacional. Dr. José Antinoe Fiallo, UASD
	3.2. La Facultad de Ciencias de la Salud. UASD
	3.3. La universidad y las prácticas alternativas en salud en República Dominicana. Dra. Josefina Padilla. ADES, Rep. Dominicana
	3.4. Formación de los recursos humanos en salud en función de la demanda de los servicios. Dr. Winston Alvarez. SESPAS

COMITE ORGANIZADOR

Dr. César Mella Mejías
Decano Facultad Ciencias de la Salud UASD
Coordinador General

Dr. Saúl Franco OPS/Washington D.C. ALAMES.
Dr. Diómedes Robles
Director Departamento Salud Pública, UASD

Lic. Rosa María Borrell OPS/República Dominicana.
PASCAP.
Dr. Antonio Mena
OFEDO/República Dominicana

Sra Elsa Justo
Protocolo Facultad Ciencias de la Salud, UASD

DIRECCION DEL EVENTO:

Facultad de Ciencias de la Salud UASD
Calle Aristides Fiallo Cabral Esq. José Ortega Frier
Edificio Marión, 3er. piso
Teléfonos: 687-1449, 685-7597
Santo Domingo, República Dominicana

LISTA DE PARTICIPANTES

1. Dra. María Isabel Rodríguez, OPS/WASH
2. Dr. Patricio Yépez, OPS/VEN
3. Dr. Saúl Franco, OPS/WASH. ALAMES
4. Dr. Fernando Mora, MEXICO
5. Dr. David Gómez Cova, ALAESP
6. Dr. Alfredo Gómez Castellanos, OFEDO/Mex.
7. Dra. Cristina Rivalta, ALADEFE
8. Dra. Doris Acevedo, VEN
9. Dra. Ana Camargo, VEN
10. Dra. Yadira Córdoba, OFEDO/UDUAL/Ven.
11. Dr. Pedro Brito, OPS/WASH
12. Dr. Francisco Campos, OPS/WASH
13. Dr. Javier Sandoval, UDUAL/Mex.
14. Dr. Reynaldo Flores, OPS/WASH
15. Dr. Leonardo Montilva, VEN
16. Dr. José León, VEN
17. Dr. Armando de Negri, BRASIL
18. Dr. Carlos Payares, OFEDO/Colombia
19. Dr. Dimitri Barreto, ALAFEM/Ecuador
20. Lic. Eva Luz Sánchez, ALADEFE/Honduras
21. Dr. Jorge Izquierdo, OFEDO/Perú
22. Dra. Mirta Roses Periago, OPS/RD
23. Dr. Winston Alvarez, SESPAS
24. Dr. Diego Cobelo, ALAFEM/Cuba
25. Dr. Francisco Rojas, CUBA
26. Lic. Laura Nervi, OPS/WASH
27. Lic. Elvira Rodríguez, ALADEFE
28. Dr. Ariel Gómez, OFEDO
29. Dr. Roberto Beltrán, OFEDO
30. Dra. María L. Velasco, ALADEFE
31. Dr. René Calix, ALAFEM
32. Dr. Roberto Magalhaes, BRASIL
33. Dr. José García Ramírez, UASD
34. Lic. Rosa María Borrell, PASCAP/OPS
35. Dr. Pedro Luis Castellanos, OPS/RD
36. Dr. Guarocuya Batista del V., UASD
37. Lic. Selma Zapata, SESPAS
38. Dr. José A. Fiallo, UASD
39. Dr. César Mella Mejías, UASD
40. Dr. Diómedes Robles, UASD
41. Dr. Antonio Mena, OFEDO
42. Lic. Josefina Padilla, CIAC
43. Dra. Sofía Khoury, UASD
44. Dr. Emignio Liria, UASD
45. Dr. Julio Ravelo Astacio
46. Lic. Elsa Justo, UASD.

La universidad latinoamericana y la salud de la población



**Organización Panamericana
de la Salud / Organización
Mundial de la Salud
OPS/OMS**

**Unión de Universidades
de América Latina
(UDUAL)
ALADEFE
ALAFEM
OFEDO**

La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población

**Informe de la Reunión del Núcleo Básico III sobre
Contribución de la Universidad a la Atención Primaria
y a los Sistemas Locales de Salud**

**Organización Panamericana de la Salud / Organización
Mundial de la Salud (OPS/OMS)**

Unión de Universidades de América Latina (UDUAL)

**Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades
de Enfermería (ALADEFE)**

**Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas
de Medicina (ALAFEM)**

**Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos
de Odontología (OFEDO)**

Caracas, 7-11 de noviembre de 1988

INTRODUCCION

En Caracas, los días 11 y 12 de abril de 1988 se realizó la reunión conjunta de las Asociaciones Latinoamericanas de Ciencias de la Salud dependientes de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL): Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE), Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM) y Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología (OFEDO), con la Organización Panamericana de la Salud. Durante la reunión se analizaron varios temas relacionados con las líneas prioritarias de acción de interés común (Asociaciones /OPS) y su potencial de desarrollo, en función de la salud de la población latinoamericana.

A través del análisis de la situación de las Asociaciones, se identificó la necesidad que cada una de ellas fortalezca su capacidad individual y alcancen cada vez mayor representatividad, esto sin desligarse del propósito fundamental de desarrollar un trabajo integrado que se concretaría en el Proyecto "La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población" contando para el mismo con la cooperación técnica-financiera de la OPS/OMS. El proyecto tiene los siguientes objetivos:

- Inscribir el potencial de la Universidad Latinoamericana en la Meta Social SPT 2000 a través de la estrategia de la Atención Primaria.
- Contribuir al trabajo conjunto de las Asociaciones de Ciencias de la Salud de la UDUAL, aumentando su capacidad científico-técnico en función de la Salud de la población.
- Cooperar con la OPS/OMS y los países en el fortalecimiento y desarrollo de los Sistemas Locales de Salud para avanzar en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud.

Dentro del Programa de trabajo el Proyecto prevee la realización de una primera actividad conjunta, identificada como la Convención Latinoamericana de Ciencias de la Salud, la misma que se celebrará en La Habana 1991, y reunirá a las Facultades y Escuelas de Enfermería, Medicina y Odontología de la UDUAL, a otras organizaciones como ALAESP (Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública), ALAMES (Asociación Latinoamericana de Medicina Social) y la OPS/OMS, con el abordaje del tema

general denominado "La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población".

Esta CONVENCION se realizará sobre la base de la XV Conferencia de la ALAFEM/UDUAL e incorporará a su vez Conferencias Extraordinarias de la OFEDO/UDUAL y de la ALADEFE/UDUAL; además de las otras organizaciones señaladas anteriormente.

El tema general se distribuirá en tres temas particulares, así:

1. Papel de la Universidad en la elevación del nivel de salud de la población.
- II. La universidad y las prácticas de Salud.
- III. Contribución de la Universidad a la Atención Primaria y a los Sistemas Locales de Salud.

Para efecto de la metodología planteada se ha convenido que cada uno de los temas señalados sea coordinado bajo la responsabilidad de cada una de las tres asociaciones, así:

Tema I: **ALADEFE**

Tema II: **ALAFEM**

Tema III: **OFEDO**

Para la elaboración y discusión prevista de cada tema, se organizará un grupo interdisciplinario, el cual a su vez tendrá un núcleo básico constituido por un coordinador OPS/OMS y representantes de cada una de las tres profesiones de Ciencias de la Salud.

La reuniones de los grupos interdisciplinarios se realizarán de acuerdo al siguiente calendario:

Tema I. El grupo interdisciplinario se reunirá en Noviembre de 1989, en Quito coordinado por ALADEFE.

Tema II. El grupo interdisciplinario se reunirá coordinado por ALAFEM en Marzo de 1990 en Santo Domingo.

Tema III. El grupo interdisciplinario se reunirá en Quito, Ecuador en Mayo de 1989, coordinado por OFEDO.

El producto del trabajo de los tres grupos interdisciplinarios será el aporte para la CONVENCION en general y para cada uno de los temas en particular.

El presente informe contiene el relato final y las ponencias correspondientes a la reunión del núcleo básico del tema III, "Contribución de la Universidad a la Atención Primaria y a los Sistemas locales de salud, realizada en Caracas del 7 al 11 de Noviembre de 1988.—

RELATO FINAL

Entre los días 7 al 11 de Noviembre de 1988, se reunió en Caracas el Núcleo Básico sobre "La Contribución de la Universidad a la Atención Primaria y a los Sistemas Locales de Salud", que forma parte del Proyecto "La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población" acordado por las Asociaciones Latinoamericanas de Ciencias de la Salud dependientes de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), en su reunión conjunta realizada en la misma capital, en abril de 1988.

Los participantes e invitados a este Núcleo Básico (médicos, odontólogos, educadores, enfermeras, economistas y sociólogos ligados todos al quehacer universitario), iniciaron la preparación del tema que servirá de base para el trabajo de un grupo interdisciplinario que, bajo la coordinación de la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología (OFEDO- UDUAL) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS), se reunirá en Ecuador, en Mayo de 1989, como uno de los pasos previos a la Convención Latinoamericana de Ciencias de la Salud (La Habana, Junio de 1991) que estudiará la totalidad del Proyecto. Las palabras inaugurales del encuentro estuvieron a cargo del Representante de la OPS/OMS, Dr. Barry W. Whalley y del Vice-Ministro de Sanidad y Asistencia Social, Dr. Pablo Salcedo Nadal.

Las Ponencias

El núcleo escuchó ponencias que se orientaron de lo general a lo particular: desde las exposiciones de dos economistas acerca de la relación economía-salud a escala del subcontinente Latinoamericano y del Caribe -vista luego en el contexto venezolano- hasta los planteamientos de la OPS/OMS y de los expositores vinculados a la docencia de salud que, dentro de su mayor especificidad, también aludieron a la gravitación del deterioro económico y social sobre los tres elementos que conforman el tema en estudio: La

Atención Primaria, los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y la contribución que a ellos debe dar la Universidad Latinoamericana.

La visión continental de la relación economía-salud, expuesta por un representante del SELA, tocó sus aspectos políticos, sociales y los específicamente creativos. Entre los primeros señaló que, la crisis está dificultando a las democracias. La demostración de que son el sistema político más eficiente. Respecto a la deuda social apuntó que no sólo se expresa en la injusta distribución de los ingresos, sino en la creciente desatención a la salud popular. Entre los aspectos económicos incluyó la lenta gestación de empleos respecto al aumento poblacional; la incapacidad para prevenir los cambios científicos-técnicos que, en los países industriales, han venido reemplazando a varios productos latinoamericanos como el petróleo y el cobre; la pérdida del mercado de la carne y el trigo (argentinos y uruguayos) debido al desarrollo de una producción altamente competitiva en Estados Unidos y el Mercado Común Europeo, y la fuga de capitales que ha sustituido a su acumulación e inversión local. Tocó también, por supuesto, al problema de la deuda externa continental que, entre 1982 y 1987 subió de 292.000 a 410.000 millones de dólares, y al crecimiento poblacional para el que no bastará ninguna medida de contención o reubicación, si no se reestructuran las actuales políticas de gasto social.

La segunda ponencia planteó el deterioro de la salud del venezolano con un enfoque que, seguramente, es válido para otras naciones hermanas, si nos atenemos a las cuatro evidencias que lo sustentan: insuficiencia de servicios públicos por la continua disminución de sus partidas presupuestarias; encarecimiento de los bienes y servicios de atención en salud; descenso del nivel nutricional por el alza de los alimentos, y aumento de la pobreza. Igualmente compartidas por la mayoría de los países del continente deben ser las causas que señala para esa situación crítica: La caída en los precios de los productos de exportación y la política de pagos de la deuda externa, generadoras, ambas, de déficit fiscal y de la balanza de pagos, así como del descenso de las reservas monetarias. El ponente subrayó que se trata de una crisis estructural.

El análisis de esta última ponencia permitió asomarse a dos alternativas que podrían derivar de la decisión de reducir los pagos de la deuda; la inversión

de ese ahorro en políticas de beneficio social, o su aprovechamiento total o parcial por los sectores dominantes de nuestras naciones.

La OPS/OMS hizo un necesario replanteamiento del compromiso signado en Alma Ata y del concepto de Atención Primaria que, "en muchos casos" ha sido soslayado, o desvirtuado y disminuido a través de programas que para nada afectan a los sistemas tradicionales de salud, que son la antítesis de los cuatro pilares aprobados por aquel consenso universal: 1) Participación del pueblo, 2) Acción intersectorial, 3) Desarrollo y utilización de tecnología apropiada y 4) Descentralización y reorientación total del sistema de salud.

La movilización y participación del pueblo organizado es la condición indispensable y el EJE CENTRAL de la política de salud para alcanzar, mediante la estrategia de Atención Primaria, las características de equidad, eficiencia, cobertura universal y participación social que deben tener los sistemas nacionales de salud. A tal fin, los sistemas locales (SILOS), surgen como el rediseño poblacional, territorial y administrativo del Sistema de Salud, ya que desde la identificación de las necesidades de la población, hacen posible la articulación de los recursos, la adecuación a la realidad y la responsabilidad compartida con la población, además de estimular la programación local y la evaluación social.

Junto a la esperada diversidad de los enfoques y propuestas - que no solo deriva de los diferentes quehaceres de sus autores, o del predominio conceptual o pragmático de sus contenidos- a las ponencias cobijadas bajo el título general de "Contribución de la Universidad a la Atención Primaria" evidenciaron el acento de situaciones compartidas por muchos pueblos e instituciones latinoamericanas, que son signos de la crisis estructural; magnitud de los problemas sociales y económicos; la falta de equidad expresada por la ascendente concentración de recursos - educacionales, de salud y de todo tipo - en manos de los menos, y por su carencia o precariedad para los más; las imposiciones tecnológicas e ideológicas asociadas a ese esquema; las restricciones a la participación popular en la identificación de sus carencias, y más aún, en la determinación de las formas de atenderlas; las contradicciones de la institución y la enseñanza universitarias frente a su papel ante las necesidades colectivas, circunstancias estas -y muchas más- que,

aunque siempre estuvieron presentes, ahora multiplican su efecto por el peso socialmente discriminatorio del pago de la deuda externa.

La discusión abierta acerca del tema "La Educación Superior en el Contexto Latinoamericano", presentado por un Representante de la UNESCO, generó elementos adicionales a ser considerados en la relación Universidad- Sociedad y muy concretamente en la contribución de aquella a la estrategia de Atención Primaria: por una parte, las crecientes limitaciones financieras de las universidades públicas, y por la otra, el notable aumento de instituciones privadas de enseñanza superior en varios países del continente, muchas de ellas motivadas, fundamentalmente, por el afán de lucro.

El Trabajo de Grupo

Las labores del único grupo de trabajo se desarrollaron en base a dos grandes temas: 1) Misión y función de la Universidad en la Sociedad, 2) La Universidad Latinoamericana y la salud del pueblo: Responsabilidad de la Universidad en la Atención Primaria y en los Sistemas Locales de Salud.

1) Misión y Función de la Universidad en la Sociedad:

El sentido, la misión y el compromiso de la Universidad Latinoamericana no puede ser un constructor teórico históricamente abstracto en un continente plagado de injusticia y miseria social. Misión y compromiso cobran sentido si están referidos a un proyecto que, como escenario alternativo, esboce la sociedad deseable y posible en la cual se eliminen los obstáculos estructurales que impiden el desarrollo pleno del hombre, se haga posible la democracia como realidad económica y social y, por ende, la resolución de las necesidades básicas de los sectores desamparados y desposeídos de nuestros países.

Este planteamiento teleológico sobre determina las misiones éticas, socio-políticas y tecno-científicas que pueda tener la universidad. El proceso de cambios cuantitativos que socialmente se generen con la participación de la universidad, tendrá sentido en la medida que no se pierda la perspectiva de la necesaria transformación cualitativa del todo social, como proyecto estratégico y compromiso esencial.

En el contexto mencionado, la misión fundamental de la universidad latinoamericana es contribuir al

proyecto histórico de construcción de una sociedad más justa y democrática. Ello implica un compromiso ético, socio-político y científico-técnico, orientado a estudiar e interpretar la realidad social, identificar los principales problemas, esclarecer su naturaleza y causas, plantear y ensayar formas para su enfrentamiento y difundir y promover debates de esclarecimiento acerca de tales búsquedas y hallazgos, especificando sus posibilidades y limitaciones.

La Universidad debe asumir un liderazgo en defensa de la vida humana y del conjunto de los derechos humanos fundamentales, internacionalmente reconocidos, enfatizando en el derecho al trabajo, la educación, la salud, vivienda y recreación. Asimismo, la universidad, autocriticamente, debe rectificar su aislamiento de los sectores populares, incorporándose al trabajo democrático en y con la comunidad organizada.

Para el cumplimiento de estos fines, es necesario fortalecer el proceso de integración de la DOCENCIA - SERVICIO - INVESTIGACION interdisciplinaria e intersectorial, trasladar sus acciones académicas al seno mismo de la comunidad, haciendo efectivos, los principios de aprender haciendo y aprender transformando.

Este proceso conlleva al compromiso de fortalecer la interacción creativa entre las organizaciones comunales, las instituciones de servicio y el aporte directo de la universidad. Es, pues, dentro de la propia sociedad donde la universidad debe dimensionar sus misiones y funciones.

Resulta necesario replantear la misión socio-política ya que, en buena medida, ella le da dimensión y perspectiva a las otras; a este respecto la universidad debe revitalizar su inserción en la Sociedad Civil, incorporándose y promoviendo un liderazgo colectivo para el proceso de transformación social; debe profundizar su presencia como espacio de discusión y análisis desde la óptica de las grandes mayorías, con las cuales existe hoy una deuda social; debe fortalecer la profundidad de su crítica al estilo de desarrollo económico-social generador de lo que actualmente padece nuestra región, así como viabilizar propuestas sobre desarrollos alternativos que tengan como norte el incremento de la calidad de vida de la sociedad como un todo. La presencia universitaria en la sociedad no debe darse sólo en el planteamiento discursivo, sino a través de un trabajo integral con las colectividades

tanto en la esfera del análisis como en la solución de los problemas identificados.

Esta misión socio-política revaloriza la misión ética de la universidad, al afirmar que sus funciones no están al margen de las necesidades sociales actuales y futuras; le da un rango cualitativamente diferente al proceso de discusión en la búsqueda de la verdad al incorporarse al proceso de búsqueda que desarrollan otras instancias de la sociedad y por último, el proceso de formación personal adquiere un estatus diferencial al centrar sus esfuerzos en educar y formar ciudadanos por encima del simple adiestramiento o formación profesional, eso sí, sin descuidar la calidad científico-técnica que éstos deben tener.

La misión académica de la universidad latinoamericana de esta época debe estar orientada por la integridad de los procesos de investigación, docencia y comunicación con la sociedad, así como por el abordaje multidisciplinario e interdisciplinario a la búsqueda de una mejor aplicación, y por ende, a la solución de los problemas. Este proceso académico debe tener como eje el trabajo conjunto de estudiantes, docentes y comunidades en los procesos de educación, construcción del conocimiento y solución de las dificultades

2) Responsabilidad de la Universidad en la Atención Primaria de Salud y los Sistemas Locales de Salud:

El Núcleo Básico III considera que la "Declaración de Alma Ata", la "Estrategia de Atención Primaria de Salud" y la meta social de "Salud para Todos en el Año 2000", en conjunto, constituyen un importante hito histórico, por cuanto se legitima y refuerza el derecho a la salud como un derecho humano fundamental; asimismo porque esclarece que dicha meta social no será posible sin un cambio social y económico que garantice condiciones adecuadas de vida, trabajo y recreación para toda la población, complementadas con un programa sanitario ajustado a cada realidad social, cuyo protagonista debe ser la propia comunidad, a la cual se incorporará el aporte técnico de las instituciones de servicio, universidades y otras.

Por consiguiente, es responsabilidad de la universidad latinoamericana asumir plenamente la "Estrategia de Atención Primaria de Salud", difundirla, desarrollarla y potenciarla, por su coherencia con la aspiración de un modelo latinoamericano de sociedad

más justa y democrática. En última instancia, se trata de una estrategia para democratizar la salud, inmersa en un proceso más amplio de democratización de la sociedad total.

Dentro de esa perspectiva las responsabilidades específicas de la Universidad Latinoamericana en la APS y los SILOS debe orientarse hacia tres procesos fundamentales:

- De esclarecimiento y toma de conciencia.
- De planificación de programas y acciones con potencial transformador.
- De ejecución y análisis de experiencias interdisciplinarias e intersectoriales en realidades sociales prioritarias.

a) Proceso de esclarecimiento y toma de conciencia:

Este comprende tres ámbitos principales:

Ambito Científico-Técnico: Se refiere a la necesidad de desarrollar modelos alternativos frente a la concepción científicista flexneriana acerca de la salud y la educación, que superen el abordaje biologicista y clínico limitado al individuo, y desplieguen todo el potencial de la visión socio-epidemiológica, desplazando el actual énfasis en la enfermedad de la salud.

Ambito Socio-Político: Debe asumir la defensa del proyecto histórico latinoamericano, con el cual es plenamente coherente la Estrategia de APS.

Ambito Ético: Debe promover corrientes de opinión y organización que refuercen la búsqueda principal.

b) Proceso de planificación de programas y acciones con potencial transformador:

En este proceso se considera crucial la aplicación de los principios metodológicos de la APS en todas las facetas del quehacer académico:

- Integración, Docencia-Servicio- Investigación .
- Investigación - acción como eje orientador.
- Participación de la comunidad organizada como protagonista principal.
- Abordaje interdisciplinario e intersectorial.
- Aplicación de los postulados de tecnología apropiada y del enfoque de riesgo.

c) Proceso de ejecución y análisis de experiencias interdisciplinarias e intersectoriales:

Es en este proceso donde la propuesta de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) tienen un alto valor estratégico. Sólo mediante estas experiencias integradoras podrá avanzarse en el manejo de situaciones concretas, ya que los SILOS tienen una intencionalidad de descentralización, es decir, de transferencia de poder del nivel central hacia los ámbitos periféricos. Es en este proceso donde deben plantearse creativamente las distintas opciones de roles y liderazgo entre las organizaciones comunales, las instituciones de servicio y la universidad.

El proceso de desarrollo y consolidación de los Sistemas Locales de Salud le plantea retos importantes al quehacer universitario. En primer término porque es en ese espacio donde se concretan las actividades de Atención Primaria, y en segundo lugar, porque la población que configura ese sistema local es el entorno inmediato de la misma universidad y, por esencia, su razón de ser.

La universidad, a través de sus misiones y funciones puede ayudar a consolidar los procesos políticos que se dan en el marco de la descentralización y de la coordinación intersectorial. Con su capacidad científico-técnica, puede, conjuntamente con la comunidad, generar un mejor conocimiento sobre las condiciones reales de existencia y las alternativas para su transformación.

El reto fundamental se presenta en la interrelación entre comunidad y universidad. Los SILOS permiten concretar formas de participación y movilización social que deben ser pauta esencial de primer orden para la acción universitaria. La participación activa de la población garantiza el avance de ésta hacia la meta de ser gestora de su propia transformación, proceso en el cual se inserta la cooperación de la universidad junto con otras instituciones.

3) Plan de actividades hasta la Conferencia conjunta de La Habana de 1991

El Núcleo Básico III acordó establecer una serie de pasos que, a partir de esta fecha y hasta la Conferencia conjunta, servirán para promover los materiales preparativos de dicho encuentro, helos aquí:

A) Desde noviembre de 1988 hasta mayo de 1989

(Reunión de Ecuador) los componentes de este Núcleo deberán:

- 1) Difundir y discutir el presente relato en sus ámbitos de trabajo, preferiblemente en talleres de discusión con grupos interdisciplinarios.
- 2) Distribuir localmente entre las personas y sectores interesados los materiales presentados en este Núcleo.
- 3) Constituir grupos de trabajo, a fin de recuperar y organizar en un consolidado, el mayor número posible de experiencias sobre el tema de este Núcleo.
- 4) Propiciar el análisis de problemas específicos y hacerlos llegar a la Coordinación de este Núcleo para su difusión.
- 5) Remitir a la Coordinación del Núcleo los aportes de las discusiones locales, a fin de llevarlos a Ecuador en un conjunto integrado por el presente relato, los aportes mencionados y las experiencias recopiladas.

Por su parte, la Coordinación deberá remitir este relato

a los otros Núcleos Básicos.

B) Desde mayo de 1989 (Ecuador) hasta la Conferencia Conjunta:

- 1) Editar y difundir el documento producido en Ecuador, y propiciar reuniones para su análisis.
- 2) Intercambiar con los otros grupos interdisciplinarios el producto de las respectivas discusiones, sea para analizarlos conjuntamente, por separado, o en talleres con intercambio de información. En cualquier caso, los resultados de tales análisis deberán ser recogidos en un informe consolidado para difundirlo localmente.

C) Convención de La Habana:

- 1) Se acordó recomendar la mayor interdisciplinaria de sus componentes.
- 2) Igualmente se acordó sugerir una extensión del tiempo de la reunión para la discusión de experiencias particulares

Ponencias

Dr. Patricio Yépez
CONSULTOR OPS/OPM

En 1977 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la meta SPT 2000, definiendo como estrategia básica para su consecución la Atención Primaria, a través de la declaración de Alma Ata (1978); mediante la cual los Estados Miembros se comprometieron a lograr que "Todos los Pueblos del Mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva".

El Consenso Universal sobre los conceptos y justificación de la meta social SPT 2000 y la estrategia de atención primaria, han sido en muchos casos soslayados o desvirtuados, identificándolos como "Programas" de Atención Primaria, los cuales no afectan ni cambian a los sistemas de salud, sino que son la antítesis de los conceptos y la justificación de ese consenso Universal.

Es preciso recordar que los fundamentos de la Atención Primaria son:

– **Participación Comunitaria**, entendida como la participación y movilización del pueblo organizado en todos sus estratos y a todos los niveles del sistema de salud. Así la participación comunitaria se presenta como el **eje central** de la política de salud, a través de intervención consciente y activa de la comunidad en las diversas fases y actividades del proceso de salud.

Este proceso de organización debe ser promovido y apoyado por todas las instituciones del sector salud. La comunidad deberá participar en la determinación de las prioridades en función de la magnitud, importancia y urgencia de sus problemas sentidos.

– **Acción Intersectorial**, la salud es un componente social complejo que rebasa el campo de la atención médica y el de las ciencias de salud, por lo cual requiere un abordaje multisectorial.

– **Tecnología Apropriada**, los problemas de salud responden a diferentes realidades y presentan perfiles diferenciales en los distintos grupos de población, esto obliga a la generación de respuestas adecuadas a cada situación local en términos de tecnología apropiada.

– **Descentralización**, es conveniente para el proceso obtener una efectiva descentralización de los servicios de salud y el reordenamiento del sector; este proceso debe abarcar la programación, ejecución y evaluación de las actividades de salud y el manejo de los recursos humanos, físicos, financieros y tecnológicos.

Entre los problemas que afectan a la América Latina, la deuda externa y su servicio constituyen agravantes de la crisis económica, la cual ha generado una deuda social caracterizada por grandes desigualdades sociales expresadas principalmente por la distribución del ingreso; la persistencia de más de 130 millones de personas que sobreviven en estado de pobreza crítica; problemas de infraestructura, contaminación, desempleo, violencia, inseguridad y marginalidad.

Dentro de esta deuda social existe a su vez una deuda sanitaria, en la cual identificamos que la población de América Latina sólo alcanzará una esperanza de vida de 70 años alrededor del año 2016, o sea, medio siglo después de que los países desarrollados de las Américas lograron superar esas cifras.

Por otra parte, la desnutrición, las enfermedades tropicales, las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas persisten en todos los países y son causa predominante de mortalidad. La situación descrita se torna más compleja cuando encontramos 140 millones de personas que no tienen acceso real a los servicios, y 170 millones que se sumarán hasta el año 2000.

La problemática anteriormente señalada llevó a los países de la Región de las Américas, reunidos en la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana, definieron las prioridades programáticas. Para el cuatrienio 1987-1990 que se señalan a continuación:

- Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud con énfasis en la Atención Primaria.
- Atención a los problemas prioritarios de salud presentes en los grupos humanos vulnerables con

programas específicos puestos en marcha a través del sistema de servicios de salud.

- El proceso de administración del conocimiento.

La necesidad de transformar los Sistemas Nacionales de Salud para obtener características de equidad, eficiencia, cobertura universal y participación social, requiere un proceso de profundo cambio basado en la estrategia de atención primaria, para lo cual es requisito una efectiva descentralización.

Surgen así los Sistemas Locales de Salud (SILOS) que comprende una población determinada, una área geográfica definida y una unidad técnico-administrativa.

Los SILOS se constituyen así en la base para el rediseño territorial y administrativo del Sistema de Salud; dentro de este proceso la descentralización del sistema no supone el fraccionamiento del sistema, sino un vigorizador del todo en función de la salud de la

población.

Por otra parte, los SILOS permiten la articulación de los recursos disponibles, la adecuación a la realidad social y genera una mutua responsabilidad con la población; estimulando el desarrollo de la programación local y la evaluación social, a través de la participación comunitaria.

El Sistema Local de Salud permite la articulación de los recursos disponibles y es responsable de la atención del ambiente y de salud de una población definida en una área geográfica delimitada; con un equipo de dirección responsable de todo el equipamiento social dedicado a la salud asentado en la región y dimensionado para resolver una proporción significativa de los problemas de salud de la población e integrado en una red de servicios, contando además con capacidad de coordinar los recursos disponibles, facilitar la participación social y articularse con el sistema Nacional de Salud.

POLITICA DE SALUD Y ATENCION PRIMARIA "APORTES PARA SU DESARROLLO"

ANTECEDENTES

Asamblea Mundial de la Salud
1977: Resolución Wha.30.43.
Meta "Spt. 2000"
1978: Declaración Alma Ata
Consejo Ejecutivo OMS 1980.
65a. Reunión y la Resolución Wha.35.25.
Aprueba
El séptimo programa general de trabajo para el período 1984-1989
"Es el primero de los tres programas generales de la OMS que han de llevarse a cabo antes de la fecha límite del año 2000".

ALMA ATA
1978

Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud se comprometieron a lograr que
"Todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva".
Los objetivos, las metas y las estrategias están fundamentalmente inspirados en el concepto de:
Atención Primaria

El consenso universal sobre los conceptos y justificación de la meta social SPT 2000 y la estrategia de atención primaria

HA SIDO

"en muchos casos" $\left\{ \begin{array}{l} \text{SOSLAYADO} \\ \text{o} \\ \text{DESURTUADO} \end{array} \right.$

y disminuido a través de programas de atención primaria

QUE NO AFECTAN $\left\{ \begin{array}{l} \text{LOS SISTEMAS} \\ \text{DE SALUD} \\ \text{que son} \\ \text{LA ANTITESIS} \end{array} \right.$

QUE NO CAMBIAN

de los conceptos y la justificación de ese consenso universal.

"RECORDEMOS"

Los elementos fundamentales de la declaración de ALMA ATA fueron

- Participación del pueblo
- Acción intersectorial
- Desarrollo y utilización de tecnología apropiada
- Descentralización y reorientación total del sistema de salud.

Este desafío tiene vigencia

POR LO TANTO

La política de salud debe orientarse bajo los siguientes lineamientos:

a) → Movilización y participación del pueblo organizado en todos sus estratos y a todos los niveles del sistema de salud.

“Condición indispensable”
EJE CENTRAL
 de la política de salud

→ Se buscará conseguir la intervención conciente y activa del pueblo en las diversas fases y actividades del proceso de salud.

La movilización popular debe surgir de:

- Las organizaciones populares existentes
- Las organizaciones voluntarias
- Las que el pueblo decida crear

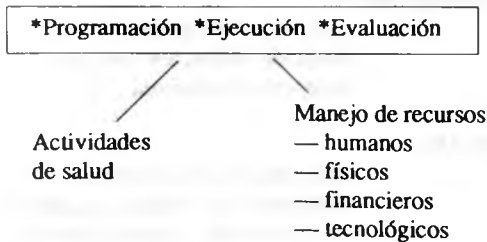
Este proceso de organización debe ser promovido y apoyado por todas las instituciones del sector salud.

El pueblo organizado deberá participar en:

- Identificación de sus problemas de salud
- Determinación de las prioridades en función de la magnitud, importancia y urgencia de sus problemas sentidos.

b) → Descentralización efectiva de los servicios de salud y reordenamiento del sector

Debe abarcar todo lo concerniente a:



c) → Acción intersectoriales en el campo de la salud.

SALUD es un componente social complejo que rebasa el campo de la atención médica

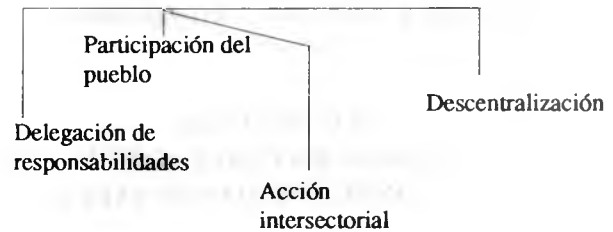
→ Las acciones de salud requieren ser multisectoriales →

d) → Desarrollo de nuevos enfoques para el enfrentamiento de los problemas de salud.

Deberán basarse (además de la epidemiología biomédica) en:

La epidemiología social y política de los factores que condicionan dichos problemas

Y las opciones de solución basadas EN:



Problemas en América Latina

Deuda Externa

400.000 millones de Dólares

Intereses

30% y 50% de los ingresos por exportaciones

Deuda Social

— Grandes desigualdades sociales expresadas principalmente por la distribución del ingreso

— Persistencia de más de 130 millones de personas que sobreviven en estado de pobreza crítica

— Problemas de infraestructura, contaminación, desempleo, violencia, inseguridad y marginalización

- “Deuda de Salud”
- La población de la región sólo alcanzará una esperanza de vida de 70 años alrededor del 2016. Medio siglo después de que los países desarrollados de las Américas lograron superar esa cifra
- La desnutrición, las enfermedades tropicales, las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas persisten en todos los países y son causa predominante de mortalidad
- 140 millones de personas no tienen acceso real a los servicios (hasta el momento) y 170 millones que se sumarán hasta el año 2000

Prioridades programáticas de la Organización para el Cuadrienio

- Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud con énfasis en la Atención Primaria
- Atención a los problemas prioritarios de salud presentes en los grupos humanos vulnerables con programas específicos puestos en marcha a través del sistema de servicios de salud
- El proceso de administración del conocimiento

EL PROCESO DE DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD

para obtener características:

- **Equidad**
- **Eficiencia**
- **Cobertura Universal**
- **Participación Social**

necesitan un proceso de profunda transformación basado en:

LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA

Requisitos:

- Efectiva descentralización

Surgen:

SISTEMAS LOCALES DE SALUD

SILOS

- Una población determinada
- Una unidad técnico administrativa
- Un área geográfica

SILOS son base

- Para el rediseño Territorial y Administrativo del: Sistema de Salud

DESCENTRALIZACION

- No supone el fraccionamiento del Sistema
- Sino un vigorizador del TODO en función de la salud de la población

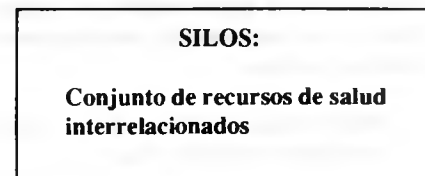
Los SILOS permiten:

- Articulación de los recursos disponibles
- Adecuación a la realidad social
- Mutua responsabilidad con la población

Que estimula el desarrollo:

- La programación local
- Evaluación Social

A través de la participación comunitaria



Responsable de:

La Atención de Salud de una Población Definida en un Área Geográfica Delimitada

SILOS:

Propuesta de DIVISION DE TRABAJO con criterio Geográfico/Poblacional en Áreas Urbanas y Rurales

A partir de:

Las necesidades de la población

Con Equipo de Dirección Responsable de:

La Administración de todo el
Equipamiento Social dedicado a la Salud
asentado en la Región

Dimensionado para Resolver:

Una Proporción Significativa de los
problemas de Salud de la Población e
Integrado en una Red de Servicios

Responsable de la atención a:

- El Ambiente
- Comunidad
- Grupos Sociales
- Familias
- Individuos

Con capacidad de:

- Coordinar los Recursos
Disponibles
- Facilitar la Participación Social
- Articularse con el Sistema Nacional de
Salud

La Descentralización es una tarea compleja:

Supone

Cambio
 DISTRIBUCIÓN Y USO DEL PODER

En consecuencia

Exige
 VOLUNTAD
 COMPROMISO
 HABILIDAD POLÍTICA SIN

La Descentralización es un proceso por el cual:

NIVELES SUPERIORES
TRANSFIEREN
NIVELES INFERIORES

El Poder Decisorio y Resolutivo y Los
Recursos Necesarios Para Respaldo

**La Desconcentración es un proceso por el cual se
transfieren ACTIVIDADES**

Que se hacían en forma
CONCENTRADA
a varios ámbitos periféricos

**DESCENTRALIZACION
Y
DESCONCENTRACION**

Pueden ser procesos simultáneos

Pero también puede

DESCONCENTRARSE SIN DESCENTRALIZAR

**LA DESCENTRALIZACION
es parte obligada de la
REGIONALIZACION**

COMO HECHO SOCIAL

Es un proceso esencialmente político y técnico
Alimentado además por

- Procesos:
- Económicos
 - Culturales
 - Históricos
 - Geográficos

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social

Dirección General Sectorial de Salud
Comisión Permanente de Atención Primaria

Proyecto Interprogramático

*"Fortalecimiento y Desarrollo de los Sistemas Locales
de Salud"*

Cooperación Técnica OPS/OMS
Caracas, 1988

Proyecto Interprogramático

Producto Taller Interinstitucional
(Marzo 1988)

— Discutir los conceptos de planificación situacional y

- descentralización, dentro del enfoque de la Atención Primaria.
- Formular los lineamientos que sustentan al Proyecto Interprogramático de Cooperación Técnica de la OPS/OMS a la Atención Primaria y al Sistema Nacional de Salud.

- 3. Capacitación Gerencial y Liderazgo para los Procesos de Descentralización
- 4. Desarrollo de Experiencias

Antecedentes

1. Nacionales:

- Promoción y consolidación de la atención primaria como Estrategia fundamental en el proceso de estructuración del Sistema Nacional de Salud.
- Creación y organización de la Comisión Permanente de Atención Primaria

2. OPS/OMS

- Prioridades programáticas 1988-1991. XXII Conferencia Sanitaria Panamericana para la Transformación de Sistemas de Salud 1986
- Silos, estrategia adecuada para operacionalizar la Atención Primaria (1987-1988)

Componentes del Proyecto

- 1. Análisis de la Situación de Salud
- 2. Administración del Conocimiento

Ejecución del Proyecto

Nacional

- Comisión Permanente de Atención Primaria (Nivel Central)

Proyecto

Interprogramático

- Consultores
- Contratos locales
- Capacitación
- Suministros

- Comisión de Atención Primaria (Nivel Estatal)

Acción Conjunta

- Personal de Salud de los Distritos Sanitarios DHS - 800
- Participación comunidad DHS - 010
- ORH -
- HSM -
- HPV -
- HSP -
- HPM

Fortalecimiento y consolidación de los Distritos Sanitarios para su acción como Sistemas Locales de Salud

Lic. Elvira Rodríguez

ALADEFE/PERU

INTRODUCCION

La Salud para todos en el año 2000 y su estrategia Atención Primaria de Salud, es la voz de alarma ante el mundo y es la concreción de una solución de los países pobres como resultado de un orden económico y social injusto.

El Sector Salud y todos los demás sectores del desarrollo económico-social de los gobiernos adoptan la declaración: SALUD PARA TODOS, como una meta y asumen el compromiso de fomentar el progreso de los pueblos, para lo cual se plantean cambios sustanciales no sólo en las individualidades, sino en las colectividades.

La Universidad como síntesis del proceso social debe constituirse en la conciencia crítica de la sociedad, y en esa calidad, debe ser el principal instrumento para promover las transformaciones necesarias.

1. ALGUNOS ASPECTOS RELEVANTES DE LA SALUD EN LATINOAMERICA. LA SALUD

La Salud tiene prioridad en la jerarquía de valores de la sociedad latinoamericana: King¹ nos dice que la Salud es el proceso de crecimiento y desarrollo humano que no siempre transcurre tranquilo y sin conflictos. Uno de los problemas en la vida es mantener un nivel de salud que le permita a la persona realizar actividades diarias de tal manera que lleve una vida útil, satisfactoria y feliz. Matos, Mar y Cheng² plantean que la salud puede ser comprendida y tratada desde diversos ángulos convergentes:

– **En el Plano Ecológico.** Hay que restituir la relación armónica del hombre con la tierra. El hombre de Los Andes, de la zona rural, del interior, ha sido empujado a abandonar su hábitat natural para instalarse precariamente en las empobrecidas áreas periurbanas debido a una centralización socio-económica en las capitales y grandes urbes. Es necesario transformar el hábitat rural y reestablecer relaciones equitativas de intercambio entre el campo y la ciudad, de manera que el medio rural latinoamericano vuelva a ser habitable y se constituya en alternativa ventajosa semejante a la

forma de vida urbana.

– **En el Plano Ideológico.** No es posible aceptar que existe enfermedad y salud aisladamente, pues estas categorías se dan en un contorno ecológico, económico, socio-político, cultural e histórico.

– **En el Plano Sociológico.** Los pueblos no son suma de individuos, sino una articulación de comunidades plurales que se caracterizan por su gran autonomía decisoria y de espíritu de cuerpo.

– **En el Plano Profesional.** "Es necesario desmedicalizar" la salud. Hay que quitarle al conocimiento médico el carácter hierático y hermético que conserva hoy exactamente como en la antigüedad primitiva. Ya es tiempo de prescindir del halo sagrado que se ha dado al poder de tratar y controlar la enfermedad, para devolver su naturaleza de saber popular accesible y gratuito por ser patrimonio de todos².

– **En el Plano Cultural.** Hay que dar cauce y facilitar la formación de una sociedad latinoamericana a fin de que pueda desarrollar su potencialidad creadora y cultivar sus valores ancestrales en armonía con otras subculturas nacionales. En lo específico de la enfermedad, es necesario rescatar, revalorizar y enriquecer los elementos del diagnóstico, la terapéutica y la farmacopea tradicionales y populares como pasos necesarios en la búsqueda de una medicina propia que sea alternativa a la actual medicina ajena, elitística y mercantilista².

Salud para todos en el año 2000

– En el mundo, cerca de 1.000 millones de personas viven en la pobreza, la malnutrición, la enfermedad y la desesperación; la mayor parte de ellas vive en las zonas rurales y las áreas urbanas marginales³.

– En los países desarrollados, el promedio de la expectativa de vida al nacer es de 72 años; en los países en desarrollo es de apenas 55 años.

– La tasa de mortalidad infantil en la mayoría de los países en desarrollo es de 100-150 por 1.000; en los desarrollados sólo 10 a 20 niños de cada 1.000

nacidos vivos fallecen.

- La mayoría de las muertes en los países en desarrollo resulta de enfermedades infecciosas y parasitarias, principalmente por enfermedades diarreicas que se transmiten por contaminación del suelo, los alimentos y el agua. Sólo una tercera parte de la población de los países en desarrollo tiene acceso permanente a servicios adecuados de agua potable y saneamiento.
- El paludismo sigue siendo una enfermedad prevalente: 1.000 millones de personas viven en zonas donde la enfermedad no ha sido erradicada.
- La desnutrición afecta a centenares de millones de personas en los países en desarrollo, en los que una cuarta parte de la población tiene una ingesta dietética por debajo del nivel mínimo.
- El producto nacional bruto (PNB) por habitante en los países en desarrollo es de 200 a 800 dólares contra 5.000 a 10.000 dólares en los países desarrollados.

A esta situación hay que agregar los hechos siguientes:

- La Organización de las Naciones Unidas previó que entre 1980 y 1985 el crecimiento del PNB por habitante en los países en desarrollo, disminuiría hasta llegar a menos de un 2% anual.
- En la mayoría de los países en desarrollo, los sistemas de salud tienen una organización deficiente, son inaccesibles para gran parte de la población (inaccesibilidad geográfica, funcional, económica y cultural); la mayor parte de los servicios de salud se concentra en las grandes ciudades y generalmente los recursos se destinan a la adquisición y sostenimiento de una tecnología costosa y complicada, de la que sólo se beneficia una mínima parte de la población.
- A pesar de los esfuerzos de muchos años, los países en desarrollo no cuentan con personal de salud debidamente preparado para las funciones específicas que se espera que éste cumpla; tampoco existen sistemas apropiados de utilización ni mecanismos para la retención de este personal dentro del sistema.
- La población mundial, que en el decenio 1971 - 1980 aumentó a un promedio anual de 1.9%, ascenderá hacia el año 2000, si continua la misma tasa de crecimiento, a más de 6.000 millones de personas. En 1980, el 75% de esa población habitaba en los países en desarrollo; para el año 2000 se espera que esa proporción sea aproximadamente el 80%³.

Estos son los hechos que fundamentan la meta "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000". Establecida desde mayo de 1977 por la Asamblea Mundial de Salud a instancias de los gobiernos y de la Organización Mundial de la Salud, a fin de que todos los ciudadanos del mundo tengan un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

En 1978, en Alma Ata, Unión Soviética, se declaró que la ATENCION PRIMARIA DE SALUD es la estrategia al alcance de todos los países para lograr la meta mencionada, declaración que fue tomada como propia por la Asamblea General de las Naciones Unidas en noviembre de 1979, y en 1987, la incorporó a una nueva Estrategia Internacional del Desarrollo⁴.

Metas mínimas a alcanzar

Es necesario puntualizar que los países que integran la Organización Panamericana de la Salud, han establecido las siguientes metas mínimas para el año 2000:

- **Esperanza de vida al nacer:** Ningún país de la región tendrá una esperanza de vida al nacer inferior a 70 años.
- **Mortalidad infantil:** Ningún país de la región tendrá una mortalidad mayor de 30 defunciones por cada mil nacidos vivos.
- **Mortalidad de niños (uno a cuatro años):** Ningún país de la región tendrá una mortalidad de niños de uno a cuatro años superior a dos a cuatro defunciones por cada mil niños de esas edades.
- **Inmunizaciones:** Proporcionar inmunización al 100% de los niños menores de un año contra difteria, tosferina, tétanos, tuberculosis, sarampión y poliomelitis, y al 100% de las embarazadas contra el tétano (en áreas donde el tétano neonatorum es endémico).
- **Agua potable y disposición de excretas:** Proporcionar agua potable aproximadamente a 100 millones de habitantes de zonas rurales y unos 155 millones de habitantes urbanos; y servicios de alcantarillado y disposición de excretas a 140 millones de habitantes en áreas rurales y a 250 millones de habitantes urbanos.
- **Cobertura de los Servicios de Salud:** Asegurar el acceso a los servicios de salud al 100% de la población.

Atención Primaria de Salud

La Declaración de Alma Ata define la atención primaria de salud como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación". Son cinco los principios en que se basa esa definición: distribución equitativa, participación de la comunidad, actividad centrada en la prevención, tecnología apropiada y enfoque multisectorial. En pocas palabras, esos principios significan que²:

- Los servicios de atención de salud deben ser accesibles a todos;
- Debe haber una participación máxima tanto individual como colectiva en la planificación y la operación de los servicios;
- La atención de salud debe centrarse en la prevención de las enfermedades y en el fomento de la salud más que en el tratamiento;
- Debe usarse tecnología apropiada; es decir, métodos, procedimientos, técnicas y equipo válidos científicamente, adaptados a las necesidades locales y aceptables para quienes los utilizan y para sus beneficiarios;
- La atención de salud se considera sólo como una parte del desarrollo sanitario total; otros sectores como la educación, la vivienda, la nutrición, son también esenciales para el logro del bienestar.

Dentro de ese marco, los ocho elementos esenciales de la atención primaria de salud son:

- La educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes;
- La promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada;
- Un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico;
- La asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia;
- La inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- La prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales;

- El tratamiento apropiado de las enfermedades y los traumatismos comunes; y
- El suministro de medicamentos esenciales.

Estos principios y elementos fundamentales de la atención primaria de salud constituyen un marco conceptual de referencia que afecta inevitablemente no sólo a la planificación, a la organización y a la prestación de los servicios, sino también a la enseñanza y formación profesional de quienes los prestan.

Para poner en práctica esos conceptos, la atención primaria de salud requiere:

- La participación del individuo, la familia y la comunidad en todas las fases de la planificación, organización y gestión de los servicios de salud a ellos destinados;
- La planificación y coordinación de las actividades relacionadas con la salud en colaboración con los sectores social y económico para mejorar la calidad de la vida;
- La aplicación de una tecnología científicamente fundada, bien adaptada al desarrollo social, cultural y económico de la comunidad y orientada hacia:
 - a) Una atención sanitaria amplia y progresiva para todos.
 - b) Una atención sanitaria prioritaria a los grupos más expuestos.
- La dotación de personal para los servicios de consulta y de envío de casos en atención primaria mediante una combinación adecuada de agentes de salud que incluya:
 - a) Médicos, enfermeras, parteras, auxiliares, técnicos, agentes de la comunidad y curanderos tradicionales.
 - b) Equipo de personal interdisciplinario que proporcione orientación, instrucción y servicios de consulta y envío de casos.

II. LA PROBLEMATICA SANITARIA LATINOAMERICANA

"...A medida que se avanza en el desarrollo socio-económico se observan cambios en el campo de la salud, tanto en el perfil de enfermedades que afectan a las poblaciones como en la organización de los sistemas de salud destinados a su atención".

Se reconoce así un primer estadio dominado por las enfermedades infecciosas ligadas a la pobreza, la

malnutrición y la precaria higiene ambiental y personal que responde a la mayor disponibilidad de alimentos, al mejoramiento de la vivienda, al aumento del nivel de alfabetismo, a ciertas medidas de salud pública, particularmente a la extensión de la cobertura de los servicios de agua potable, saneamiento y vacunación.

El predominio de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los accidentes cerebrovasculares, los problemas mentales y otras enfermedades degenerativas como la diabetes, caracteriza lo que se podría llamar el segundo estadio. Las medidas de salud pública necesarias en el estadio anterior pasan a un plano normativo y los modelos de atención individual predominan como instrumentos de prevención y tratamiento de este tipo de problemas de salud. El desarrollo de tecnologías costosas y complicadas de diagnóstico y tratamiento propician la transferencia del cuidado médico de los consultorios a hospitales especializados. Estas tecnologías, cuando son introducidas al mercado sin una evaluación adecuada de su seguridad, eficiencia y eficacia, o cuando son utilizados en forma excesiva, determinan un aumento de costos en los modelos de atención individual, acentuando el deficiente acceso de la población a los cuidados de la salud.

El tercer estadio en la evolución de la situación de salud muestra un predominio de los problemas originados por la exposición ambiental a un creciente número de productos químicos y otras sustancias tóxicas. Por otro lado, se observan modificaciones en las condiciones sociales de las familias, las comunidades y el trabajo, que influyen sobre el alcoholismo y la promiscuidad, cada una con sus repercusiones físicas, mentales y sociales. El aumento de la expectativa de vida y el consecuente aumento de las poblaciones económicamente inactivas, niños y ancianos, agrega nuevas dimensiones a esta problemática. Los problemas generados por este estadio conllevan la necesidad de adaptar los servicios y sistemas de salud y saneamiento para que puedan concentrar su atención en la promoción de la salud y en la aplicación de medidas preventivas individuales y colectivas, a través de un efectivo compromiso y coordinación con otros sectores.

Los países desarrollados han pasado por estas tres formas de estadios a lo largo de un período de más de un siglo. Los países en desarrollo enfrentan el desafío de convivir con los tres modelos simultáneamente. En las poblaciones más pobres, que constituyen la

mayoría, predominan los problemas del primer estadio; en personas más acomodadas, especialmente de las zonas urbanas, destacan los del segundo y en las grandes ciudades ya se evidencian problemas propios de la tercera forma debido al deterioro ambiental y social que acompaña al crecimiento urbano desordenado y al desempleo.

Esta posición pone en evidencia la necesidad de conocer las diferencias entre grupos de población, lo que hace imprescindible que el análisis de la situación de salud debe realizarse a nivel local desagregado según los diferentes tipos y niveles de riesgo para los daños prevalentes, y relacionado con la accesibilidad de la población a los servicios de salud y de saneamiento. La necesidad de conocer esta situación a nivel local es fundamental, por cuanto los promedios nacionales enmascaran los problemas específicos de estratos poblacionales y de ciertas regiones en peor situación relativa..."⁶.

III. ROL DE LA UNIVERSIDAD EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

La Universidad debe ser y es parte de la sociedad, en ella se reflejan y se gestan las grandezas y pobrezas, las desigualdades y equidades de nuestros países en desarrollo.

Quiero expresar en esta oportunidad que nos anima el deseo, el interés y la convicción profunda de que la Universidad es la institución promotora y gestora del cambio por lo cual concordamos plenamente con Carlyle Guerra de Macedo quién afirma que las universidades deben constituirse en la conciencia crítica de la sociedad y en esa calidad, ser el principal instrumento para promover las transformaciones necesarias⁷.

La Universidad a la vanguardia de la Salud

En los últimos años observamos que se presentan en el plano socioeconómico grandes acontecimientos y desafíos, imperiosas demandas igualitarias y de justicias sociales, la Universidad ante este hecho debe asumir un nuevo rol, especialmente en el campo de la salud; ya no puede seguir limitándose a definir planes de estudios académicos, a dar formación al personal, a ejecutar investigaciones y a contribuir a los servicios de salud prestando diversos grados de atención sanitaria.

Tampoco pueden seguir considerando adecuado realizar esas funciones en forma relegada a las disciplinas relacionadas con la salud. Las universidades van más allá; tratan de encontrar otras funciones puntuales como son:

- Ayudar a definir las políticas sanitarias.
- Evaluar la eficacia de los sistemas nacionales de salud mediante la aplicación de un criterio interdisciplinario.
- Participar en la planificación general de una estrategia para mejorar la COBERTURA de atención sanitaria.
- Participar en la definición de responsabilidades del ámbito geográfico rural y urbano con respecto a los demás sectores de la economía⁸.

La Atención primaria marca la pauta de una Universidad transformadora

Es a partir del establecimiento de la meta: SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000 y su estrategia ATENCION PRIMARIA DE SALUD, lo que a nuestro entender marca un hito importante en el transcurrir universitario, puesto que dicha meta es la voz de alarma del mundo y es la concreción de la solución para los agobiantes problemas sanitarios de los países pobres como resultado de un orden económico y social injusto.

Los gobiernos adoptaron la meta y se comprometieron a fomentar el progreso de todos y manifestaron su decisión de estimular en cada uno de los seres humanos, la responsabilidad de su autocuidado, quiere decir incluso que en lo individual exigen a los ciudadanos un cambio de actitud y de conducta, adopción de nuevos valores, una capacidad reflexiva; asimismo exigen asumir el compromiso de esforzarse para atender los propios problemas y las necesidades vitales y superiores.

Los pueblos por lo tanto y sus instituciones plantean nuevas reflexiones ante la necesidad de salud para todos, reflexiones que llevan a un nuevo orden de compromiso para no caer en lo utópico o demagógico o en un juicio de valor, ya nos planteábamos escépticamente que la salud para todos era sólo una declaración lírica y que ésta es sólo posible cuando se instaura en nuestros pueblos el nuevo orden económico; sin embargo, ahora creemos que esta meta

y su estrategia deben constituirse en una medida de lucha revolucionaria que propicie el cambio, que agilice y dinamice el esfuerzo individual y colectivo para contribuir al establecimiento del nuevo orden social que asegure una salud y un nivel de vida igualitario.

La Atención Primaria abrió nuevas perspectivas al sector Salud, y también a la Universidad. En varios países en vfas de desarrollo ya se dan evidencias de la participación e integración de la universidad en programas interdisciplinarios basados en la comunidad. Se está colaborando con los gobiernos en la planificación sanitaria y en las investigaciones sobre sistemas de salud; se está trabajando con criterio amplio para lograr coberturas reales que aseguren un impacto en la reducción significativa de los problemas concretos que deben solucionarse en materia de salud y contribuir a lograr una mejor calidad de vida.

Por otro lado, la Atención Primaria marca la pauta para que las funciones del personal de salud se amplíen y para que la formación de los recursos humanos, igualmente, se adecúen.

Los currícula deben cambiar y de hecho están cambiando en nuestros países; el enfoque asistencial, curativo para la atención de personas hospitalizadas, va quedando atrás, pues se plantea ahora un enfoque de atención integral a nivel de hogar, dispensario y hospital, tanto al individuo como a la familia y la comunidad, considerando el ámbito geográfico rural y urbano.

La atención integral es preventivo-promocional y terapéutica. Los contenidos educativos, la metodología y tecnologías didácticas van adecuándose tanto para mejorar al proceso de enseñanza y aprendizaje, como para asegurar una formación profesional y técnica relacionada con las prácticas sociales de salud.

El movimiento de integración docente- asistencial procura la articulación e integración de las actividades de enseñanza e investigación con los aspectos propios del sector asistencial, sobre todo en realidades concretas de comunidades específicas o como parte de proyectos integrados de desarrollo comunitario.

Aún cuando son escasas las experiencias de integración docente- asistencial, estamos de acuerdo con el principio de que es la práctica social de salud la

que prevalece y la que debe convertirse en núcleo dinámico y motor de transformación que todos deseamos. Concordamos con Guerra de Macedo cuando refiere que el aceptar este hecho define la manera en que la Universidad puede cumplir con su función crítica e innovadora: insertándose en esa práctica y ayudando efectivamente a cambiarla⁷.

Algunas aproximaciones a la integración docente asistencial para la atención primaria y sistemas locales de salud en Trujillo, Perú

Creemos oportuno presentar a Uds., algunas referencias sobre aproximaciones a la integración docente-asistencial para la Atención Primaria en sistemas locales de salud:

1. A través del desarrollo curricular de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Trujillo, se ha dado inicio desde aproximadamente 1983, al Programa de Captación y Capacitación de Parteras Tradicionales en la zona peri-urbana de La Esperanza. Tanto la universidad como el Centro de Salud de Jerusalén, se unen para tal fin. Participan, por parte de la Universidad, antropólogos, educadores, enfermeras, docentes y estudiantes de enfermería, y por parte de salud, médicos y enfermeras. A la fecha se ha logrado capacitar en dicha zona aproximadamente al 70% de Parteras Tradicionales de un total también aproximado de 150 parteras. Este hecho tiene real importancia en la medida que ha permitido asegurar una mayor cobertura de vacunación antitetánica a gestantes y por ende, se ha logrado reducir el número de muertes por tétanos-néonatorum, puesto que desde hace dos años ya no se reportan casos en dicha zona. El seguimiento o supervisión del trabajo de las parteras queda a cargo del personal de Salud.

Es importante resaltar la participación de los antropólogos y educadores de las respectivas facultades, dado que ellos aportan a la investigación sobre formas tradicionales de la atención del embarazo, parto y puerperio que la universidad empieza a sistematizar para nutrir sus contenidos educativos y a la vez se logra un intercambio entre el saber popular (Medicina Tradicional) y el conocimiento científico (Medicina Moderna).

2. Asimismo, la Universidad, en coordinación con el Ministerio de Salud, empezó a trabajar con el sector

educación para el trabajo de orientación psico-sexual en adolescentes. Bien sabemos de los graves problemas de morbi-mortalidad materna e infantil por causas de embarazos no deseados, abortos y otras complicaciones en estudiantes adolescentes.

Los profesores primarios y secundarios están esforzándose por la continuidad de este programa, considerando que los contenidos y dinámicas educativas, tal vez puedan modernizarse. Asimismo, es necesario evaluar su impacto, pues el problema sanitario de las madres y mujeres muy jóvenes debe ser motivo de atención nuestra.

3. En relación a la población trabajadora, un grupo étareo significativo y muy descuidado en el país, sólo se ha iniciado una primera aproximación para atender su problemática y ésta se ha hecho a nivel de empresa de servicios, cual es la propia Universidad de Trujillo con el grupo de trabajadores de servicio interno, considerado el más vulnerable de sufrir enfermedades ocupacionales, intoxicaciones y accidentes de trabajo.

En coordinación con el personal de salud de la Universidad, se realizó el Diagnóstico de la situación de salud de dicho grupo ocupacional, así como la propuesta de alternativas de solución que sirvan de base para un Programa Preventivo-Promocional, tanto a nivel de los trabajadores como del ambiente de trabajo. Consideramos que sería necesario tener criterios uniformes para este tipo de trabajo y si ya existen, poderlo conocer para aplicarlos. Por otro lado, quiero expresar a Uds. nuestra preocupación por lo que estamos dejando de hacer en relación a la Atención Primaria de grandes sectores de población asalariada y no asalariada, tanto del campo, como de las industriales artesanales, vendedores ambulantes y otros para los que a nivel de Servicios Locales de Salud debería proyectarse una atención sanitaria adecuada.

4. Finalmente, quiero informar a Uds. que en Trujillo, Perú, en el presente año (1988) se ha iniciado un Programa Docente-Asistencial e Investigación de Acciones Integradas de Salud en las localidades de Noche-Vistor Larco. En dicho Programa participan docentes de las tres Escuelas Académico-profesionales de la facultad de ciencias médicas: odontología, enfermería y medicina. Por parte de salud igualmente están participando los miembros del equipo de salud de cada uno de los servicios locales de salud del Ministerio de la Seguridad Social constituido por diez puestos

sanitarios para atender a una población aproximada de 50.000 habitantes. Resulta muy importante la participación activa de los representantes de cada una de las localidades en donde se ha empezado esta integración para un trabajo efectivo. La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), está auspiciando este importante proyecto celebrado para tres años.

BIBLIOGRAFIA

- 1) KING Imogene. "Enfermería como profesión, filosofía, principios y objetivos".
- 2) MATOS José, CHENG Alberto, Proceso histórico-social de la Salud en el Perú, documento fotocopiado. Lima 1.987.
- 3) CANALES, De Alvaro, PINEDA. "Metodología de la Investigación manual para el desarrollo del personal de salud" LIMUSA (OPS/ OMS), México 1986.
- 4) ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: Alma Ata 1978. Atención Primaria de Salud. Ginebra 1978. (Serie Salud para Todos). No.
- 5) ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: "Guía para la revisión de los planes de estudios básicos de enfermería orientada hacia la Atención Primaria y la Salud de la Comunidad" Ginebra.1.985.
- 6) ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: El desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Washington CE 101/25. Mayo 1988.
- 7) GUERRA DE MACEDO, Carlyle: "La Universidad la Salud Para Todos en el año 2000". Educación Médica y Salud Vol.19 (3)1985.
- 8) ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: "Función de las Universidades en las estrategias de salud para todos". Documento de base para las discusiones técnicas 3P Asamblea Mundial de la Salud. Educación Médica y Salud. Vol 19 (1) 1985.

Dr. Leonardo Montilva

UCLA/VENEZUELA

El análisis de las relaciones que deben darse entre la universidad y la estrategia de Atención Primaria de Salud y Desarrollo de Sistemas Locales de Salud, pasa por un momento inicial como lo es el de preguntarse, en qué realidad social se da ese conjunto de interrelaciones. La universidad no es una institución histórica en la cual se pueden identificar misiones y funciones dadas desde siempre con una misma relación entre ellas e iguales particularidades a lo largo del tiempo. La formación social en la cual se inserta la universidad la determina en gran medida aun cuando también se puede identificar cierto status de autonomía relativa dada por la estructura propia e interna desarrollada por la universidad a lo largo de su historia.

En este trabajo en donde se analiza fundamentalmente el rol de la universidad latinoamericana, se hace necesario realizar una breve caracterización de la coyuntura socio-histórica de esta región; en este sentido pueden identificarse los siguientes rasgos generales:

- a) Una grave desigualdad social entre diferentes grupos poblacionales, que se manifiesta fundamentalmente en un elevado porcentaje de la población en situación de pobreza crítica, o sea incapaz de lograr una reproducción social mínima, en lo referente a nutrición, salud, educación, recreación, etc. Este proceso que ya se venía dando en América Latina condicionado fundamentalmente por su estilo de desarrollo socio-económico se ha visto potencializado por los siguientes factores coyunturales:
 - Incremento del endeudamiento externo, que ha llevado a una, disminución real de las posibilidades financieras del Estado para financiar el desarrollo social;
 - Disminución de los precios de las materias primas, principal producto de América Latina;
 - Desmejoramiento de los términos de intercambio comercial internacional, con aumento de los productos importados por el proceso inflacionario;
 - Alto nivel de desempleo;
 - Declinación del Producto Interno Bruto, condicionado por factores anotados anteriormente y sobre todo por la salida creciente de divisas para ser colocadas en el sistema bancario internacional.

- b) Estos factores que se dan en el ámbito del proceso económico se reflejan de manera determinante en las políticas que va a desarrollar el Estado latinoamericano. Al presentarse una disminución real de los ingresos fiscales, el área social es la que va a sufrir un efecto negativo más importante con su evidente impacto en la salud, la educación, la vivienda, y otros procesos de elevada relevancia en la calidad de la vida.

Es por ello que hoy nos encontramos con una América Latina en la cual sus principales problemas de salud están condicionados por la pobreza crítica de grandes mayorías. La desnutrición, la mortalidad infantil, la mortalidad por enfermedades infecciosas y otros procesos que en este momento del desarrollo científico-tecnológico de la humanidad no tienen justificación su dimensión, hace pensar que la mejor política de salud que se puede desarrollar es un proceso de reorganización social.

Es en este marco social en donde la universidad latinoamericana debe encontrar y construir su pertinencia social. Pero este proceso se da en un espacio que la universidad ha venido ocupando en su articulación con la sociedad política. Es en estos términos en donde se podría señalar que la universidad de los últimos años ha centrado su acción en la formación de personal para incorporarse mecánicamente a un mercado de trabajo que en la mayoría de las oportunidades presenta un desfase con las realidades y necesidades sociales. La investigación se ha convertido en un proceso accidental y en relación más a líneas personales que a un todo articulado en la generación de un conocimiento que contribuya a la transformación de la sociedad. Los procesos de extensión han tenido como particularidad esencial la incomunicación con la sociedad, solo llevando servicios y otras acciones en un diálogo de sordos. Esta particularidad de la misión académica de la universidad está altamente condicionada por la escasa importancia que ha tenido al interior de la universidad la discusión de lo que debe ser su misión socio-política y ética. Por lo tanto consideramos que para un adecuado abordaje sobre lo que debe ser el papel de la universidad en la Atención Primaria de Salud y los Sistemas Locales de Salud pasa por un segundo

momento como lo es el de establecer una propuesta inicial de la dimensión que deben tener las misiones de la universidad en la actual coyuntura social.

En primer término consideramos como de gran trascendencia rescatar la misión socio-política de la universidad de su actual papel, a uno en donde consciente de su capacidad de incorporarse a la construcción de un liderazgo colectivo pueda ofrecer a la sociedad todo apoyo a los procesos de transformación que se están generando al interior de ella. La universidad tiene que estar consciente de su capacidad de generación de conocimiento para la transformación social, identificando problemas, limitaciones y sus determinaciones en la estructura social como un todo. El ofrecer a la sociedad la capacidad y el poder de articularse a otras instancias sociales para generar un proceso colectivo de construcción de conocimientos que catalicen el avance social es en esencia base fundamental de la misión socio-política de la universidad. Ya se había señalado la importancia del aporte social colectivo, creemos que en esta coyuntura en donde cada vez más se hace necesaria la profundización democrática, la universidad debe incorporarse a la acción de aquellos actores sociales que busque esa profundización y que en esencia tengan como norte un desarrollo en donde sea el hombre como ser social el centro de sus propuestas.

Esta misión sociopolítica está íntimamente relacionada a la misión ética, la cual debe estar basada en la coherencia entre las necesidades básicas de la sociedad y sobre todo de los grupos con los cuales existe una deuda social y sus propuestas socio-políticas y académicas. La propuesta socio-política de la universidad latinoamericana no puede obviar por una parte la dependencia económica y por ende tecnológica de nuestra región con respecto a centros monopólicos; y por la otra, la gran polaridad en calidad de vida entre los diferentes grupos poblacionales, en donde cerca de las dos terceras partes se encuentran en situación crítica de salud, nutrición, vivienda, etc. Asimismo, las propuestas y acciones académicas de la universidad deben corresponder tanto a las necesidades identificadas como a las propuestas socio-políticas de la universidad. El proceso educativo debe tener un claro sentido ético en razón de la formación de personal que por encima de una excelente formación científico-tecnológica tenga una dimensión integral como ciudadano que se incorpora a un proceso político democrático, con una clara visión de su

responsabilidad en la transformación social que nos exige una realidad con un 50% de la población en pobreza crítica. La investigación y la acción conjunta con las comunidades en el proceso de enriquecimiento espiritual conjunto también exige el estar regida por otros principios éticos.

Por último y aun cuando fue citado anteriormente en sentido general, la misión académica de la universidad latinoamericana debe ser objeto de algunos replanteamientos, entre los cuales y sólo a título introductorio vale la pena destacar la integralidad de las funciones de docencia, investigación, comunicación y cooperación con las comunidades y sus grupos de mayor prioridad social, en proceso educativo en donde rompiendo con esquemas de división ficticia entre lo teórico-práctico, lo intra o extramural, la investigación y la docencia etc., se centre fundamentalmente en proceso de trabajo creador de la comunidad universitaria y la sociedad en la construcción de conocimientos y en la transformación social.

Estas misiones de la universidad adquieren status específicos si las analizamos en el marco de las estrategias de Atención Primaria de Salud y Sistemas Locales de Salud.

Para estas dos estrategias tiene un rango de primer orden la participación social, que en nuestra opinión es lo que da un carácter cualitativamente diferente a estas propuestas. La universidad desde la perspectiva de su misión sociopolítica tiene que tener como una estrategia operativa una clara visión de su responsabilidad y estilo de interacción con las comunidades y sus formas organizativas y de participación. Esta relación tiene que estar orientada por un claro concepto de lo que implican las relaciones democráticas en donde las comunidades tienen el derecho a participar en la formulación de las políticas universitarias y en sus expresiones programáticas. Pero al mismo tiempo la universidad debe estar consciente que su articulación no puede ser mecánica, y de conservar una autonomía relativa que le permitan también una función crítica sobre las formas de articulación y desarrollo de la acción con las colectividades.

Se hace necesario resaltar también el papel que tiene que cumplir en las otras estrategias básicas de la A.P.S. y los SILOS como es la profundización en el proceso de descentralización, la articulación intersectorial y el desarrollo y aplicación de

tecnologías apropiadas. Como punto de apoyo para estos procesos debe orientar sus funciones académicas a fin de que su investigación, su cooperación y acción conjunta con la comunidad y su proceso educativo se conviertan en catalizadores de esas estrategias de claro matiz democrático en lo referente a la redistribución del poder político, técnico y administrativo. A título de conclusión podemos señalar que estamos en una coyuntura en donde la universidad latinoamericana

tiene que redefinir su rol, ya que la situación social por la cual se atraviesa exige una respuesta que a la vez de ser oportuna sea lo suficientemente radical para trascender a una simple adecuación que reduzca el abismo que la separa de las necesidades de las grandes mayorías. Se hace imperativo que se incorpore a un proceso de transformación social democrático en el marco de una gran alianza de fuerzas que defienden al hombre como centro del desarrollo.

Dra. Teresalina Grullón

UASD/REP. DOMINICANA

INTRODUCCION

A pesar de que hace diez (10) años de la formulación de estrategias con el fin de alcanzar la meta mundial "Salud para Todos en el año 2000" (STP/2000), un reclamo universal por desarrollar condiciones equitativas de atención, incrementa la presión por modificar la situación vigente e identificar a la centralización como factor estructural de aislamiento entre los servicios y la población.

En la mayoría de los países en vías de desarrollo, el desencanto de la asistencia sanitaria va en aumento, a pesar de los avances científicos y tecnológicos que se dispone y con los cuales se podría alcanzar un estado mejor de salud para sus habitantes.

El desarrollo de los Sistemas Nacionales de Salud para alcanzar características de equidad, con cobertura universal, eficiente y socialmente participativos requieren en la mayoría de los países un proceso de transformación fundamental en su estructuración actual, basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS).

Esta transformación tiene que estar basada en la regionalización y descentralización, estructurando un sistema organizado y flexible, ya que buena parte de la ineficiencia e inadecuación de los sistemas de servicios de Salud se debe a la centralización excesiva.

Del análisis y evaluación de las categorías antes mencionadas genera la necesidad de la Constitución de una nueva estrategia "Sistemas Locales de Salud"

(SILOS), con la cual se espera alcanzar mejores resultados en la salud de la población.

La creación de los SILOS son una consecuencia de la resolución XXI de la XXII conferencia Sanitaria Panamericana realizada en Washington en 1986, como una prioridad programática para el cuatrienio 1987-1990.

Los SILOS se definen como un sistema establecido en un área geográfica definida y una población determinada, en donde se articulan o interrelacionan una serie de recursos de los diferentes sectores o sub-sectores para responder a las necesidades de atención al ambiente, comunidad, grupos sociales, familias e individuos, apoyándose en una resolución tomando en consideración el enfoque de riesgo, en el análisis situacional para la programación local y con la participación social.

En República Dominicana la Atención Primaria en Salud (APS), obedece a un enfoque a nivel de atención que a un enfoque estratégico. Existen establecimientos con recursos de alta complejidad tecnológica realizando tareas propias de centros con recursos menos complejos, compitiendo con la responsabilidad de resolver problemas de mayor envergadura para los cuales hay recursos reservados por su propia naturaleza. La regionalización es de aproximadamente 15 años, pero sus objetivos que originalmente justificaron su organización no han sido tangibles.

El convencimiento de que los problemas de Salud locales podrán solucionarse en gran medida utilizando el enfoque de riesgo, la articulación intersectorial y la participación de la comunidad es cada día más compartida y en esa orientación la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) participa totalmente de la trascendencia de las prioridades establecidas por la XXIII conferencia Sanitaria Panamericana:

- a) La estructuración de la infraestructura de los servicios de Salud con énfasis en la Atención Primaria en Salud (APS).
- b) La atención de los problemas prioritarios de Salud en los grupos humanos más vulnerables.
- c) Énfasis en el proceso de administración del conocimiento.

En este sentido se ha dado inicio a un proceso tendiente al uso del enfoque de riesgo, a la jerarquización de los niveles locales, su fortalecimiento y funcionamiento dentro de sistemas de regionalización organizado por niveles tecnológicos de solución de problemas con la articulación y complementación entre la red de servicios intra e inter-sectorial, con el nivel central y otras instituciones. El fortalecimiento y la activación del primer nivel de atención constituye la pieza fundamental en el inicio del desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS).

La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) para la continuación de proceso de reforzamiento de la descentralización y el desarrollo de los SILOS, necesita superar algunos elementos críticos que al momento limitan la consecución de los objetivos, especialmente en dos aspectos: Insuficiente capacidad operativa y escaso personal capacitado para la dirección y programación del sistema a nivel regional y local.

SALUD ORAL EN LOS SILOS

Consecuentes con la "Declaración de Alma Ata" y el plan de acción "Salud para Todos en el año 2000", se reconoce a la Salud Oral como parte integrante de la Salud general, y por tanto, se concibe que la Práctica Odontológica (P.O.) debe estar ligada indisolublemente al compromiso histórico de lograr para todas las personas de América Latina mejores condiciones de Salud y bienestar que le permita incorporarse activamente en el proceso productivo de la sociedad.

Teniendo en cuenta que la globalidad social es la que determina la Práctica Odontológica, es necesario considerar aspectos económicos, políticos e ideológicos en la misma, para lograr objetividad en la explicación de sus características. De esta manera la Práctica Odontológica se entiende como un proceso organizado socialmente, para dar respuesta al problema de Salud/ Enfermedad oral de la población, representa la síntesis dialéctica entre el saber y el hacer, la producción de servicios, el desarrollo y formación de recursos humanos, entre la producción, transmisión y aplicación del conocimiento, síntesis que encuentra su explicación en las características del proceso histórico en el cual se inserta.

Los distintos componentes de la Práctica Odontológica tienen en común el abordaje individualista, complejo y costoso, con evidente dependencia especialmente en lo tecnológico. Entre los rasgos más notables, de estos componentes se han señalado: Investigación escasa, dispersa, repetitiva, costosa y dependiente en lo económico y en los contenidos. Servicios con práctica individualista, costosa, de baja cobertura, orientada hacia la mutilación y restauración limitada, en vez de prevención.

La formación de Recursos Humanos es profesionalmente, orientada en el manejo de la enfermedad y no a la preservación de la Salud; asimismo, orientada a la especialización, en desmedro de la formación integral; no desarrolla en los educandos la capacidad crítica ni la búsqueda sistemática de alternativas de solución a los problemas.

Por ser el componente Salud Oral un aspecto importante en la Atención Primaria en Salud, este debe necesariamente insertarse en forma explícita dentro de los programas que los Sistemas Locales de Salud desarrollan; ello implica que la planeación, ejecución y evaluación de la Práctica Odontológica en sus tres componentes, deben adecuarse a los lineamientos que emanan de las correspondientes estructuras técnico-administrativas de los sistemas, pero sin perder ni diluir sus propias identidades como componentes específicos.

La planificación y organización de la Salud Oral como elemento importante del proceso de descentralización, dentro de la red de los Sistemas

Locales de Salud (SILOS) involucra actividades de: investigación, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación, con el propósito de prevenir, controlar y mantener las condiciones de Salud Oral de la población como parte del cuidado de la Salud General en la jurisdicción de los Sistemas Locales de Salud (SILOS).

CONTRIBUCION DE LA UNIVERSIDAD A LA ATENCION PRIMARIA Y LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Dentro de la formación de Recursos Humanos Odontológicos que desarrollan las diferentes universidades del país, el aporte al desarrollo de la Atención Primaria no ha sido significativo y en la mayoría de los casos ni siquiera han participado de esta estrategia.

Considerando que el proceso de integración docencia-servicio e investigación está inserto dentro del proceso social del país, es conveniente que los esfuerzos que se hagan por impulsar su desarrollo aprovechen al máximo los aspectos estructurales y coyunturales de la etapa histórica actual. Al estar el país sumergido en una severa crisis económica son muy altas las probabilidades de que los organismos del Estado y las instituciones universitarias amplíen los convenios de cooperación recíproca.

Por sus alcances la integración docencia-servicio debe convertirse en el motor para la transformación del proceso Salud-Enfermedad Bucal con intencionalidad manifiesta de beneficiar a las grandes mayorías.

El objetivo fundamental de los servicios de Salud Oral será la ampliación de la cobertura con la participación de la Universidad, siguiendo la organización y dinámica de los SILOS, por su parte las universidades deberían de estar en capacidad de formar un recurso humano con énfasis en Investigación y en las acciones preventivas y atención de problemas de mayor prevalencia en los grupos prioritarios. Esta prevención tendría carácter integral y será de máximo beneficio a medida en que sea accesible, simple, a bajo costo y eficaz. Por lo antes mencionado se debe realizar un nuevo enfoque en la formación de Recursos Humanos, el cual debe orientarse en varios niveles del personal, tomando en consideración que la definición, creación y ubicación de los mismos es un reto al que sólo podemos hacer frente mediante el estudio del

conocimiento de las necesidades reales de Salud Bucal de las grandes mayorías; así como la necesidad imperiosa de aceptar el conocimiento popular sobre los problemas de Salud Bucal y su incorporación a la formación de Recursos Humanos en los distintos niveles.

El desarrollo del componente de Salud Oral dentro de los SILOS requiere del proceso de integración docente-servicio, e investigación donde las universidades, conjuntamente con las instituciones de servicios y las comunidades participen en los siguientes componentes:

1. Delimitación geográfica y poblacional.
2. Análisis situacional.
3. Programación local.
4. Información gerencial.
5. Ejecución de las actividades programadas.
6. Evaluación de las actividades programadas.

1. Delimitación Geográfica y Poblacional: En este componente debe definirse el espacio territorial y la población en que se van a desarrollar los SILOS. La población que resida en el área, debe ser cuantificada y clasificada en sus componentes demográficos más importantes (por: domicilio, rural, urbano-marginal, por grupos étnicos, crecimiento, etc.).

2. Análisis situacional: Este persigue caracterizar una situación en relación al desarrollo de Salud Oral en un lugar determinado. Este análisis debe de realizarse en dos vertientes:

- a) Análisis de la situación socio-epidemiológica, el cual nos permitiría conocer la producción y distribución de la Salud-Enfermedad Oral, sus determinantes y condiciones en la población.
- b) Análisis de los servicios de Salud Oral, donde se analizará la condición y producción de los servicios de Atención Odontológica del área geográfica determinada, así como de la evaluación de la forma de intervención y el desarrollo de las tecnologías más apropiadas.

Ambos análisis deberán ser realizados conjuntamente por los técnicos locales, profesores y estudiantes universitarios y por los individuos conocedores de la comunidad.

3. Programación Local: Las acciones de Salud Oral se programarán de acuerdo a los resultados obtenidos

en el análisis situacional, tomando en consideración el enfoque de riesgo. Esta programación será realizada por el personal de los servicios locales, profesores y estudiantes universitarios y con la participación de la comunidad.

4. Información Gerencial: Es necesario implementar un sub-sistema de información en Salud Oral que tenga las siguientes características: Debe de estar incluido dentro del sistema de información del sector Salud. Debe propiciar que se obtengan elementos de comparación que permitan conocer el rendimiento, costo, beneficio, etc., de las instituciones. La información obtenida debe servir de apoyo para la toma de decisiones. Definir un grupo específico de indicadores. Establecer un procedimiento de supervisión del proceso de la información que evite deformación de los datos que se registren.

Por lo antes mencionado, a través del sub-sistema de información en Salud Oral se podrá conocer el desarrollo del proceso, permitiendo el seguimiento del mismo y la corrección oportuna de los errores.

5. Ejecución de las actividades programadas: El estudiante universitario dentro de su formación se constituirá en el principal ejecutor de las actividades programadas en la jurisdicción de SILOS supervisados por los docentes y el personal de los servicios.

6. Evaluación de las actividades programadas: La evaluación se desarrollará en función de las actividades realizadas y programadas a lo largo de todo el proceso.

BIBLIOGRAFIA

1. OPS/OMS, PNUD. Ministerio de Salud de Costa Rica. Análisis de la situación de los Sistemas Locales de Salud y la descentralización de los Servicios de Salud de Centroamérica y Panamá. Documento No. 1. Reunión sub-regional; Centroamérica, Belice y Panamá. Agosto 1987.
2. OPS/OMS. PNUD. Ministerio de Salud de Costa Rica. Sub-Proyecto: Viabilidad de los procesos de descentralización y desconcentración administrativa de los servicios públicos de salud en el contexto de la administración pública en Centroamérica y Panamá. Documento No. 2. Reunión sub-regional centroamericana, Belice y Panamá. Agosto 1987.
3. OPS/OMS. Ministerio de Salud y Acción Social Argentina. Regionalización, descentralización, papel del Hospital y los sistemas locales de Salud. Buenos Aires, Argentina. Mayo 1987.
4. OPS/OMS. Secretaria de Salud Pública (SESPAS). Los Sistemas Locales de Servicios de Salud. Documento de trabajo, Sto. Dom. Rep. Dom. Noviembre 1987.
5. OMS. Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la Salud para todos en el año 2000. Ginebra 1987.
6. OPS/OMS. La Salud Oral como componente de la Atención Primaria. Informe de la reunión del grupo de Trabajo OPS/ OMS, San José de Costa Rica. 1984.
7. SESPAS. Proyecto de Organización de los Sistemas Locales de Salud. Santo Domingo. Octubre 1987.
8. SESPAS. OPS/OMS. PNUD. Salud Oral en el Proceso hacia un nuevo enfoque. Puerto Plata R.D. Noviembre 1984.
9. YEPEZ, PATRICIO. El Proceso de descentralización de los servicios de Salud. Caracas- Venezuela. Septiembre 1987.

Dr. Pedro De Armas

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE MIRANDA/VENEZUELA

Notas:

A) La educación como fundamentación ideológica. Papel de la universidad tercer mundista. La universidad que deseamos.

La educación como Proceso y sistema conlleva una posición ideológica consecuente con la política y los intereses de las clases dominantes. La universidad no ha logrado escapar de esta totalidad y por lo tanto en su

acontecer histórico ha servido para convalidar el ejercicio del poder que favorece a pocos y marginaliza a las mayorías. Es verdad que ha participado en episodios y jornadas contestarias y democráticas en pro de la justicia social conducida por grupos emergentes, pero siempre en forma esporádica y coyuntural sin lograr un propósito último.

Auspiciamos una universidad definida por tres prioridades:

La Primera: La Universidad al servicio del pueblo. Del pueblo que no puede asistir a sus aulas. Es la Universidad presente con toda su potencialidad como institución académica al servicio de las comunidades en donde su presencia es más requerida y urgida por sus características socio-económico-culturales.

La Segunda: Una Universidad tutora, rectora del proceso educativo de la región donde está enclavada. Desde el preescolar hasta sus puertas, contribuyendo a la cualificación y elevación del proceso docente orientado a la formación ciudadana y democrática.

La Tercera: La Universidad profesionalizante. Educadora y formativa por excelencia, dentro de un contexto humanístico y ético.

B) La Crisis del Sistema Asistencial:

Tres factores inciden determinadamente en la crisis, de presentación cíclica pero de realidad permanente, que aqueja al sector asistencial en toda su organización:

1. El nivel científico y técnico de los profesionales que trabajan en él.
2. La actitud para la aplicación de los conocimientos.
3. Las circunstancias que rodean esa aplicación: paz laboral, organización, presupuesto, infraestructura.

No es posible separar la participación de los tres factores a la vez, pero es necesario subrayar que el factor dominante, pero no confesable es el bajo nivel científico y técnico. Hay cientista pero no hay ciencia.

C) La Atención Primaria de Salud y el SILOS como Estrategias educacional y asistencial:

El cuidado de la salud como derecho individual y colectivo y por lo tanto como obligación del Estado, exige un ejercicio multiprofesional emergente. Esto significa una reformulación académica y

particularmente curricular, orientada a la formación de un nuevo profesional de la salud cuyo perfil responda a los nuevos requerimientos y en donde la conceptualización y propósitos de la APS haya impregnado en buena parte esa orientación.

Auspiciamos para su concreción asumir la ESTRATEGIA de la integración docente-asistencial, el TRABAJO y ESTUDIO como orientación metodológica y una buena docencia fundamentada en una buena asistencia.

La APS y la IDA formulan una reorganización estructural de lo asistencial y de lo educativo, y una actitud ética, centroantropológica, de la acción permanente de servir.

D) La Presencia de la Comunidad:

La premeditación y ventaja de los grupos dominantes ha determinado con gran claridad de propósitos para ellos, un manejo de la comunidad perfectamente enmarcable en lo que se ha dado llamar populismo y en donde su propósito último se realiza sin trabas: la explotación del hombre por el hombre y la acumulación de las riquezas en unos pocos. El sistema asistencial y el sistema educativo han contribuido en mantener el populismo: satisfacen promesas y demandas, crean expectativas, mantienen el estatus.

No hay presencia de la comunidad. Individuo, familia y comunidad son objetos. Se les interviene y manipula. Esta situación creada consolida dos características que le interesan al sistema político dominante: 1) Las COMUNIDADES no son HOMOGENEAS, prácticamente no existen, son sólo grupos de personas que viven unos al lado de otros, sus intereses y expectativas no son COMUNES, no hay CLARIDAD de clases sociales. 2) Las comunidades son ACRTICAS por lo tanto no participativas, manipulables y transculturizables.

La Atención Primaria de Salud es COMUNIDAD en su más pura conceptualización, pero comunidad dialogal, reflexiva, crítica, democrática. He aquí el gran espacio y compromiso de la Universidad para cumplir su misión ética, socio-política y académica.

Dr. Jorge Izquierdo

OFEDO/PERU

En primer lugar mi agradecimiento a los organizadores del evento por la gentil invitación a participar en este grupo de trabajo. Considero muy oportuno el iniciar las rondas de discusión sobre los temas específicos que han de tratarse en la Convención de SALUDUAL en La Habana 1991, garantizando que podamos llegar a dicho evento con documentos cuidadosamente elaborados, que reflejen el sentir de las mayorías latinoamericanas respecto al papel de la universidad frente a la problemática de salud.

Consideraciones teóricas sobre la contribución de la universidad a la Atención Primaria de Salud y Sistemas Locales de Salud.

1. En el ámbito científico

La Universidad debe contribuir al esclarecimiento, difusión, replanteamiento y reorientación de la problemática del proceso salud-enfermedad. Este proceso esclarecedor implica el deslinde de límites e interrelaciones entre:

- lo individual y lo colectivo (dimensión);
- lo clínico y lo epidemiológico (forma de abordaje);
- lo biológico y lo social (sustento teórico).

Los avances de las últimas dos décadas demuestran claramente que, en Latinoamérica, la problemática inherente al proceso salud-enfermedad es de naturaleza principalmente social, que se refleja o manifiesta en lo biológico. No obstante, a lo largo y ancho del continente, el modelo flexneriano –base de la concepción bio- médica- domina el escenario universitario en las Facultades de Ciencias de la Salud. Dada su procedencia e implicaciones mercantilistas en una sociedad basada en la economía de mercado, resulta evidente que el sistema se beneficia de la hegemonía del enfoque tradicional biomédico. Esto explica, al menos en parte, la resistencia al avance y difusión de la interpretación científica alternativa latinoamericana. Frente a tal situación, es necesario profundizar en esta línea de investigaciones, ampliar el ámbito de los debates y generar una corriente de opinión favorable que permita reorientar todo el proceso.

2. En el ámbito metodológico educativo

En este campo surge con nitidez una interrogante principal ¿Cuál es la mejor forma de aprender?

La respuesta es transparente: aprender haciendo y aprender transformando, en la propia realidad. Se trata de la intencional utilización de tres relaciones fundamentales en el proceso de educación del hombre como ente social:

- la relación entre el hacer y el aprender;
- la relación entre lo cuantitativo del hacer y lo cualitativo del saber; y
- la relación entre la profundización cualitativa del saber (basada en el hacer) y la capacidad creciente de transformar.

Estas relaciones metodológico-educativas son habitualmente soslayadas por el aparato de la educación formal. En su lugar predomina la corriente tecnologicista de contenido skineriano de capacitar a las personas (léase "adiestrar"), reduciendo al ser humano a una especie de bio-robot. La explicación es también transparente en este caso: formar el hombre social resulta peligroso para el sistema por su potencial contestatario frente al orden vigente; en cambio, el bio-robot es útil y dócil.

La propuesta, por tanto, reitera que la fuente fundamental del aprendizaje es el trabajo. Este aprendizaje inicialmente empírico, permite el avance sostenido de estudiantes y docentes hacia el conocimiento sistematizado, científico y transformador. La modalidad metodológica más avanzada es la DOCENCIA - SERVICIO - INVESTIGACION que se despliega en realidades sociales específicas (comunidades). Esta modalidad implica la participación creativa y responsable de las organizaciones comunales (de dirección, intermedias y de base), instituciones de servicio y universidades. Una responsabilidad de la universidad latinoamericana es precisamente continuar ampliando y profundizando la aplicación de la DOCENCIA - SERVICIO - INVESTIGACION interdisciplinaria e intersectorial, antagónica a la modalidad intramural, de repetición libresco y activismo mecanicista.

3. En el ámbito de la ética política

Es sabido que la gran mayoría de países latinoamericanos transitan a través de procesos históricos inscritos en el modelo capitalista subdesarrollado y dependiente, con la sociedad dividida en clases con intereses antagónicos en todos los campos, incluidas la interpretación de la realidad social, sus problemas y formas de abordarlos. En este contexto, una confrontación constante de las dos posiciones antagónicas principales, modulada por comportamientos generalmente vacilantes en los sectores medios.

La universidad latinoamericana tiene la responsabilidad histórica de asumir el papel de aliado explícito y comprometido de los sectores mayoritarios y, en especial, de defensa de los sectores populares. Esta responsabilidad debe expresarse participando activamente en la generación y construcción de un proyecto nacional y latinoamericano de desarrollo basado en la equidad y democracia, que desplace al modelo vigente de acumulación-explotación enmarcada en el autoritarismo social y económico.

Concientes de que en las universidades también se encuentran muchos defensores y beneficiarios del orden vigente, es necesario llevar el debate al campo de la ética política, explicitando el contenido de explotación y miseria que genera el modelo actual de sociedad y demandando el cumplimiento y respeto de los compromisos asumidos formalmente como los Derechos Humanos, la Declaración de Alma Ata, y la meta social de SPI-2000. Este tipo de presión debe encaminarse a propiciar la transformación del Estado y sus instituciones. La universidad, lamentablemente, no está exenta de comportamiento oportunista; con frecuencia,

su discurso progresista es negado por su práctica conservadora y ajena a las necesidades prioritarias del pueblo. Es pues urgente que la propia universidad se redefina, se reoriente, y con ello adquiera la autoridad moral necesaria para demandar la transformación del Estado y la sociedad.

4. En el ámbito político universitario

En concordancia con lo señalado en las proposiciones anteriores, es necesario aplicar estrategias que permitan afinar el rumbo y acumular fuerza política en torno a las posiciones socialmente transformadoras. Se señala que la Atención Primaria constituye una estrategia importante que debe ser utilizada ampliamente. De esta pueden señalarse como elementos fundamentales los siguientes:

- a) Abordaje interdisciplinario e intersectorial.
- b) Participación comunitaria, entendida ésta como participación de los sectores populares organizados en todo el proceso de gestión.
- c) Investigación-acción como eje orientador.
- d) Aplicación de la DOCENCIA - SERVICIO - INVESTIGACION como eje de las actividades, con el concurso creativo y responsable de los componentes comunidad, universidad e instituciones de servicio.
- e) Aplicación del enfoque de riesgo, empezando por el riesgo social, complementado con el riesgo biológico.
- f) Generación y utilización de tecnología apropiada.

Se plantea que estos elementos estratégicos deben orientar el trabajo futuro de SALUDUAL.

Lic. Doris Acevedo
UNIVERSIDAD DE CARABOBO/VENEZUELA

INTRODUCCION

La Atención Primaria en Salud es concebida en la Declaración de Alma Ata, en 1978, como una estrategia para combatir los graves problemas de salud que aquejan a grandes mayorías poblacionales, así como superar las abismales diferencias en las condiciones de vida y de salud entre los países desarrollados y los países subdesarrollados.

Los países subdesarrollados se encuentran hoy afectados por graves restricciones económicas debido al peso de la deuda externa, las condiciones impuestas por los acreedores, los altos índices de inflación y la disminución de precios en los productos de exportación. Esta situación ha afectado negativamente el gasto social y consecuentemente las condiciones de vida de la población.

Si bien la Atención Primaria es considerada como una respuesta a los problemas de salud de los países pobres; su implantación implica, necesariamente, un costo y debe enfrentar dificultades económicas, así como dificultades políticas derivadas del juego de intereses del sector salud y de la priorización de políticas estatales en salud.

Las universidades, dentro de su interés por contribuir a dar respuestas a los problemas sociales, generan aportes importantes a la Atención Primaria en Salud.

I. LA MISION UNIVERSITARIA

Observamos tendencias generales en la orientación de las universidades, las cuales se concretizan atendiendo a las especificidades de la evolución social, política y económica de cada país¹. La década de los 60 convulsionó políticamente las universidades, los universitarios clamaban por la democratización del acceso y porque las universidades contribuyeran al logro del bienestar social y económico de los pueblos. En la década de los 70 las demandas provienen fundamentalmente del sector productivo en la formación del tipo y cantidad de profesionales requeridos para impulsar el desarrollo económico². Se priorizan las carreras tecno-científicas y se busca la eficiencia en la utilización de los recursos. La década de los 80 coincide con

un período de restricción económica caracterizado por: la racionalización de los costos y la disminución del gasto social. Las universidades son impelidas a contribuir a la recuperación económica estableciendo iniciativas de colaboración mutua e intercambio de recursos con las empresas del sector productivo y con las instituciones prestadoras de servicios en el sector público³. Esta situación se traduce en:

- congelación del presupuesto y racionalización del gasto;
- estancamiento o disminución del ingreso;
- utilización eficiente de los recursos docentes;
- orientación de la investigación de acuerdo a las necesidades del sector productivo y de servicios;
- búsqueda de fuentes de financiamiento no-gubernamentales.

I.1. El rol de las Universidades Nacionales

Las universidades nacionales han estado tradicionalmente comprometidas de una u otra manera con el desarrollo social y democrático del país.

I.1.1. Desde una posición contestataria, oponiéndose a los regímenes y políticas antidemocráticas.

I.1.2. Desde una posición crítica, al evaluar las políticas sectoriales del gobierno y plantear alternativas de desarrollo.

I.1.3. Contribuyendo a las demandas sociales y económicas, al ampliar el acceso a la enseñanza superior y preparar los profesionales que el país requiere.

Estas posiciones reflejan el cumplimiento de la misión universitaria como factor de desarrollo social, político y económico, respondiendo a las características de la evolución del país⁴.

II. LAS FACULTADES DE CIENCIAS DE LA SALUD

Las Facultades de Ciencias de la Salud han incorporado ineficazmente las recomendaciones emanadas de los talleres y seminarios realizados para evaluar la orientación de los estudios en las profesiones de la Salud. Estas recomendaciones se orientan hacia: una comprensión de la salud y la enfermedad como un

REFERENCIAS

1. ACEVEDO, Doris. Tendances des universités dans la recente période de restriction budgétaires". Le cas du Québec et du Venezuela. Mimeo. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Montreal. Dic. 1987.
2. CENDES. Evaluación del VI Plan de la Nación. Sector Salud. Caracas, 1982.
3. ACEVEDO, Doris. "Austerité et avenir des universités". Proyecto de Memoria. Facultad de Estudios Superiores. Universidad de Montreal. Julio, 1988.
4. CASTILLO G., Francisco. "La Educación Superior en Venezuela". Revista de Educación Superior, Ciencia y Cultura. OPSU. Año 1 Vol. 1. 1986. Caracas. pp. 2140.
5. ACEVEDO, Doris y Castrillo, María. La Orientación de la Educación Médica en Venezuela. En: "Evolución del Curriculum de Medicina de la Universidad de Carabobo; 1958- 1981". Trabajo de Ascenso. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. Mayo, 1983. pp. 165-181.
6. GONZALEZ, R.M. "El Sistema Nacional de Salud. Viabilidad Política y Administrativa" Revista SIC. Nº 494. Caracas. Abril, 1987. pp. 172-176.
7. RODRIGUEZ, Marta. "El Sistema Nacional de Salud. Algunas Consideraciones". Revista SIC Nº 494. Caracas. Abril, 1987. pp. 176-179.
8. RODRIGUEZ, Marta. "Atención Primaria de Salud". Revista SIC Nº 495. Caracas. Mayo, 1987. pp. 198- 202.
9. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Declaración de Alma - Ata. Kasakstán - URSS. 1978.

Dr. Alberto Geiringer

UNIVERSIDAD DE CARABOBO/VENEZUELA

INTRODUCCION

Quiero comenzar mi exposición con palabras de agradecimiento a la Oficina Sanitaria Panamericana por la oportunidad que me brinda para exponer mis ideas, contrastarlas y discutir las dentro del marco de otros planteamientos, con un conjunto multidisciplinario de profesionales de alta calificación y larga experiencia en la búsqueda de alternativas de salud para las diferentes regiones del ámbito latinoamericano. El encontrarme al lado de ustedes me honra en el plano académico y me impone la necesidad de explicitar que los planteamientos por mí emitidos no comprometen de manera alguna, en sus errores o aciertos, a la Institución Universitaria Venezolana en la cual desarrollo mis actividades fundamentales de docencia e investigación. Siento que no existen barreras nacionales ni regionales cuando la tarea es tratar de elevar, sobre búsquedas teóricas y operacionales comunes, que contribuyan al logro de mayor justicia social, lo cual se condensa en el término equidad. Asumo que esa búsqueda es el sentido y señala la importancia de estas jornadas de trabajo.

La Universidad Latinoamericana tiene una responsabilidad ineludible de contribuir no sólo a la clarificación conceptual y doctrinaria de los problemas fundamentales de los países, entre ellos la posibilidad del desarrollo, sino también incidir, en los espacios reales, en la transformación de las condiciones de vida que no posibilitan el logro del bienestar colectivo. Esta tarea requiere de la Institución Universitaria su participación activa en procesos que, si bien no se corresponden directamente con estrategias de cambio estructural, ni afectan significativamente el todo social, generan algunos cambios cuantitativos que son importantes alcanzar.

Estoy elaborando con ustedes porque pienso que la Atención Primaria de Salud no es una moda; al contrario, es una gran posibilidad. La Atención Primaria en Salud no es una nueva sofisticación para ideologizar la problemática de salud-enfermedad; al contrario, puede ser una vía que transforme conceptual y metodológicamente los abordajes sanitarios e intersectoriales

del bienestar, con el apoyo de una conciencia de autorresponsabilidad comunitaria activa, que se debe condensar en sistemas de salud descentralizados, que garanticen equidad, eficiencia, cobertura universal y participación social, a través de los Sistemas Locales de Salud.

En relación al objeto de elaboración de esta reunión: "La Contribución de la Universidad a la Atención Primaria de Salud y a los Sistemas Locales de Salud", quiero, para comenzar, presentando cinco premisas iniciales:

1. La participación de la Universidad en la estrategia de Atención Primaria debe integrarse a una nueva realidad que se está planificando y desarrollando en América Latina: Los Sistemas Locales de Salud; realidad esta que la Universidad no puede ignorar, y hacia la que se están canalizando recursos institucionales, logísticos y financieros, nacionales, regionales e internacionales.
2. Los Sistemas Locales de Salud son los espacios de Investigación, Docencia, Extensión y Servicio, ya no los hospitales, ambulatorios o medicaturas, en forma aislada.
3. La Universidad en coherencia con los Sistemas Locales de Salud deben, conjuntamente, definir los programas adecuados a cada realidad socio-epidemiológica, sanitaria, y de salud, en general con participación interinstitucional, multiprofesional y comunal.
4. La participación institucional no debe hacerse a través de programas que la Universidad, como ente externo, imponga a los servicios. El programa debe ser producto de la integración de esfuerzos coherentes en base a las exigencias de la realidad socio-epidemiológica regional.
5. Se debe tener conciencia plena que la Universidad participa en un proceso estratégico (APS) que es sólo un medio para el logro de una finalidad que es la transformación de las condiciones de salud-enfermedad de la población.

Las Declaraciones Constitucionales de los Países Latinoamericanos, así como diferentes Organizaciones Internacionales y la Declaración de los Derechos Humanos, expresen el inalienable derecho a la salud de todos los individuos y pueblos. Pero la realidad marcha a una distancia muy considerable y cada vez más crítica, del precepto en referencia. La realidad latinoamericana es un mosaico donde se expresan, en

diferentes grados y a diferentes niveles, la fenomenología del subdesarrollo. Situación que puede, en su expresión fenoménica particularizada, tener algunas características específicas a cada región, pero que, en términos generales, responde a una tipología general que la globaliza. América Latina evidencia una situación estructural que la imposibilita para dar respuesta a la crítica situación de sus pobladores y a sus demandas sociales. La deuda social acumulada se agrava con la situación del deterioro creciente del nivel de vida y la insatisfacción de las necesidades básicas de los sectores populares. En esta dimensión, los Estados "ajustan" sus inversiones en el llamado gasto social, fundamentalmente en las áreas de vivienda, saneamiento, educación y salud. Este "ajuste", que pareciera ser sólo un calificativo técnico, en la realidad se traducirá en mayor morbi-mortalidad, repunte de algunas enfermedades que estaban controladas por programas de vigilancia epidemiológica, crisis en la asistencia a la salud pública, que se hace cada vez más insuficiente en calidad y cantidad, deterioro del salario real y, en síntesis, se hiperboliza la miseria.

Unidas a la situación descrita, crecen las cifras de desempleo y subempleo y ensancha el sector informal de la economía, aumentando también las zonas ecológicamente marginales (ranchos, favelas, villas-miserias, o chiriperos, tal como se las denomina en diferentes regiones latinoamericanas). Las oportunidades educativas se van haciendo, como posibilidad real, cada vez más elitescas y tecnocráticas.

De manera concomitante se va afianzando más la situación de dependencia económica y tecnológica dentro de un modelo de desarrollo que no ha podido, ni siquiera por la vía del gasto social, compensar las inhumanas condiciones de vida de los más densos sectores poblacionales, ni han podido estrechar la brecha ocasionada por la injusta distribución del ingreso.

La llamada crisis de la salud o del sector salud no es una eventualidad coyuntural ni reciente; más bien viene a significar un progresivo estrangulamiento del sector al acentuarse las contradicciones entre la oferta y la producción de un servicio de utilidad pública (aunque centrado en la enfermedad) y la exigencia de un mercado cuya racionalidad se orienta contra la utilidad pública, dentro de la lógica del capital.

Dentro del trasfondo señalado, se podría hacer un

intento prospectivo que proyecte algunos escenarios posibles hacia el futuro, para lo cual se utilizarán las formulaciones más recientes del exdirector del Centro de Estudios para el Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela (CENDES) y notable investigador de la realidad socio-histórica latinoamericana, quien plantea dos escenarios contradictorios para el futuro latinoamericano:

Un escenario tendría como eje central la continuación de las tendencias que se han hecho más visibles desde los comienzos de la crisis. Tendríamos una América Latina subyugada, presa del movimiento del sistema mundial y, por ende, de las fuerzas hegemónicas de él, dividida y marginada. En el interior de cada una de las sociedades que la componen, continuarían agravándose la descomposición y la anomia. Las posibilidades de libertad del individuo quedarán restringidas a pequeñas minorías, y tal libertad sería la de tomar la vía de la alienación consumista -las grandes mayorías estarían virtualmente excluidas-, sus prácticas colectivas marcadas y delimitadas por sus necesidades de desarrollar estrategias de sobrevivencia. La democracia estaría, en el mejor de los casos, condenada a ser un ejercicio formal de un conjunto de supuestos derechos ciudadanos, del cual no se ocuparían sino sectores cada vez más minoritarios de los pueblos.

No se puede descartar la posibilidad de que este escenario se realice, a menos que haya serios ajustes en la estructuración del sistema mundial. Sin embargo, pueden también proyectarse otros futuros esperanzadores para los pueblos latinoamericanos en ese sentido:

Hay otro escenario, ciertamente no el único pero el que contrastaría más fuertemente con el anterior. Las sociedades latinoamericanas y caribeñas lograrían, conjuntamente con otras naciones del Tercer Mundo, una reinsertión nueva en el sistema mundial, de modo que pudieran quebrar las hegemonías todavía existentes. Se llevarían a cabo estrategias transformadoras a los niveles de cada pueblo y regional. Los esfuerzos de integración abandonarían el mercado de los discursos políticos y desembocarían en acercamientos e interpretaciones económicas, culturales y políticas, reencontrándose con tendencias subyacentes a la historia latinoamericana y viendo realizados los sueños de los más preclaros próceres de la Independencia. En el interior de cada sociedad se

adoptarían estrategias de cambio y transformación, capaces de resolver los problemas de las necesidades básicas de las grandes mayorías y, al mismo tiempo, de establecer sistemas valorativos, normativos y simbólicos que garantizarán un nuevo tipo de integración societal. La democracia se haría realidad plena también en el plano económico y social, y dejaría de ser un sistema básicamente formal. La liberación de las sociedades implicaría la de los individuos que la componen. En la Universidad Latinoamericana pueden observarse fundamentalmente dos corrientes contrapuestas. Una es el modelo dominante de Universidad Latinoamericana tecnocrática y desarrollista que enfatiza la formación técnica, ahistórica, en función de la productividad y eficiencia funcional, ajena al entorno social y limitada para entender que los postulados de Alma-Ata reequieren de una universidad crítica, transformadora, y comprometida con el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Este modelo universitario estaría haciéndole juego al primer escenario prospectivo planteado. Sin embargo, la universidad como Institución no es un bloque monolítico de ideología tecnocrático-desarrollista; las dimensiones de la conciencia crítica y alternativa tiene sus importantes espacios en la universidad científico-humanística que concibe la educación como un acto integral y que pregona conciencia crítica, transformación y visión histórica de la realidad social. Este sector universitario reclama no degenerar en el intelectualismo, en la tecnologización y en la necesidad de asumir roles de compromiso transformador.

También dentro del marco prospectivo del primer escenario latinoamericano descrito, se insistió hasta hace poco tiempo, en el plano de la planificación de la salud, que el problema fundamental del sector salud estaba referido a un problema de cobertura y de costo-beneficio. En otras palabras, se asumía que la problemática de salud-enfermedad era susceptible de ser solucionada por la vía de lograr la funcionalidad sistemática de los servicios de salud, al mismo tiempo que cambiando las actitudes que permitieran modificar los patrones de demanda de servicios, por parte de la población. Al parecer la solución estaba en imponer una racionalidad gerencial para aumentar la cobertura sin hacer crecer demasiado los costos.

Desde otra perspectiva, y desde el inicio de la presente década, bajo el patrocinio de organizaciones internacionales, se trata de dar respuesta a la problemática de salud-enfermedad desde una posición

más amplia en base a estrategias globales que superan, en el plano de sus componentes pragmáticos, las dimensiones que se asignaban tradicionalmente al sector salud, en términos de estrategias intersectoriales, y pregonando la participación comunal activa en la formulación de políticas y programas, así como en su ejecución y evaluación.

Por primera vez se logra un acuerdo mundial en forma unánime, al aceptarse la meta común "Salud para todos en el año 2000", y la estrategia "Atención Primaria en Salud", como una vía para integrar al sistema sanitario, la población y otros sistemas institucionales, en la búsqueda de soluciones a la problemática de salud-enfermedad; sin que con esto se quiera pensar en el hallazgo de una panacea para cambiar el nivel de vida de la nación latinoamericana.

El consenso no es para atacar un área específica y aislada de la salud pública regional o internacional. El sentido es afectar los cimientos de la planificación y de los sistemas de salud, tomando, desde una perspectiva teleológica antropocéntrica, al hombre como centro de interés y no al servicio, ni al sistema de salud, ni a la tecnología. Si no es una ruptura total con la concepción tradicional de hacer salud pública, como mínimo es una estrategia con bases conceptuales más amplias, lo cual amerita recursos humanos diferentes y diversas tecnologías adaptables y adaptadas a la realidad (en esto juegan un gran papel las instituciones universitarias productoras de conocimientos y recursos humanos). Amerita también de procesos operativos diferentes en base a delegación de funciones y de capacidad resolutoria, además de la participación activa de los grupos comunales. Involucra buscar la satisfacción de las necesidades básicas de la población.

Se concibe la salud no en sí misma, sino en función del desarrollo global que posibilite "llevar una vida social y económica productiva". Así entendida la salud, la Atención Primaria es una vía para producir igualdad ante la enfermedad. Es un intento de alternativa que pueda ser aceptado socialmente bajo criterio de autorresponsabilidad y auto confianza de la población, justicia social e igualdad; además de la aceptación de un concepto que imponga la lógica de que el fin es la salud y no la enfermedad, y que la determinación de la problemática de salud-enfermedad hace referencia a aspectos sociales y estructurales de la sociedad que requieren de estrategias sanitarias desde perspectivas multisectoriales y que comprometan la solidaridad

internacional.

El valor de la propuesta de Atención Primaria en Salud radica en sus potencialidades como fruto consensual de los países del mundo, como una nueva filosofía ante la imposibilidad de que los países del planeta, y menos los latinoamericanos, puedan garantizar a cada uno de sus ciudadanos lo que la medicina moderna, tecnológicamente sofisticada, puede ofrecer y porque abre nuevas posibilidades y espacios de acción para que los sectores más progresistas de la sociedad latinoamericana puedan generar niveles de "conciencia para sí" en la población desposeída y desarraigada de nuestro continente.

En Latinoamérica, la necesidad histórica reclama y la ley faculta a la universidad para que, por las vías de la docencia, la investigación, la extensión y el servicio puedan incidir en la transformación de las condiciones que impiden el desarrollo pleno del hombre y en la búsqueda de soluciones y alternativas de cambio no sólo clarificando conceptualmente con sentido crítico, sino al mismo tiempo aprovechando los "espacios" en donde pueda ejercer su acción de participación y lucha por el bienestar colectivo. La Universidad debe luchar por la vida y la esperanza, desde ahora y aquí, y no esperar que se produzcan "otras condiciones" para efectuar su presencia. En este sentido, la estrategia de APS, como una política institucional de consenso, abre posibilidades de que la Universidad se inserte intersectorialmente hacia la búsqueda de mejores niveles de vida de la población latinoamericana. Posibilidad que no debe desestimarse o la Universidad quedará al margen de un proceso que, como fundamento conceptual, está dirigido con bastante énfasis, si observamos el lenguaje de Alma-Ata, a los sectores marginados de la sociedad.

Si bien es cierto que las estructuras sociales presionan a la Universidad para que esta sea "fiel reflejo" de la realidad nacional, y reproduzcan las condiciones sociales, mantiene cierto marco de autonomía relativa y capacidad crítica que son el espacio posible para la idea y el compromiso de transformación social, que puede inicialmente comenzar con el uso de metodologías andragógicas y activas de enseñanza, reinterpretación de las concepciones sobre la salud en términos de problemática de salud-enfermedad histórica y social, los abordajes multidisciplinarios de las realidades, la potenciación de la investigación socio-epidemiológica

y operativa, y los programas de integración docencia-servicio, coordinados conjuntamente con la comunidad y otros sectores institucionales.

En el ámbito universitario latinoamericano se evidencia una real confrontación entre dos visiones del proceso educativo y del rol de la Universidad:

1) Los que piensan que "el problema de la salud" puede ser resuelto por "Profesionales de la salud" y aquellos que pensamos que existe una articulación de lo biológico con lo social en la causalidad de la problemática de salud-enfermedad, con una sobredeterminación relativa de lo social en dicho proceso.

2) Aquellos que piensan que lo importante es formar un eficiente profesional, productivo, pero sin conciencia crítica de la sociedad, y los que defendemos la tesis de que la Universidad debe formar un profesional integral y comprometido con su realidad social.

3) Aquellos que se suman al cientificismo (que en última instancia no es más que idolatría por la técnica) desde la trinchera de la ideología tecnocrática en la educación, y los que creemos que la ciencia no es un conocimiento imparcial, valorativamente neutro y ajeno a las grandes mayorías.

4) Los que, en armonía con la racionalidad propia del sistema de producción económica, adaptan y adoptan la ideología de que el éxito profesional se mide por los logros económicos que posibilite el ejercicio profesional (valor de cambio), y los que resaltamos la idea de que el éxito profesional se debe expresar por la trascendencia o impacto social que tenga ante los problemas mayoritarios de las sociedades en situación de subdesarrollo (valor de uso para los actores colectivos).

5) Los que creen que el "deber ser" de Latinoamérica es un plano normativo que debe ser definido por los grupos hegemónicos de la sociedad, a través de una racionalidad tecno-económica, y los que pensamos que debe ser un proyecto estratégico hacia metas compartidas por las mayorías sociales, en proceso de participación activa y con criterio de justicia social.

6) Aquellos que aún creen que el énfasis de las Ciencias de la Salud debe ser en lo biológico, lo individual, lo asistencialista-sanitario, y lo curativo, y los que, por el contrario, pensamos que lo preponderante es el enfoque social, colectivo, comunitario y preventivo; es decir, pasar del énfasis en la enfermedad al énfasis de la salud.

7) Los que consideran que las comunidades no tienen conocimientos ni capacidades para ser entes activos en la planificación y gestión y que, por lo tanto, su participación debe ser canalizada por "los profesionales", pero sólo en los niveles de diagnóstico, ejecución y evaluación; y los que creemos en las potencialidades del conocimiento popular y sus posibilidades de desarrollo.

8) Aquellos que piensan que la Universidad es un espacio intramural y que la finalidad de la "extensión y el servicio" es la ejercitación pedagógica de los estudiantes, y los que creemos en el aprender-haciendo, en el estudio-trabajo, y en la docencia-servicio como una vía importante para que estudiantes y profesores, al tiempo que contribuyan con la resolución de problemas y con la transformación de la realidad social, dialécticamente transformen su praxis en términos de investigación-acción.

9) Los que creen que las transformaciones se logran por la vía de cambios a nivel curricular, y los que pensamos que esto es necesario, pero que el objeto de transformación es la práctica de salud como concepto coherente y globalizador que abarca la producción de conocimientos, de recursos humanos y de servicio. Y, para finalizar:

10) La confrontación entre aquellos sectores universitarios que asumen la postura de no integrar ningún esfuerzo con las estructuras sanitarias institucionales, por ser estas el "sector oficial dominante", y los que tenemos la convicción, de la imperiosa necesidad de asumir roles activos en las acciones y programas de salud, así como en la esfera de la planificación del sector salud y de los recursos humanos para la salud.

Si la idea es participar, con conciencia crítica, la Universidad debe contribuir a fomentar el liderazgo en salud, formando los recursos humanos requeridos que dominen el conocimiento necesario para operar la estrategia de Atención Primaria, y las actitudes favorables para concertar interinstitucionalmente con otros actores sociales que desarrollaran sus actividades en los sistemas locales de salud. Esto amerita algunas transformaciones curriculares.

La producción y el apoyo a grupos de investigación en las áreas requeridas por la realidad social y la estrategia de Atención Primaria son otra contribución posible de la Universidad. El apoyo logístico y de recursos a equipos de investigación interdisciplinarios para el desarrollo de proyectos de investigación socio-

epidemiológica, de servicios de salud, y de tecnología apropiada, en general, posibilitará el desarrollo de la masa crítica de investigadores en relación con los diferentes componentes estratégicos y programáticos de la Atención Primaria de Salud.

Inicialmente las áreas universitarias de Ciencias de la Salud, fundamentalmente los Departamentos de Salud Mental, Organización y Atención Comunitaria, Ciencias Sociales, Salud Pública, etc. deberán promover eventos científicos y divulgativos que motoricen actitudes y acciones programáticas de la Universidad para su incorporación a los Sistemas Locales de Salud, en donde deberán existir unidades de investigación multidisciplinarias e intersectoriales.

La estrategia de Atención Primaria abre una extraordinaria posibilidad para desarrollar programas de docencia-servicio en relación con otros sectores. La Universidad podrá diseñar una propuesta integral de extensión con posibilidades reales de que su concreción impacte la situación de salud de los sectores sociales populares, que, a su vez, pondrán sus posibilidades y recursos en acciones interrelacionadas a través

de los Sistemas Locales de Salud.

La Universidad deberá promover una participación comunitaria que tienda a la desideologización, cuyo objeto no sea la de ser un simple mecanismo de integración y de control social, y una vía para racionalizar el problema de costo-beneficio del sector salud. La participación comunitaria para que sea "activa" deberá impulsar la posibilidad paulatina de participación organizada en la gestión directiva y en la planificación; esto requiere de niveles de comprensión teórica de los procesos sociales y un verdadero proceso de toma de conciencia que permita, a las bases poblacionales, elaborar un proyecto que responda a sus intereses.

REFERENCIAS

1. HEINZ R. Sonntag. Dada/Certeza/ Crisis. (La Evolución de las Ciencias Sociales en América Latina). UNESCO. Editorial Nueva Sociedad. Caracas 1988, pág. 160.
2. Ibidem, pag. 161-162.

Dr. David Gómez Cova

ASOCIACION LATINOAMERICANA DE ESCUELAS DE SALUD PUBLICA/ALAESP

La Asociación Latino-Americana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP) fue creada en 1974, con el nombre de la Asociación Latino Americana de Escuelas de Salud Pública, y el cambio de nombre se produce en 1983.

Como antecedentes de su creación, se realizaron 8 conferencias de Escuelas de Salud Pública de América Latina, las cuales comenzaron a realizarse en 1959 en San Miguel Regla, Estado de Hidalgo, México y versó sobre el tema "Objetivos y Funciones de las Escuelas de Salud Pública". La Segunda Conferencia, sobre el tema "Enseñanza de la Bioestadística" fue realizada en Caracas, Venezuela en 1961. En 1963 se reúne la Tercera Conferencia en Sao Paulo, Brasil, y el tema tratado fue "Enseñanza de la Administración de Salud Pública".

La Cuarta Conferencia se realiza en San Juan, Puerto Rico en 1965, siendo su tema "Enseñanza de la

Epidemiología". El tema "Enseñanza de la Administración de la Atención Médica" se discute en la Quinta Conferencia en Buenos Aires, Argentina, en el año de 1967.

En 1969 la Sexta Conferencia se realiza en Medellín, Colombia y su tema fue "Funciones de las Escuelas de Salud Pública Frente a los Cambios Socio-económicos de América Latina".

La Habana, Cuba, es sede en 1971 de la Séptima Conferencia, sobre el tema "Las Escuelas de Salud Pública en el Proceso de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud".

Durante la Octava Conferencia, en 1979, en Lima, Perú, donde se discutió el tema "Evaluación de las Escuelas de Salud Pública", es creada la ALAESP.

La Novena Conferencia, fue realizada en Río de

Janeiro, Brasil en 1976 con el tema "Atención de la Salud en el Nivel Primario".

La Décima Conferencia, se reunió en Caracas, en 1979, sobre el tema "Investigación Aplicada a los Servicios de Salud".

En Kingston, Jamaica, se reúne la Decimo Primera Conferencia en 1981, y su tema fue "Programas de Enseñanza de Salud Pública de América Latina y el Caribe".

En 1983 en la sede de la OPS en Washington, se efectuó la Decimo Segunda Conferencia, como "Reunión Especial de Programas de Educación en Salud Pública", con los temas "Participación de las Escuelas de Salud Pública en el Desarrollo del Programa Ampliado de Inmunizaciones", "La Enseñanza de la Administración Sanitaria de Emergencia con posterioridad a los Desastres Naturales", "Los Programas de Estudio Avanzado en Administración de Salud (PROASA)", "La Formación de Personal para Desarrollo de Sistemas de Salud" y "Usos y Perspectivas de la Epidemiología". Fue durante esta reunión que se modificó el nombre de la Asociación y se realizaron cambios en los estatutos.

En Cali, Colombia, se reunió la Decimo Tercera Conferencia, en 1985 con el tema "Nuevos Enfoques en la Enseñanza de la Administración en Salud", la cual fue precedida por una reunión de trabajo sobre "Enseñanza de la Administración Sanitaria de Emergencia".

La Decimo Cuarta Conferencia, la última realizada hasta la fecha, se reunió en Taxco, México, 1987, y el tema considerado fue "Enseñanza de la Epidemiología".

Además se han realizado algunas reuniones especiales como la que se efectuó en 1970 en Santiago, Chile, sobre el tema "Salud y Población" y la que se llevó a cabo en el marco de la Conferencia Ibero-Panamericana de Escuelas de Salud Pública en San Juan, Puerto Rico, en 1988, donde se consideró "El Papel de las Escuelas en la Formación del Liderazgo en Salud Pública" y se exploraron áreas de cooperación entre las instituciones Latinoamericanas y del Caribe y con Escuelas de los Estados Unidos.

Desde 1986 la Asociación ha venido realizando reuniones conjuntas con la Asociación Norte

Americana de Escuelas de Salud Pública (ASPH) para identificar áreas de cooperación entre instituciones y propender a incrementar los lazos entre sus integrantes. Todas estas gestiones han sido auspiciadas y apoyadas por la OPS.

El número de instituciones miembros de la Asociación ha ido incrementándose progresivamente. Las escuelas fundadoras fueron las siguientes: Buenos Aires, Argentina, Río de Janeiro, Brasil. Sao Paulo, Brasil. Medellín, Colombia, La Habana, Cuba Santiago, Chile. México, México. Lima, Perú. San Juan, Puerto Rico. Caracas, Venezuela.

En el presente, la ALAESP agrupa un total de 30 instituciones, de las cuales 25 son titulares y 5 instituciones asociadas. Las instituciones integrantes actuales, que se han añadido a las fundadoras son:

Miembros Titulares:

- Escuela de Salud Pública, Córdova, Argentina.
- Departamento de Medicina Social, Riberão Preto, Brasil.
- Departamento de Medicina Preventiva, Sao Paulo, Brasil.
- Instituto de Medicina Social, Río de Janeiro, Brasil.
- Maestría en Salud Comunitaria, Salvador, Bahia, Brasil.
- Departamento de Medicina Social, Cali, Colombia.
- Departamento de Medicina Preventiva, Bogotá, Colombia.
- Curso de Post-Grado de Administración e Investigación en Salud Pública, Universidad Central, Quito, Ecuador.
- Departamento de Medicina Preventiva y Social, Kingston, Jamaica.
- Facultad de Salud Pública, Monterrey, México.
- Departamento de Salud Pública, Xalapa, Veracruz, México.
- Maestría en Medicina Social, UAM, México.
- Departamento de Medicina Social, UNA, México.
- Centro de Investigación y Estudios de la Salud, Managua, Nicaragua.
- Departamento de Salud pública, Santo Domingo, República Dominicana.

Miembros Asociados:

- Escuela Superior de Sanidad, Santa Fe, Argentina
- Escuela Nacional de Salud Pública, La Paz, Bolivia

- Escuela de Salud Pública, Porto Alegre. Brasil.
- Departamento de Medicina Preventiva y Social. Maracaibo, Venezuela.
- Departamento de Medicina Preventiva, Mérida. Venezuela.

DECLARACION DE PUERTO RICO

Los participantes del Gran Encuentro Ibero-Panamericano de Salud Pública (realizado en San Juan entre el 1 y 5 de agosto de 1988), representando instituciones y programas de formación en Salud Pública, afiliados respectivamente a la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública y la Asociación de Escuelas de Salud Pública de los Estados Unidos de la América del Norte, reunidos en esta oportunidad bajo el auspicio del gobierno local y de la Organización Panamericana de la Salud, acuerdan hacer la Declaración que sigue:

"Considerando la importancia de la meta global de Salud para Todos en el año 2000 centrada en la equidad social y en la estrategia de atención primaria de salud, unánimemente adoptada por los Estados Miembros de la Organización Mundial de Salud en 1978 y, reconociendo la necesidad de promover estos principios en:

- El proceso de formulación de políticas y de toma de decisiones;

- La organización y administración de sistemas de salud con énfasis en la descentralización y en el fortalecimiento de los sistemas locales de salud.
- La prestación de servicios de salud;
- El desarrollo de la participación comunitaria y el logro de estilos de vida saludables.

Adoptan, como compromiso colectivo de las instituciones que representan:

- El propósito de promover el desarrollo del liderazgo en salud, con énfasis en la ampliación del diálogo socio político en un contexto intersectorial
- La decisión de establecer un proceso de cooperación interinstitucional para:
 - profundizar en el análisis del papel de la formación avanzada en Salud Pública para el desarrollo de los sistemas de salud.
 - realizar estudios colaborativos en áreas prioritarias para la transformación de los sistemas de salud y
 - desarrollar enfoques educativos en estrecha coordinación con la práctica de la salud pública en toda su amplitud.

Para esto proponen unir esfuerzos, entre sí y con los organismos internacionales y nacionales que correspondan, en la formulación de acciones estratégicas y la búsqueda de los recursos necesarios para llevar a la práctica todo este cometido.

Dra. Norma Núñez
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

I. INTRODUCCION

En América Latina, la aceptación de las propuestas de Atención Primaria de Salud (APS) ha despertado cierto grado de resistencia en el seno de algunas de las instituciones de formación médica y de prestación de servicios. Desde la Conferencia de Alma Ata en 1978 se han venido esbozando diversas tendencias en la concepción de APS. Por una parte hay sectores sociales quienes la piensan y desarrollan como una auténtica filosofía sanitaria y de salud, una ideología y una política que refleja una serie de valores sociales, éticos, políticos y médicos, e impulsa transformaciones estructurales, y coyunturales importantes, aún en el interior de la propia Medicina y la prestación de servicios de salud. Por otra parte, se perfilan propuestas más restringidas en las cuales se confunde e identifica AAO o S con primer nivel de atención médica, con medicina barata, no científica y no tecnológicamente orientada, con cuidados básicos de segunda categoría y/o con medicina simplificada o "medicina primitiva".

Aunque importante, ese problema no es el centro de la discusión en este trabajo en el que el objetivo principal es contextualizar desde un punto de vista socio-económico y socio-político la propuesta internacional abstracta de APS en términos de la concreción histórica Latinoamericana, y sus implicaciones tanto para el proceso de formación de profesionales, como para el proceso de inserción de los mismos en los servicios de salud. Lo necesario ahora es plantear que en el camino hacia la definición de la estrategia o la modalidad de APS a desarrollar en cada situación concreta se definen dos extremos y la gama de posibilidades intermedias: se define si la prioridad es APS para el cambio social, o APS para la dominación y el aletargamiento de la conciencia política de la población, es decir, "medicina de segunda para población de segunda". Por lo pronto, y para establecer un punto de partida claro en la argumentación y las propuestas que se plantearán a continuación debe partirse en este momento del reconocimiento de que APS, en su verdadero sentido, es a lo menos una estrategia amplia que:

1. implica la organización de los servicios de salud en base a un sistema con diversos niveles de atención (primario, secundario y terciario), pero de ninguna manera se restringe a lo exclusivamente médico o al primer nivel de atención y asistencia médica. Los tres niveles deben representar un conjunto armónicamente coordinado, y no seguir actuando con autosuficiencia;
2. se basa en el trabajo interdisciplinario e inter-sectorial para lograr una cobertura y accesibilidad poblacional eficaz y oportuna, en base a criterios eficientes de distritalización y sectorización;
3. aunque en un primer momento puede afrontar los problemas de menor dificultad técnica (diagnóstica y terapéutica) y referir en un sistema ordenado de servicios los de mayor complejidad, no implica disminución o permisividad en la calidad técnica, profesional y científica, del servicio. Antes bien, exige la participación del personal y los recursos más calificados para poder resolver adecuadamente los problemas que está llamada a resolver,
4. democráticamente busca la nivelación de las desigualdades sociales y el mejoramiento de la calidad de la vida de la población como componente necesario para el desarrollo social y económico de la nación y/o la región que la auspicia.

II. CONTEXTO SOCIOECONOMICO Y SOCIOPOLITICO DE LA PROPUESTA DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN AMERICA LATINA

En la coyuntura de la crisis financiera que atraviesan los países Latinoamericanos y del Caribe, la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) corre el peligro de verse y es vista por los sectores dominantes en la planificación de políticas estatales como un instrumento social para resolver un típico e insoluble problema económico dentro de la economía neo-liberal. En efecto, desde la perspectiva técnico-administrativa más estrecha el enfoque consiste básicamente en encarar el problema de la escasez relativa de recursos para satisfacer objetivos y necesidades de salud múltiples, para toda la población. Sin embargo, cuando se trata de satisfacer a través de la estrategia de APS las necesidades de salud a poblaciones que habitan sociedades no equitativas como el caso de la sociedad venezolana, con aproximadamente un 75% de población obrera y marginal (según resultados utilizando la metodología

clasificatoria de Graffar), la situación es compleja.

Se ha demostrado como en estas sociedades, hoy día clasificables como altamente endeudadas y en vías de depauperación, los perfiles de salud-enfermedad responden más a una determinación socio-económica que a una determinación biológica o fisiopatológica en sí misma. Igualmente ha sido demostrado como los perfiles de distribución, accesibilidad y uso de servicios de salud obedecen a una racionalidad condicionada más por criterios de costos, competitividad y rentabilidad que por criterios de equidad, compromiso, y bienestar social⁴. En esta coyuntura la posibilidad de cubrir verdaderamente las necesidades de salud, o de servicios, o de formación de recursos, o de investigación, a través de la implementación y vinculación a una estrategia de APS tiene que verse no exclusivamente como un problema de mercado económico y financiero sino también como un problema ideológico y socio-político. Dentro de esta perspectiva puede afirmarse que la erradicación y/o el control de las enfermedades endémicas (principalmente las parasitarias y las infecto-contagiosas) y la mejora de los servicios de salud, por sí solos o en sí mismos, no conducen a la meta del desarrollo socio-económico.

Es cierto que al momento de operacionalizar una estrategia amplia de APS, verdaderamente coherente con la satisfacción de las necesidades de extensos sectores de la población, el Estado confronta decisiones políticas importantes acerca de prioridades y respuestas oportunas ante la problemática de presupuesto (inversión, gasto, financiamiento), y ejecución de programas. Pero esa confrontación llega o no a convertirse en conflicto en función de la coyuntura particular del poder de las clases o fracciones de clase que se privilegien. Es por esto que puede decirse que, hasta cierto punto, el grado en que la crisis económica afecta tanto la salud como la prestación de servicios esta determinado en gran parte por la racionalidad dominante y por el tipo de respuesta que dan los Estados a la conducción de la crisis misma. Y es por ello que la estrategia amplia de APS propone resolver ese problema mediante la búsqueda de maneras alternativas de apropiarse, reorganizar, y reorientar todos los recursos disponibles y previsibles en el sector salud. ¿Qué viabilidad tiene una estrategia así planteada, en un Estado de profundo corte liberal? ¿Hay espacios que pueden ser ganados para el cambio? ¿Cuáles son ellos dentro de una política de formación de profesionales para la salud?

Más allá del discurso político sobre el problema, la posibilidad de intentar respuestas (o de resolver problemas) por la vía del sector público depende de las decisiones sobre los recursos y los programas que efectivamente se protejan y/o se privilegien, tanto en el nivel de decisión del Estado como de la Universidad. Entiéndase que las exigencias al Estado y a la Universidad no pueden interpretarse en este contexto como fomento del paternalismo o el populismo demagógico sino como exigencia de compromiso político en la conducción del país hacia la redistribución de la producción social. Estos problemas referentes a como lograr una estrategia óptima de APS pasan primero por preguntas como las siguientes:

1. ¿Cómo podrían aprovecharse racionalmente los recursos de salud y distribuirlos de forma que se dirigieran a satisfacer las necesidades prioritarias de la población y se evitaran desperdicios?
2. ¿Cómo se podría modificar el proceso docente para que correspondiese mejor a las nuevas políticas de desarrollo de salud y dejara de producir un personal sanitario capaz de funcionar únicamente con ayuda de costoso material?
3. ¿Cómo se podrían modificar las instalaciones y los equipos para que pudieran utilizarse y conservarse precisamente en los lugares en donde realmente son necesarios?
4. ¿Cómo se podrían ampliar los conocimientos en el campo de la salud y poner en práctica los nuevos conocimientos producidos de manera que sirviesen por sí mismos como un recurso sanitario útil?

La estrategia de APS planteada a nivel nacional debería conducir a la nivelación del desarrollo social de las poblaciones y territorios que participan y se benefician de tal propuesta. Y tal como ha sido concebida a nivel internacional, esa estrategia nacional debería cumplir con los requisitos de impacto, equidad, eficiencia social, articulación intersectorial y cooperación intergrupala. En Venezuela la reciente promulgación de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y el énfasis de los organismos rectores de salud en concertar esfuerzos y voluntad política hacia el diseño de una estrategia amplia de APS, más la voluntad de las Universidades nacionales dispuestas a servir al desarrollo nacional, parecieran abrir un espacio de trabajo que permitiría reorientar en forma importante el financiamiento, la infraestructura, los programas, el desarrollo y la organización de los recursos humanos y técnicos, la prestación de los

servicios, la gerencia, la legislación, y la gestión sanitaria o la gestión del sistema nacional de salud.

Desde luego una gestión de tal naturaleza plantea complejos problemas estratégicos en la reorientación y/o reorganización de los recursos y programas existentes. Por ejemplo, Kleczkowski, Roemer y Der Werff⁶ plantean que en los países en los cuales la distribución de los recursos está sobre todo determinada por las fuerzas de mercado privado no se atiende a la política sanitaria del país y en muchos casos opone obstáculos al desarrollo de un sistema nacional de salud completo. Como consecuencia, la distribución de responsabilidades entre servicios preventivos y curativos es antieconómica, conduciendo generalmente a unos servicios de prevención y promoción de salud inadecuados. De acuerdo a los mencionados autores se plantea que en muchos países se ha pretendido que esa separación entre lo preventivo y lo curativo concede mayor importancia a las actividades preventivas, pero que en realidad los resultados son exactamente lo contrario. Se sugiere⁶ que la prestación de servicios preventivos personales (como inmunizaciones, reconocimientos prenatales, y educación nutricional) en las mismas instalaciones empleadas para el tratamiento curativo sería más efectiva puesto que, inclusive, serviría para atraer mayor volumen de personas y lograr una mayor cobertura en ambos tipos de servicio.

Una estrategia auténtica de APS debería contribuir a la racionalización del esfuerzo total con objeto de redistribuir, con mayor equidad, la producción, la oferta y el intercambio de los recursos y servicios preventivos y curativos, hasta ahora organizados fragmentaria e ineficientemente, puesto que es sabido que éstos se han adjudicado y distribuido en forma desequilibrada. Por tanto es necesario señalar que la consideración de APS como estrategia global implica la implementación de una política o de una propuesta de descentralización, desconcentración y/o redistribución de poder que pase por la consideración de los problemas económicos, financieros y de gestión, que ello implicaría; y no estamos seguros que haya homogeneidad de objetivos en este sentido, sobre todo si se toma en cuenta que en todos los Estados y Universidades Latino Americanas que impulsan APS existen diferencias importantes al concebirse APS como situación coyuntural y no como política de desarrollo social.

En esa perspectiva la complejidad de la tarea de

alcanzar SALUD PARA TODOS (SPT/2000) y SALUD PUENTE PARA LA PAZ, a través de la estrategia de APS, obliga también a la confrontación de problemas concretos tanto en la forma de organización y prestación de servicios como en la formación de recursos humanos en salud, tema de discusión de este trabajo. Ello implica por supuesto la confrontación en el contexto tanto del modelo de desarrollo educacional como del sistema de prestación de servicios de salud que rigen o sustentan esa formación. En cada uno de los casos es obligada la reflexión sobre una doble dimensión de temporalidad; por una parte el reconocimiento del peso de los problemas y los desequilibrios no resueltos en el pasado; por la otra la obligación de encarar con eficiencia los desafíos que plantean al sector salud las limitaciones provocadas por la crisis económica recesiva que afecta al conjunto de la región Latinoamericana y del Caribe. Ello puede y debe conducir al diseño de formas alternativas para reorganizar y reorientar tanto la formación como la utilización del personal de salud en una forma cónsona con las exigencias del proceso histórico que se vive en la actualidad.

La crisis económica, con tendencia a agravarse en los próximos años, es el contexto de las transformaciones a lograr. Se ha señalado⁷ que en Latino América y el Caribe la mayoría de los estados confrontan fuertes tensiones derivadas de sus formas de inserción en el contexto de la economía mundial. La mayoría de las políticas internas de desarrollo están condicionadas por, y sujetas a la necesidad de equilibrar la balanza de pagos, lo que se traduce en la prevalencia de bajas tasas de crecimiento económico y en estancamientos y deterioros en la situación de empleo, de ingreso, y de estructura de producción. Como consecuencia se han observado ajustes recesivos en la mayoría de los programas públicos, especialmente en los programas sociales. La crisis tiene efectos sobre la salud en los grupos económicamente más vulnerables, y sobre el monto y calidad de recursos que los países destinan al financiamiento del sector salud. Ante esta situación es claro que las soluciones a la crisis no pueden ser ajustes internos de naturaleza coyuntural⁵

Tedesco⁸ ha señalado que en un marco de escasez de recursos y de demandas sociales intensas es preciso apelar a fórmulas de concertación social entre el Estado y las diversas fracciones de clase.

Para este autor dicha concertación implica una alianza en torno a un proyecto capaz de incluir a todos los sectores sociales a partir de la satisfacción mínima

de sus demandas. Ello supone al Estado efectuando un proceso de jerarquización de las demandas sociales y de regulación de su satisfacción, orientando sus recursos fundamentalmente hacia los sectores más postergados de la sociedad. En otras palabras, supone al Estado gestionando un cambio consistente en elegir oportunidades, tomar decisiones, resolver problemas, y adquirir compromisos respecto a los objetivos de la organización sanitaria fundamentada socio-políticamente en los siguientes rasgos: la salud como valor social prioritario; el colectivismo opuesto al individualismo en la prestación de los servicios y en la priorización de los programas; y una creciente responsabilidad distributiva que hace efectivo tanto el derecho a la salud como el derecho a la calidad de los servicios. Sin embargo, por diversas razones históricas y políticas, y por la determinación de las fuerzas del mercado, en Venezuela el reparto social y geográfico de los recursos y los programas ha tendido contradictoriamente a favorecer a los grupos sociales, a los individuos, a las familias y a las comunidades en mejor situación socio-económica, en detrimento de los grupos más necesitados de la asistencia pública, tanto en el medio urbano como en el rural.

III. CONTEXTO INTERNO DE LAS PROPUESTAS ESTRATEGICAS EN EL AREA DE LA FORMACION DE RECURSOS PARA APS

El documento sobre prioridades programáticas de OPS para el próximo cuatrienio señala como uno de los componentes del área prioritaria de desarrollo de la infraestructura de servicios de salud "la búsqueda de una revisión de la definición del papel del personal de salud, mejores esquemas de formación de recursos humanos, y una mayor eficiencia en la captación, orientación y utilización de los mismos"⁹.

Están pues planteadas tanto una nueva situación como nuevas demandas en cuanto al desarrollo educacional necesario. Se plantea que el conocimiento, los recursos y las tecnologías existentes son elementos que podrían facilitar, mediante una apropiada reorientación de los patrones de utilización, el encuentro de alternativas de solución. ¿Es cierto esto? Hay necesidad de revisar las formas de encarar los problemas que caracterizan el proceso de desarrollo del personal en salud. Algunas áreas problema serían:

a) inversión en formación y capacitación.

- b) uso de esquemas, conceptos, y modos de trabajo.
- c) el desarrollo de los servicios de salud en sí mismo.
- d) el perfil de morbi-mortalidad de la población (por edad, sexo y ocupación).

Aspectos importantes a considerar en el desarrollo de la educación para APS⁹, dentro de una propuesta alternativa:

3.1. Revisión de la definición del papel del personal de salud. En este sentido hay que atender a dos situaciones de diagnóstico:

- 3.1.1. Actualmente existe una falta de lineamientos orientadores, de definiciones y directrices, es decir, de políticas de desarrollo del personal de salud.
- 3.1.2. Es posible que la interpretación que las Universidades hacen actualmente de su papel en el esfuerzo hacia el año 2000 contribuye a su aislamiento y al poco aporte hasta ahora observado en la mayoría de los países, para el logro final de la meta.

3.2. Mejoramiento de los esquemas de formación de recursos humanos. La pregunta obligada y obligante es: ¿Dónde está el cambio? En:

- 3.2.1. Los contenidos curriculares
- 3.2.2. Los aspectos metodológicos:
 - dificultad para instrumentar acciones de integración docente asistencial (IDA).
 - falta de claridad conceptual e implicaciones de la IDA.
- 3.2.3. Los aspectos técnicos:
 - fraccionamientos artificiosos:
 - básicas y clínicas.
 - educación básica y educación continua.
 - personal docente y personal de servicios.
 - falta de visión y formación interdisciplinaria
 - predominio de actividades individuales, unilaterales, y en instituciones aisladas.
 - desconocimiento del trabajo y la educación en equipo.
 - falta de seguimiento y monitoreo de proceso de aprendizaje en el trabajo.
- 3.2.4. Los aspectos políticos y estructurales que contextualizan la propia formación del personal de salud.
- 3.2.5. En una combinación estratégica de los puntos anteriores. ¿Cuál es esa combinación?

IV. BASES PARA UNA PROPUESTA ALTERNATIVA DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LA UNIVERSIDAD.

La base de la propuesta es, por una parte, la convicción de que aún dentro de los límites más estrechos de la crisis económica existente, es posible transformar y/o perfeccionar los servicios de salud a través tanto de la reorientación de los mismos como de la reorientación en la formación de los recursos humanos en equipos interdisciplinarios con tendencia a la implementación y el reforzamiento de una estrategia amplia de APS .

Ello significa que la Universidad debe cumplir con su función de orientación crítica e innovadora, e insertarse en esa práctica y ayudar a cambiarla Pero que ello sólo es posible a partir de la inserción y arraigo de la Universidad en los núcleos de población o en las regiones con los cuales quiere trabajar, sin los contrasentidos de desestructuración que se propician en la sociedad o la comunidad a atender, cuando la planificación se hace a distancia y/o basándose en modelos centralistas y generadores de dependencia de las regiones con respecto a los niveles de decisión de la capital. Ese modelo de trabajo ha prevalecido en algunas circunstancias aun cuando es contrario al discurso universitario y por ser ajeno a la realidad estudiada, constituye un potencial dispendio de energía, recursos, finanzas, y actividad. En casos específicos esos modelos de aproximación de la Universidad a la población han contribuido a la formación de los estudiantes por las posibilidades de entrenamiento en servicio, pero este aspecto ha sido a expensas del beneficio efectivo para la población.

En este sentido cobran también relevancia dos hechos: Primero, es necesario considerar el problema de la investigación y/o la producción de conocimiento como guía u orientación para las acciones a seguir. No puede concebirse la estrategia de Atención Primaria de Salud si se mantiene separada de la investigación de las condiciones de salud y de los determinantes biológicos, ecológicos, psicológicos, sociales, y/o culturales de la enfermedad. El éxito de una estrategia de APS se basa en la realización de investigación básica y operativa Es decir, la investigación biomédica y la investigación social y epidemiológica al servicio de la transformación de la realidad sociosanitaria y del desarrollo sociopolítico de la región en la cual la propuesta de APS tenga lugar.

Segundo, no existen, modelos únicos de aplicación universal en APS. Es decir, la estrategia de APS fracasa si es igual para todo el territorio nacional, puesto que esto sería ignorar el peso que la especificidad y peculiaridad de los problemas de cada zona, o de cada grupo de población dentro de una misma zona tienen para la planificación de sus soluciones. Ello implica entre otros, la peculiaridad biológica y cultural de las respuestas a la enfermedad y por lo tanto la peculiaridad de las medidas de prevención, tratamiento y control. Es por ello necesario diseñar las acciones para cada situación y por lo tanto para cada región, de acuerdo con las necesidades y prioridades que en ellas puedan identificarse, y con la variabilidad geográfica, ecológica, técnica, y genética que pueda incidir sobre el desarrollo de la situación.

Por otra parte, la base de la propuesta alternativa es la confianza en el logro de la participación de la comunidad a partir de su conciencia sobre las causas de los problemas de salud. Pero es necesario reconocer a la comunidad no sólo como espacio geográfico sino fundamentalmente como espacio social: satisfacción de necesidades y capacidad de poder interno del grupo para tomar decisiones en la identificación y solución de los problemas. Comunidad como sujeto activo con decisiones propias para solucionar sus problemas. Es necesario reconocer en la propuesta alternativa una verdadera aproximación democrática a la redistribución de las relaciones de poder y esto pasa por la revisión y el respeto de las relaciones entre el saber técnico y el saber popular. Finalmente debe hacerse notar que la participación de la comunidad como garantía de autogestión no se logra invitando a la comunidad a participar sino propiciando y negociando la apertura de un espacio desde el cual la comunidad puede ejecutar un cierto nivel de decisión. Decisiones acerca de sus problemas, sus prioridades, y su ritmo de exigencias y compromisos con los objetivos a lograr.

V. UNA PROPUESTA ALTERNATIVA PARA EL TERRITORIO FEDERAL AMAZONAS

La población estimada para el TFA en 1981 es de 64.125 habitantes lo cual representa una densidad poblacional de 0.36 habitantes por kilometro cuadrado en una extensión de 178.095 Km². Aproximadamente el 50% de la población es indígena, representando este porcentaje la supervivencia en el Territorio de catorce etnias diferentes de las cuales los Yanomani, Guajibos,

y Piaroa representan el 69%. Cada etnia representa a su vez una enorme variabilidad en referencia a procesos y grados de aculturación que hacen compleja la aproximación y la investigación en esas realidades.

La enorme variabilidad geográfica, climática, hidrológica, ecológica, genética y cultural de la zona representa un mosaico que se traduce en un importante proceso de vulnerabilidad, adaptación y supervivencia humana en el TFA. Es preciso por tanto reconocer esta variabilidad y la riqueza del proceso humano que la caracteriza para no avasallarla en el evento y la coyuntura de introducción de cambios potenciales pero no probadamente favorables para su desarrollo y estabilidad. Ha surgido con el tiempo un modelo de ocupación del espacio amazónico que debe ser estudiado con seriedad y respetado antes de intentar proponer soluciones exitosas en otros contextos, y es a esta realidad a la que debe obedecer cualquier forma de inserción de la Universidad en la región amzonense.

De acuerdo a Yarzabal¹⁰ la dispersión poblacional indígena, en contraste con la concentración de la población neoamericana (criolla) habitante de la zona, no es primitivismo; es un signo del conocimiento profundo del equilibrio necesario para subsistir con éxito en la Región. Las necesidades alimentarias, económicas, y culturales de la población definen la distribución y ocupación geográfica y espacial para poder vivir en equilibrio con el ambiente, cuando éste tiene la fuerza y la imposición que caracterizan la región amazonense. Distorsiones culturales importantes para la supervivencia de los grupos son introducidas con la reducción del área geográfica por los indígenas ocupadas, y estos elementos tienen que ser tomados en cuenta al planificar cualquier proceso de cambio para la zona. De lo contrario cada cambio es potencialmente una amenaza contra un sistema sociopolítico y cultural indígena elaborado en un largo esfuerzo de adaptación y dominio del medio, y que es todavía poco conocido por la ciencia occidental.

La prestación de los servicios de salud en la zona confronta dificultades importantes. Los nudos de esa situación se encuentran no solamente en la dispersión y el seminomadismo o las migraciones periódicas de algunos grupos importantes de población, y las respuestas culturales milenarias frente a los procesos de salud-enfermedad, o en las dificultades de logística, recursos y transporte, sino también en la propia debilidad de la organización sanitaria regional. Por ejemplo, entre otras dificultades, la no existencia de

una Distritalización y/o Sectorización funcional; la inexistencia de los equipos interdisciplinarios de salud; la falta de entrenamiento y capacitación del personal de nivel medio; las dificultades de registros y cobertura; la falta de un vínculo efectivo de coordinación y relación orgánica con la Universidad, y/o una línea de integración docente asistencial y de investigación cuya articulación y consistencia permita evaluar las acciones realizadas en lo que respecta a la capacitación o entrenamiento del personal de salud y a los pasantes de pregrado en las áreas de medicina, nutrición y bioanálisis; el costo y conservación de los suministros medicinales.

Por tales motivos, y por las características de la región que se han esbozado anteriormente, se considera que la implementación de una estrategia de APS para el TFA no puede pensarse en términos de un decreto que imponga tal política en la región. Dada la importancia estratégica que el TFA posee para el país, es posible que se inviertan algunas prioridades y se decida a nivel central que deben hacerse esfuerzos para iniciar el proceso a corto plazo. Sin embargo sería prudente iniciar experiencias piloto cuya consolidación fuera proporcionando elementos de juicio sobre los cuales intentar una aproximación técnica y científica a los problemas clínicos, epidemiológicos y administrativos en relación al proceso salud enfermedad en las diversas comunidades del TFA. La investigación aplicada, diagnóstica, y operativa serían la base de tal aproximación a esta experiencia piloto de Atención Primaria de Salud para el Territorio Federal Amazonas.

Dado que se reconoce la especificidad y la variabilidad del TFA, y las enormes dificultades que ello ofrece a quienes desconocen el medio y/o la mejor forma de aproximarse al trabajo en salud en la zona, la Universidad también propone la institucionalización de un Curso Profesional Propedéutico previo al inicio de labores. Este curso tendría un doble objetivo. Por una parte, presentar a los profesionales a iniciarse en los trabajos (o tal vez actualizar periódicamente a los ya iniciados) una panorámica científica, sistematizada y real, de la situación socio-sanitaria, socio-política, y socio económica de la zona, haciendo énfasis en los servicios, programas, proyectos, y problemas que se confrontan, de forma tal que se comience a construir la visión intersectorial necesaria para abordar con mayor garantía de éxito las actividades a realizar. En este sentido la Universidad propone la identificación de líneas de trabajo que constituyan los ejes de actividad

que den coherencia a la estrategia propuesta en cuanto a entrenamiento y a trabajo. La especificidad de la morbimortalidad de la zona, las posibilidades, limitaciones y dificultades para abordarla, y las características epidemiológicas de las mismas serían eje importante del contenido a desarrollar. Por otra parte un segundo objetivo general sería iniciar a los nuevos profesionales en el conocimiento, comprensión, y valorización de la complejidad y riqueza cultural de la zona, representada por la presencia de los diversos núcleos de población que interactúan en toda la extensión del Territorio, y del efecto práctico y simbólico que los diversos grados de aculturación existentes tienen para la comunicación efectiva y para el quehacer profesional. Este segundo objetivo que proporcionará una perspectiva socioantropológica indispensable en la región implicaría no sólo la revisión del proceso de adaptación y estabilidad del indígena sino también la del criollo y la del foráneo.

La Universidad vería como deseable el establecimiento de un eje piloto de trabajo a nivel del Distrito Sanitario No.1.(Departamento Atures), que abarcara la red sanitaria conformada por el Centro de Salud José Gregorio Hernández, la Casa Indígena, y algunos Ambulatorios I y II cercanos, tales como los de Gavilán y San Pedro de Cataniapo, para que bajo la estructura sanitaria y la Dirección General de Salud del TFA, y la coordinación del CAICET y su servicio de investigación y atención médica y epidemiológica, se contribuyera a integrar los programas y servicios preventivos y curativos en un mismo médico y a facilitar la solidificación de la estrategia de APS para la población, dentro del espíritu de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.

Una propuesta piloto de esta naturaleza tendría que comenzar por levantar un diagnóstico y/o perfil de morbi-mortalidad y necesidades en el área eje a ser atendido, de manera de establecer prioridades y plazos sobre la base de: magnitud del daño a la salud; vulnerabilidad del daño ante las posibles medidas e intervenciones profilácticas y/o terapéuticas; severidad del daño; identificación de la existencia de factores de riesgo o factores pronósticos susceptibles de intervención; identificación de sub-grupos de la población sujetos a diferentes riesgos, o a riesgos elevados de experimentar algún daño particular; el impacto potencial de las(s) intervención(es) sobre los factores

de riesgo identificables; el costo y la factibilidad de las posibles intervenciones contrastadas con la eficacia de las mismas; y por último, la posible colaboración intersectorial o la forma de hacer compatibles las intervenciones planeadas con otros programas existentes en la zona. Este último punto es relevante porque cualquier forma de intervención Universitaria en el TFA sólo será perdurable, y su impacto significativo, si logra concertar el apoyo efectivo de los diversos grupos de poder representados en la Región.

VI. REFERENCIAS

1. Ferreira, J. R. (1986) Integración Docente-Asistencial y Atención Primaria de Salud. *Educ. Med. Salud.* 20;4:458- 465.
2. Testa, M. (1986) ¿Atención Primaria o Primitiva? Cuadernos Médico Sociales. Rosario, Argentina
3. Evans, R. et al. (1987) La Mortalidad Bajo el Microscopio. Diferenciales de la Mortalidad por causas, grupos socio-económicos y por municipios en el Distrito Sucre, Estado Miranda, Venezuela. Edición CONSUCRE. Caracas.
4. Policy Forum (1982) Inequity in Acces to Health Care: an odl persistent worry. *Medical Care* 20;9:881-882.
5. OMS/OPS. (1984) XXXVI Reunión. La Crisis Económica en Amercia Latina y el Caribe, y sus repercusiones en el Sector Salud. CD30/16 (ESP).
6. Kleczkowski, BM, MI Roemer, y A Van DerWerff (1984) Sistemas Nacionales de Salud y su Reorientación hacia la Salud Para Todos. Cuadernos de Salud Pública. #77. OMS. Ginebra.
7. Testa, M. (1987) Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación (El caso Salud). Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de la Asociación Médica de Rosario, Argentina.
8. Tedesco, JC(1986) Crisis económica, educación y futuro en América Latina. Nueva Sociedad. Julio-Agosto.
9. Haddad, J. (1986) Desarrollo educacional en Salud. Perspectivas para el Año 2000. *Educ. Med. Salud.* 20;4:448- 457.
10. Yarzabal, L. (1987) El Papel de las Universidades y de los Institutos de Investigación en el Desarrollo de la Región Amazónica de Venezuela. CAICET. Reunión de Universidades de la Cuenca Amazónica Para, Brasil.

Dr. Alberto Arango Botero
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA/COLOMBIA

En la consideración de la Educación Superior en la Universidad Latinoamericana dentro del contexto de este evento relacionado con la Universidad y la Salud constituye para mí una barrera, el no hacer alguna referencia particular, en parte de mi exposición, al aspecto que en la Universidad ha venido siendo estudiado como un quehacer y un saber de salud. En consecuencia, en primer lugar, haremos referencia a aspectos universitarios generales y luego le incorporaremos lo relacionado con uno de los varios objetos de estudio de nivel educativo superior: LA SALUD.

ORIGEN Y EVOLUCION

La Universidad surge en la América hispana en la época de la conquista, regida por el espíritu más fanático de la antirreforma. Había intereses del Estado español y de la iglesia católica, que habían creado la universidad y que la regían, respectivamente, de mantener una clase dirigente en los países conquistados, que respondiera a una ideología conveniente a los intereses de la colonia; de esta manera se haría el reemplazo de las capas eruditas de los imperios teocráticos conquistados, por una nueva aristocracia.

La explotación económica de la colonia, al terminar la guerra de conquista, conllevó a la organización burocrática para la cual surgen réplicas degradadas de Salamanca que se encargan de la enseñanza de la cultura clásica más erudita, a los hijos de los grupos sociales más privilegiados. "Ese modelo rígido de institución aportado, estaba acorde con los conocimientos y la práctica médica de la época, ligado profundamente a los valores religiosos y mágicos predominantes y con el lento avance del conocimiento científico en un larguísimo período de una sociedad de estructuras productivas feudales, en que las grandes mayorías nativas fueron consideradas en su calidad de siervos, como productores de riqueza para los conquistadores y las necesidades de atención médica van dirigidas fundamentalmente a las clases dominantes, mientras las comunidades religiosas implementadas a lo largo y ancho de los territorios colonizados, como el principal instrumento de dominación, son los encargados de participar activamente en la atención de los enfermos, bajo el principio de "la caridad cristiana", período este que se

prolonga en el tiempo hasta después de la época propiamente colonial, avanzado el siglo XIX. Las primeras universidades se fundaron en el siglo XVI en Santo Domingo y en México.

Una de las consecuencias de la Revolución Francesa fue el cambio de su vieja universidad cerrada, eclesiástica y aristocrática del medioevo, por otra que se inició con la empresa revisionista de los enciclopedistas. Napoleón creó nuevos conceptos de enseñanza superior en Francia, con la intención de consolidar la nacionalidad; por lo tanto el objeto inmediato de la institución era servir al Estado. En los cincuenta años posteriores a la reforma napoleónica de la universidad, Francia tuvo el mayor desarrollo intelectual y científico de su historia. A pesar del seccionamiento de la universidad, que estaba compuesta de múltiples unidades académicas descoordinadas, su modelo fue sustituyendo los modelos ibéricos en la América Latina, los cuales se fueron convirtiendo en galos paulatinamente, para aprehender el conocimiento que estaba inundando al mundo, sobre todo en el campo médico. Asimismo, la influencia económica, a través del comercio, fue determinante del modo de influenciar el desarrollo de lo francés en nuestro medio.

La universidad norteamericana surge como un retoño de las universidades inglesas; sin embargo, no se ajusta a los esquemas tradicionales dominantes en aquel país europeo: Oxford y Cambridge, sino que sigue la orientación de las escuelas superiores de la provincia británica, que se acomodan con mayor facilidad programática, al desarrollo de las mismas provincias en sus aspectos tecnológicos. Lo cual los hace más adaptables a los grupos sociales europeos que se enclavaron en Norteamérica. Asimismo, se diferenció de la universidad burocratizante, clásica y civilizadora francesa, y constituyó otra modalidad institucional.

El desarrollo individual y comercial de los Estados Unidos produjo hacia la América latina un neocolonialismo. La dependencia económica determinó el cambio del modelo francés, en la enseñanza de la Medicina y por lo tanto de la Odontología, por el modelo que apareció en el país del norte, a partir de 1910 como consecuencia del informe Flexner. Este informe se originó en la necesidad del desarrollo del

conocimiento científico de las Ciencias Biológicas, como una de las bases del plan de desarrollo de la Medicina científicista, que se correspondiera con las exigencias del nuevo capitalismo monopolista financiero de los E.U.A., que garantizara, con su desarrollo tecnológico, la óptima reproducción de la fuerza de trabajo.

Una de las reacciones políticas producidas por el informe Flexner fue la de la profesión médica organizada, en relación con el cuestionamiento de varias instituciones formadoras de médicos, a los cuales por su insolencia llamaron "fábricas de títulos". Para su control se estableció un conjunto de requisitos para su funcionamiento a pesar de las propuestas de sus propietarios, ya que la mayoría eran entidades privadas, que tenían muy escaso personal de dedicación exclusiva, constituyéndose su personal docente por médicos de ejercicio privado y tiempo parcial.

En el momento actual la universidad latinoamericana se manifiesta, en su práctica concreta, siguiendo diferentes características que pudieran ser identificados en tres líneas que se resumen así:

- La Universidad Excelente o Eficiente, que se aleja de la realidad y se ubica en posición tecnocrática, ascética, aislada, teorizante, sin compromiso social, desarticulada en sus contenidos y objetivos, imitadora de lo foráneo y meramente informadora del conocimiento. Espera que el profesional formado al terminar sus estudios utilizará su saber, que es información, aplicándolo a la realidad, la cual para él constituye la gran incógnita. Su finalidad es formar profesionales, es función puramente profesionalizante, la cual a menudo conduce a la consideración de las llamadas ventajas comparativas, por lo cual el tercer mundo exporta, con eficiencia, materia prima, en forma de mano de obra especializada, y recibe, en cambio, la tecnología industrializada, elaborada en forma eficiente.
- La Universidad Contestataria Anárquica, que se caracteriza por su anarquía absoluta. Niega cualquier norma establecida del orden jurídico o legal, considerando que todo consiste en un orden represivo. Se espera únicamente la negación del orden y a veces la propuesta va hasta considerar que la única reivindicación es la muerte.
- La Universidad Democrática, comprometida y

científica, acoge una parte de la exigencia técnico-científica de la primera, y el aspecto deliberante contestatario de la segunda, dentro del orden legal y racional y se compromete en la participación hacia la transformación de la sociedad, transformándose a sí misma al mismo tiempo que produce y educa a los hombres.

La Universidad como parte de la sociedad no puede ser abstracción de la realidad económica, por lo tanto en nuestra formación social subregional parece servir a un determinado sector minoritario de la población. Se advierte que la América Latina no es un todo homogéneo y que en su caracterización los comunes denominadores se establecen con ligereza, como queriendo negar logros sociales ya alcanzados. De todas maneras, en términos generales, la universidad actual está dando prioridad al planteamiento de problemas complejos que atañen a las minorías, de manera funcional al sistema, sirviendo, con mucha frecuencia, a los gobiernos de turno, debido a la dependencia financiera y política

El proceso educativo latinoamericano, incluyendo el nivel superior en la universidad, ha venido considerando la educación como la capacidad del estudiante de almacenar datos o conocimientos y repetirlos y la ejecución de comportamientos predeterminados y no, la capacidad del hombre de explicar en forma totalizadora, su ubicación en el mundo, de adquirir responsabilidades y ejercerlas, de tomar decisiones y de actuar objetivamente, en forma crítica y creativa ante la realidad.

MARCO CONCEPTUAL

Por lo general los marcos conceptuales de las universidades subregionales no se encuentran explicitados en documentos. Se trata más bien de DECLARACIONES, que en forma retórica parecen garantizar cierta orientación y sustento, pero al analizarlos se encuentran sin solidez y por lo tanto es necesario proceder a buscar, entre líneas, y de acuerdo con la práctica, cuáles son los conceptos implícitos, para poder proseguir a evaluaciones o seguimientos globales del proceso.

DEPENDENCIA

Los logros cualitativos a través de la historia universitaria, aun cuando son puestos en peligro por la

interpretación dada, según el vaivén del poder. La autonomía es motivo permanente de polémica y en más de una circunstancia se ha considerado materia de aislamiento institucional y también de anarquía en la administración del conocimiento, al interior de las cátedras, un factor que ha influido, entre otros, se relacionan con sus aspectos financieros que aun por su mecanismo de acción, hacen que la autonomía, en tal sentido, sea no muy sólida. Asimismo, la dependencia política mantiene un control directo de la institución. No es raro encontrar que los rectores son nominados por gobernadores; ellos nominan a los decanos quienes, a su vez, repiten la acción en las jefaturas de departamentos y así se llega hasta los niveles menores, sin participación de las bases. Esto refuerza la supeditación, tan frecuente en la universidad, de servir a los gobiernos de turno.

ESTRUCTURA Y FUNCION

La estructura administrativa concentra el poder, centralizando acciones de sus constituyentes, que corresponden a unidades académicas o programas que con la denominación de facultades, escuelas, institutos y departamentos, funcionan inorgánicamente en forma paralela y aislada. No se da la interprofesionalidad programática activa y el camino multidisciplinario se ve lejano, porque las ciencias caminan cada una por su lado. Tal fenómeno se da tanto en pre como en posgrado, niveles que no tienen relación armónica ni racional, entre uno y otro, constituyendo, el segundo, casi exclusivamente una capacitación profesional del ejercicio de una especialidad.

Los medios y métodos pedagógicos dominantes son anticuados, no han evolucionado sustancialmente en sus aspectos cuanti cualitativos. La masificación, o el aumento del ingreso, no ha sido acompañado por el desarrollo de esos medios y métodos ni por otros recursos y se ha convertido en el problema sin solución de la universidad. El cupo, su resultado es el campo de batalla, técnico, político, e ideológico, en el cual se desgasta nuestra universidad cotidianamente.

Otro debate de envergadura es la cuestionada extensión universitaria que se ha interpretado, creo que no muy erróneamente, según su origen. Fue respuesta al aislamiento de la institución, de la realidad: del pueblo, de las necesidades y problemas colectivos, ya que siempre ha servido a las minorías. Ha sido una función justificante de su existencia, pero de una

postura paternalista, parcial, que de presencia mínima no ha pasado. Por lo tanto, el debate se da al plantear ahora que la extensión no es una función más de la universidad. Se debe entender como su esencial presencia en la realidad. La universidad no baja a la comunidad, está en ella y para ella. Es parte de la sociedad y debe contribuir con compromiso a la transformación de esta sociedad y por lo tanto de ella depende, buscando un mejoramiento de la calidad de vida de las mayorías: de todos.

RELACION CON LA SALUD

En la aproximación de la universidad a la salud es necesario, en primer lugar, hacer referencia al concepto de salud. Tal concepto ha evolucionado con el desarrollo de las ciencias biológicas y las sociales. Desde el misterio y la concepción diabólica de la enfermedad, posando interpretaciones religiosas del castigo al pecado. Se llegó a la era pasteuriana de la causalidad biológica. De esta etapa de la monocausalidad se pasó al nivel ecológico de multicausalidad y hoy se mantiene la tesis del concepto salud-enfermedad, como un proceso que en la colectividad forma una unidad dialéctica de sus componentes en el cual la enfermedad es la concreción. Es pues en la colectividad donde se da el fenómeno que tiene determinación social y no solamente lo social es un factor más causal, como lo contempla el enfoque ecológico de la multicausalidad.

La universidad ha venido aproximándose a la salud, solamente a través de sus unidades docentes del grupo salud: Medicina, Enfermería, Odontología, Salud Pública, etc. La razón ha sido el enfoque biologicista que se le da a este fenómeno social. A pesar de tener varias facultades, escuelas, o departamentos, la aproximación llevada a cabo ha sido desarticulada, sin trabajo interprofesional, y menos, por cierto, interdisciplinario.

Las relaciones extrauniversitarias con otras instituciones, principalmente de la salud, han sido muy incipientes y se han relacionado con un modelo de desarrollo educativo llamado preventivista, que concreta algunas acciones llamadas extramurales que no han logrado cambios en la práctica de salud, como fue la intención en el origen de esos modelos. A partir de la Declaración de Alma-Ata en 1978, apareció la Atención Primaria, como una respuesta estratégica, político social para enfrentar a la injusticia social y por

lo tanto a la falta de equidad para el acceso que el derecho a la salud, da a las mayorías desfavorecidas. Posteriormente, en nuestra región se propone y acoge una respuesta político administrativa que faculta a los países para la ejecución de estrategia de Atención Primaria, la cual se refiere a la descentralización de los sistemas de salud.

La universidad para acercarse a la salud, que es una de sus obligaciones primarias, tiene que considerar esas estrategias para incorporarse, en forma integrada

a la práctica de salud, la cual es la respuesta científico-técnica para contribuir al mejoramiento de la salud de la colectividad. Tal aproximación no es completa si continúa siendo responsabilidad exclusiva de las unidades docentes o facultades de la salud. Debe hacer una movilización programada de todas las dependencias y estamentos universitarios que tienen que ver con el proceso salud-enfermedad, para que las acciones sean interprofesionales, interdisciplinarias, interinstitucionales y multisectoriales.



Anexos

Programa de Trabajo

Lunes, 7 de Noviembre

8:30 a.m.	Instalación del Núcleo Básico.	10:00 a.m.	Receso.
9:00 a.m.	Antecedentes y metodología.	10:30 a.m.	Dr. Alberto Geiringer.
9:15 a.m.	El contexto económico y social Latinoamericano.		UC. Carabobo, Venezuela.
	Presentación de Sistema Económico Latinoamericano. SELA.	11:00 a.m.	Dr. David Gómez. ALAESP.
10:15 a.m.	Receso.	11:30 a.m.	Dr. Jorge Izquierdo. OFEDO. Perú.
10:30 a.m.	Presentación del Economista Manuel Rodríguez Mena. U.C.V.	12:00 m.	Almuerzo.
11:30 a.m.	Discusión General.	1:30 p.m.	La educación superior en el contexto latinoamericano. Comentarios.
12:30 p.m.	Almuerzo.		Dr. Alberto Arango. Colombia.
2:00 p.m.	Atención Primaria y Sistemas Locales de Salud OPS/OMS. Dr. Patricio Yépez.		Dr. José Silvio.
		5:00 p.m.	CRESALC- UNESCO.
			Discusión General.
3:00 p.m.	Contribución de la Universidad a la Atención Primaria. Dr. Leonardo Montilva. UCLA. Venezuela.	Miercoles, 9 de Noviembre	
		8:30 a.m.	Trabajo de Grupo.
3:30 p.m.	Receso.	12:00 m.	Almuerzo.
3:45 p.m.	Dra. Teresalina Grullón. UASD. República Dominicana.	1:30 p.m.	Trabajo de Grupo.
4:15 p.m.	Lcda. Elvira Rodríguez. ALADEFE, Perú.	5:00 p.m.	Trabajo de Grupo.

Martes, 8 de Noviembre

8:30 a.m.	Contribución de la Universidad a la Atención Primaria. Dr. Pedro de Armas. Universidad Francisco de Miranda, Coro, Venezuela.
9:00 a.m.	Lcda. Doris Acevedo. UC. (Maracay), Venezuela.
9:30 a.m.	Dra. Norma Núñez. UCV. Venezuela.

Jueves, 10 de Noviembre

8:30 a.m.	Trabajo de Grupo.
12:00 m.	Almuerzo.
1:30 p.m.	Trabajo de Grupo.
5:00 p.m.	Trabajo de Grupo.

Viernes, 11 de Noviembre

9:00 a.m.	Presentación del Relato General y Discusión.
11:30 a.m.	Clausura.
12:00 m.	Clausura.

Lista de Participantes

Dra. Doris M. Acevedo de Feo
Profesora Facultad de Ciencias de la Salud. Depto. de
Medicina Preventiva y Social. Universidad de
Carabobo, Núcleo Aragua. Maracay, Edo. Aragua.
Tlf. (043) 24150

Dr. Luis Alberto Arango Botero
Profesor Universitario (STC/OPS). Medellín,
Colombia.
Tlf. 242.82.14 / 242.34.34.

Dr. Antero Coelho Neto
Consultor en Recursos Humanos (OPS/OMS).
Caracas, Venezuela.
Tlf. 261.19.73.

Dr. Ignacio Basombrio
Director Alterno de Consulta y Coordinación del
Sistema Económico Latinoamericano (Sela).
Tlf. 951.42.46

Dr. Pedro Alejandro De Armas Hernández
Director Escuela de Medicina.
Universidad Nacional Experimental "Francisco de
Miranda". Coro, Edo. Falcón.
Tlf. (068) 51.48.82.

Dr. Alberto Geiringer
Profesor Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad
de Carabobo. Valencia, Edo. Carabobo.
Tlf. 42.06.50 (Hab).

Dr. David Rafael Gomez Cova
Dir. Escuela de Salud Pública,
Universidad Central de Venezuela
Presidente de la Asociación Latinoamericana y del
Carbe de la Enseñanza en Salud Pública (ALAESp)
Caracas, Venezuela.

Prof. Teresa Lina Grullón Castro
Prof. de Odontología, Universidad Autónoma de Sto.
Domingo, Rep. Dominicana.

Tlf.: 541.83.16

Dr. Jorge Izquierdo Márquez
Prof. Principal Facultad de Estomatología.
Universidad Peruana "Cayetano Heredia"
Lima, Peru.
Tlf.: 81.57.72 ext. 22

Dr. Luis López Grillo.
Decano Facultad de Medicina.
Universidad Central de Venezuela.
Caracas, Venezuela.
Tlf.: 662.75.23

Dr. Leonardo Montilva Najul.
Prof. Universidad Centro Occidental "Lisandro
Alvarado"
Barquisimeto, Edo. Lara, Venezuela.
Tlf.: 52.29.49

Dr. Elbano Pieruzzi Sánchez.
Sec. Ejecutivo Asociación Venezolana de Facultades
de Odontología. Facultad de Odontología.
Universidad Central de Venezuela.
Caracas, Venezuela
Tlf.: 987.79.75

Lic. Elvira Rodriguez Antinori.
Prof. Asociado del Dept. Académico de Enfermería
Materno Infantil y Comunitaria.
Universidad Nacional de Trujillo. Lima, Perú.

Dr. Manuel Rodriguez Mena.
Prof. Universidad Central de Venezuela.
Caracas, Venezuela.
Tlf.: 21.71.95

Dra. Marta Rodriguez de González.
Dir. Escuela Luis Razetti. Facultad de Medicina.
Universidad Central de Venezuela.
Caracas, Venezuela.
Tlf.: 21.16.67

Prof. Jesus Antonio Saturno Canelón. - Relator.
Prof. Facultad de Odontología.
Universidad Central de Venezuela.
Caracas, Venezuela.
Tlf.: 752.15.05

Dr. José F. Silvio.
Especialista en Educación Superior.
Programa de las Naciones Unidas para la Ciencia y la
Cultura, (CRESAL/UNESCO).
Caracas, Venezuela.
Tlf.: 261.13.51.

Dr. Patricio Yopez - Coordinador.
Consultor OPS/OMS.
Caracas, Venezuela.
Tlf.: 261.19.73



APOYO BIBLIOGRAFICO

- Fortalecimiento y Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud. (1988). CE-101/25. OPS/OMS, Washington. D.C.
 - Dra. Maria Isabel Rodriguez. (1987) Alternativas Transformadoras en la Educación Médica Latinoamericana. XIV Conferencia de Medicina, Quito. Ecuador.
 - Dr. David Tejada (1987) Las Universidades Frente al Reto SPT 2000. IV Conferencia OFEDO-UDUAL, Lima, Perú.
 - Las Universidades de América Latina y la estrategia mundial para lograr Salud para todos en el año 2000. Temas seleccionados del Relato General de la XIV Conferencia de Medicina. ALAFEM-UDUAL (1987), Quito, Ecuador.
-

CONTENIDO

Introducción	251
Relato Final	252
Ponencias	257
Dr. Patricio Yépez	
Consultor OPS/OMS	
Lic. Elvira Rodríguez	263
ALADEFE/Perú	
Dr. Leonardo Montilva	271
UCLA/ Venezuela	
Dra. Teresalina Grullón.	273
UASD/ Rep. Dominicana	
Dr. Pedro De Armas	276
Universidad Francisco de Miranda/Venezuela	
Lic. Doris Acevedo	281
Universidad de Carabobo/Venezuela	
Dr. Alberto Geiringer	284
Universidad de Carabobo/Venezuela	
Dr. David Gómez Cova	289
ALAESp	
Dra. Norma Núñez	293
Universidad Central de Venezuela	
Dr. Alberto Arango Botero	300
Universidad de Antioquia/Colombia	
Anexos	
Programa de Trabajo	304
Lista de Participantes	305
Apoyo Bibliográfico	306

La universidad latinoamericana 1a y la salud de la población



**Organización Panamericana
de la Salud / Organización
Mundial de la Salud
OPS/OMS**

**Unión de Universidades
de América Latina
(UDUAL)
ALADEFE
ALAFEM
OFEDO**

La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población

**Informe de la Reunión del Grupo Multidisciplinario
Contribución de la Universidad a la Atención Primaria
y a los Sistemas Locales de Salud**

**Organización Panamericana de la Salud / Organización
Mundial de la Salud (OPS/OMS)**

Unión de Universidades de América Latina (UDUAL)

**Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades
de Enfermería (ALADEFE)**

**Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas
de Medicina (ALAFEM)**

**Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos
de Odontología (OFEDO)**

Quito, 24-26 de mayo de 1989

INTRODUCCION

En Caracas, los días 11 y 12 de abril de 1988 se realizó la reunión conjunta de las Asociaciones Latinoamericanas de Ciencias de la Salud dependientes de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL); Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE), Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM) y organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología (OFEDO), con la Organización Panamericana de la Salud. Durante la reunión se analizaron varios temas relacionados con las líneas prioritarias de acción de interés común (Asociaciones/OPS) y su potencial de desarrollo en función de la salud de la población latinoamericana.

A través del análisis de la situación de las Asociaciones, se identificó la necesidad que cada una de ellas fortalezca su capacidad individual y alcancen cada vez mayor representatividad, esto sin desligarse del propósito fundamental de desarrollar un trabajo integrado que se concretaría en el Proyecto SALUDUAL, contando para el mismo con la cooperación técnica financiera de la OPS/OMS. El proyecto SALUDUAL tiene los siguientes objetivos:

- Inscribir el potencial de la Universidad Latinoamericana en la Meta Social SPT2000 a través de la estrategia de la Atención Primaria.
- Contribuir al trabajo conjunto de las Asociaciones de Ciencias de la Salud de la UDUAL, aumentando su capacidad científico-técnico en la función de la salud de la población.
- Cooperar con la OPS/OMS y los países en el fortalecimiento y desarrollo de los Sistemas Locales de Salud para avanzar en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud.

Dentro del Programa de trabajo el Proyecto SALUDUAL prevee la realización de una primera actividad conjunta, identificada como la Convención Latinoamericana de Ciencias de la Salud, la misma que se celebrará en la Habana 1991, y reunirá a las Facultades y Escuelas de Enfermería, Medicina y Odontología de la UDUAL, a otras organizaciones como ALAESP (Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública), ALAMES (Asociación Latinoamericana de Medicina Social) y la OPS/OMS,

con el abordaje del tema general denominado "La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población".

Esta CONVENCION se realizará sobre la base de la XV Conferencia de la ALAFEM/UDUAL e incorporará a su vez Conferencias Extraordinarias de la OFEDO/UDUAL y de la ALADEFE/UDUAL; además de las otras organizaciones señaladas anteriormente.

El tema general se distribuirá en tres temas particulares, así:

- I. Papel de la Universidad en la elevación del nivel de salud de la población.
- II. La universidad y la práctica de Salud.
- III. Contribución de la Universidad a la Atención Primaria y a los Sistemas Locales de Salud.

Para efecto de la metodología planteada se ha convenido que cada uno de los temas señalados sea coordinado bajo la responsabilidad de cada una de las tres asociaciones, así:

Tema I: ALADEFE

Tema II: ALAFEM

Tema III: OFEDO

Para la elaboración y discusión prevista de cada tema, se organizaron sendos grupos Interdisciplinarios, cada uno de los cuales tiene un núcleo básico constituido por un coordinador OPS/OMS y representantes de cada una de las tres Asociaciones.

El grupo básico coordinado por OFEDO, tuvo su reunión en la ciudad de Caracas, entre el 7 al 11 de Noviembre de 1988, y como fruto de dicha reunión se elaboró un documento de trabajo sobre el tema "Contribución de la Universidad a la Atención Primaria y a los sistemas locales de Salud".

En mayo de 1989, se reunió en la ciudad de Quito, bajo los auspicios de las Facultades de Ciencias Médicas y de Odontología de la Universidad Central del Ecuador, el grupo interdisciplinario, que analizó el documento de Caracas, y fruto de dicho trabajo es la presente publicación.

Relato Final

REUNION DE CARACAS

Entre los días 7 al 11 de Noviembre de 1988, se reunió en Caracas el Núcleo Básico sobre "La Contribución de la Universidad a la Atención Primaria y a los Sistemas Locales de Salud", que forma parte del Proyecto Saludual ("La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población") acordado por las Asociaciones Latinoamericanas de Ciencias de la Salud dependientes de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), en su reunión conjunta realizada en la misma capital, en abril de 1988.

Los participantes e invitados a este Núcleo Básico (médicos, odontólogos, educadores, enfermeras, economistas y sociólogos ligados todos al quehacer universitario), iniciaron la preparación del tema que servirá de base para el trabajo de un grupo interdisciplinario que, bajo la coordinación de la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología (OFEDO-UDUAL) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), se reunirá en Cuenca, Ecuador, en Mayo de 1989, como uno de los pasos previos a la Convención Latinoamericana de Ciencias de la Salud (La Habana, Abril de 1990) que estudiará la totalidad del Proyecto Saludual. Las palabras inaugurales del encuentro estuvieron a cargo del Representante de la OPS/OMS, Dr. Barry W. Whalley y del Vice-Ministro de Sanidad y Asistencia Social, Dr. Pablo Salcedo Nadal.

Las Ponencias

El núcleo escuchó ponencias que se orientaron de lo general a lo particular: desde las exposiciones de dos economistas acerca de la relación economía-salud a escala del sub-continente latinoamericano y del Caribe - vista luego en el contexto venezolano - hasta los planteamientos de la OPS/OMS y de los expositores vinculados a la docencia de salud que, dentro de su mayor especificidad, también aludieron a la gravitación del deterioro económico y social sobre los tres elementos que conforman el tema en estudio: La Atención Primaria, los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y la contribución que a ellos debe dar la Universidad Latinoamericana.

La visión continental de la relación economía-salud, expuesta por un representante del SELA, tocó sus aspectos políticos, sociales y los específicamente creativos. Entre los primeros señaló que, la crisis está dificultando a las democracias, la demostración de que son el sistema político más eficiente. Respecto a la deuda social apuntó que no solo se expresa en la injusta distribución de los ingresos, sino en la creciente desatención a la salud popular. Entre los aspectos económicos incluyó la lenta gestación de empleos respecto al aumento poblacional; la incapacidad para prevenir los cambios científicos-técnicos que, en los países industriales, han venido reemplazando a varios productos latinoamericanos como el petróleo y el cobre; la pérdida del mercado de la carne y el trigo (argentinos y uruguayos) debido al desarrollo de una producción altamente competitiva en Estados Unidos y el Mercado Común Europeo, y la fuga de capitales que ha sustituido a su acumulación e inversión local. Tocó también por supuesto, al problema de la deuda externa continental que, entre 1982 y 1987 subió de 292.000 a 410.000 millones de dólares, y el crecimiento poblacional para el que no bastará ninguna medida de contención o reubicación, si no se reestructuran las actuales políticas de gasto social. La segunda ponencia planteó el deterioro de la salud del venezolano con un enfoque que, seguramente, es válido para otras naciones hermanas, si nos atenemos a las cuatro evidencias que lo sustentan: insuficiencia de servicios públicos por continua disminución de sus partidas presupuestarias; encarecimiento de bienes y servicios de atención en salud; descenso del nivel nutricional por el alza de los alimentos, y aumento de la pobreza. Igualmente compartidas por la mayoría de los países del continente deben ser las causas que señala para esa situación crítica: La caída en los precios de los productos de exportación y la política de pagos de la deuda externa, generadoras, ambas, de déficit fiscal y de la balanza de pagos, así como del descenso de las reservas monetarias. El ponente subrayó que se trata de una crisis estructural.

El análisis de esta última ponencia permitió asomarse a dos alternativas que podrían derivar de la decisión de reducir los pagos de la deuda: la inversión

de ese ahorro en políticas de beneficio social, o su aprovechamiento total o parcial por los sectores dominantes de nuestras naciones.

La OPS/OMS hizo un necesario replanteamiento del compromiso signado en Alma Ata y del concepto de Atención soslayado, o desvirtuado y disminuido a través de programas que para nada afectan a los sistemas tradicionales de salud, que son la antítesis de los cuatro pilares aprobados por aquel consenso universal: 1) Participación del pueblo, 2) Acción intersectorial, 3) Desarrollo y utilización de tecnología apropiada y 4) Descentralización y reorientación total del sistema de salud.

La movilización y participación del pueblo organizado es la condición indispensable y el EJE CENTRAL de la política de salud para alcanzar, mediante la estrategia de Atención Primaria, las características de equidad, eficiencia, cobertura universal y participación social que deben tener los sistemas locales (SILOS), surgen como el rediseño poblacional, territorial y administrativo del Sistema de Salud, ya que desde la identificación de las necesidades de la población, hacen posible la articularción de los recursos, la adecuación a la realidad y la responsabilidad compartida con la población, además de estimular la programación local y la evaluación social.

Junto a la esperada diversidad de los enfoques y propuestas -que no solo deriva de los diferentes quehaceres de sus autores, o del predominio conceptual o pragmático de sus contenidos a las ponencias cobijadas bajo el título general de "Contribución de la Universidad a la Atención Primaria" evidenciaron el acento de situaciones compartidas por muchos pueblos e instituciones latinoamericanas, que son signos de la crisis estructural: magnitud de los problemas sociales y económicos; la falta de equidad expresada por la ascendente concentración de recursos -educacionales, de salud y de todo tipo- en manos de los menos, y por su carencia o precariedad para los más; las imposiciones tecnológicas e ideológicas asociadas a ese esquema; las restricciones a la participación popular en la identificación de sus carencias, y más aún, en la determinación de las formas de atenderlas; las contradicciones de la institución y la enseñanza universitarias frente a su papel ante las necesidades colectivas, circunstancias estas -y muchas más- que,

aunque siempre estuvieron presentes, ahora multiplican discriminatorio del pago de la deuda externa.

La discusión abierta acerca del tema "La Educación Superior en el Contexto Latinoamericano", presentado por un Representante de la UNESCO, generó elementos adicionales a ser considerados en la relación Universidad-Sociedad y muy concretamente en la contribución de aquella a la estrategia de Atención Primaria: por una parte, las crecientes limitaciones financieras de las universidades públicas, y por la otra, el notable aumento de instituciones privadas de enseñanza superior en varios países del continente, muchas de ellas motivadas, fundamentalmente por el afán de lucro.

El Trabajo de Grupo.

Las labores del único grupo de trabajo se desarrollaron en base a dos grandes temas: 1) Misión y función de la Universidad en la Sociedad Latinoamericana y la salud del pueblo: Responsabilidad de la Universidad en la Atención Primaria y en los Sistemas Locales de Salud.

1) Misión y Función de la Universidad en la Sociedad:

El sentido, la misión y el compromiso de la Universidad Latinoamericana no puede ser un constructor teórico históricamente abstracto en un continente plagado de injusticia y miseria social.

Misión y compromiso cobran sentido si están referidos a un proyecto que, como escenario alternativo, esboce la sociedad deseable y posible en la cual se eliminen los obstáculos estructurales que impiden el desarrollo pleno del hombre, se haga posible la democracia como realidad económica y social y, por ende, la resolución de las necesidades básicas de los sectores desamparados y desposeídos de nuestros países.

Este planteamiento teleológico sobre-determina las misiones éticas, socio-políticas y tecno-científicas que pueda tener la universidad. El proceso de cambios cuantitativos que socialmente se generan con la participación de la universidad, tendrá sentido en la medida que no se pierda la perspectiva de la necesaria transformación cualitativa del todo social, como

proyecto estratégico y compromiso esencial.

En el contexto mencionado, la misión fundamental de la universidad latinoamericana es contribuir al proyecto histórico de construcción de una sociedad más justa y democrática. Ello implica un compromiso ético, socio-político y científico-técnico, orientado a estudiar e interpretar la realidad social, identificar los principales problemas, esclarecer su naturaleza y causas, plantear y ensayar formas para su enfrentamiento y difundir y promover debates de esclarecimiento acerca de tales búsquedas y hallazgos, especificando sus posibilidades y limitaciones.

La Universidad debe asumir un liderazgo en defensa de la vida humana y del conjunto de los derechos humanos fundamentales internacionalmente reconocidos, enfatizando en el derecho al trabajo, la educación, la salud, vivienda y recreación. Asimismo, la universidad, autocríticamente, debe rectificar su aislamiento de los sectores populares, incorporándose al trabajo democrático en y con la comunidad organizada.

Para el cumplimiento de estos fines, es necesario fortalecer el proceso de integración de la DOCENCIA-SERVICIO- INVESTIGACION interdisciplinaria e intersectorial, trasladar sus acciones académicas al seno mismo de la comunidad, haciendo efectivos, los principios de aprender haciendo y aprender transformando.

Este proceso conlleva al compromiso de fortalecer la interacción creativa entre las organizaciones comunales, las instituciones de servicios y el aporte directo de la universidad. Es, pues, dentro de la propia sociedad donde la universidad debe dimensionar sus misiones y funciones.

Resulta necesario replantear la misión socio-política ya que, en buena medida, ella le da dimensión y perspectiva a las otras; a este respecto la universidad debe realizar su inserción en la Sociedad Civil, incorporándose y promoviendo un liderazgo colectivo para el proceso de transformación social; debe profundizar su presencia como espacio de discusión y análisis desde la óptica de las grandes mayorías, con las cuales existe hoy una deuda social; debe fortalecer la profundidad de su crítica al estilo de desarrollo económico-social generador de lo que actualmente padece nuestra región, así como viabilizar propuesta

sobre desarrollos alternativos que tengan como norte el incremento de la calidad de vida de la sociedad como un todo. La presencia universitaria en la sociedad no debe darse solo en el planteamiento discursivo, sino a través de un trabajo integral con las colectividades tanto en la esfera del análisis como en la solución de los problemas identificados.

Esta misión socio-política revaloriza la misión ética de la universidad, al afirmar que sus funciones no están al margen de las necesidades sociales actuales y futuras; le da un rango cualitativamente diferente al proceso de discusión en la búsqueda de la verdad al incorporarse al proceso de búsqueda que desarrollan otras instancias de la sociedad y por último, el proceso de formación personal adquiere un estatus diferencial al centrar sus esfuerzos en educar y formar ciudadanos por encima del simple adiestramiento o formación profesional, eso sí, sin descuidar la calidad científico-técnica que éstos deben tener.

La misión académica de la universidad latinoamericana de esta época debe estar orientada por la integridad de los procesos de investigación, docencia y comunicación con la sociedad, así como por el abordaje multidisciplinario e interdisciplinario a la búsqueda de una mejor aplicación, y por ende, a la solución de los problemas. Este proceso académico debe tener como eje el trabajo conjunto de estudiantes, docentes y comunidades en los procesos de educación, construcción del conocimiento y solución de las dificultades.

2) Responsabilidad de la Universidad en la Atención Primaria de Salud y los Sistemas Locales de Salud:

El Núcleo Básico III considera que la "Declaración de Alma Ata", la "Estrategia de Atención Primaria de Salud" y la meta social de "Salud para Todos en el Año 2000", en conjunto, constituyen un importante hito histórico, por cuanto se legitima y refuerza el derecho a la salud como un derecho humano fundamental; asimismo por que esclarece que dicha meta social no será posible sin un cambio social y económico que garantice condiciones adecuadas de vida, trabajo y recreación para toda la población, complementadas con un programa sanitario ajustado a cada realidad social, cuyo protagonista debe ser la propia comunidad, a la cual se incorporará el aporte técnico de las instituciones de servicio, universidades y otras.

Por consiguiente, es responsabilidad de la universidad latinoamericana asumir plenamente la "Estrategia de Atención Primaria de Salud", difundirla, desarrollarla y potenciarla, por su coherencia con la aspiración de un modelo latinoamericano de sociedad más justa y democrática. En última instancia, se trata de una estrategia para democratizar la salud, inmersa en un proceso más amplio de democratización de la sociedad total.

Dentro de esa perspectiva las responsabilidades específicas de la Universidad Latinoamericana en la APS y los SILOS debe orientarse hacia tres procesos fundamentales:

- De esclarecimiento y toma de conciencia
- De planificación de programas y acciones con potencial transformador.
- De ejecución y análisis de experiencias interdisciplinarias e intersectoriales en realidades sociales prioritarias.

a) **Proceso de esclarecimiento y toma de conciencia:** Este comprende tres ámbitos principales:

Ambito Científico-técnico: Se refiere a la necesidad de desarrollar modelos alternativos frente a la concepción cientificista flexneriana acerca de la salud y la educación, que superen el abordaje biologicista y clínico limitado al individuo, y desplieguen todo el potencial de la visión socio-epidemiológica, desplazando el actual énfasis en la enfermedad de la salud.

Ambito Socio-Político: Debe asumir la defensa del proyecto histórico latinoamericano, con el cual es plenamente coherente la Estrategia de APS.

Ambito Etico: Debe promover corrientes de opinión y organización que refuercen la búsqueda principal

b) **Proceso de planificación de programas y acciones con potencial transformador:**

En este proceso se considera crucial la aplicación de los principios metodológicos de la APS en todas las facetas del quehacer académico:

- Integración, Docencia- Servicio - Investigación.
- Investigación - acción como eje orientador.
- Participación de la comunidad organizada como protagonista principal.
- Abordaje interdisciplinario e intersectorial.
- Aplicación de los postulados de tecnología apropiada y del enfoque de riesgo.

c) **Proceso de ejecución y análisis de experiencias interdisciplinarias e intersectoriales:**

Es en este proceso donde la propuesta de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) tienen un alto valor estratégico. Solo mediante estas experiencias integradoras podrá avanzarse en el manejo de situaciones concretas, ya que los SILOS tienen una intencionalidad de descentralización, es decir, de transferencia de poder del nivel central hacia los ámbitos periféricos. Es en este proceso donde deben plantearse creativamente las distintas opciones de roles y liderazgo entre las organizaciones comunales, las instituciones de servicio y la universidad.

El proceso de desarrollo y consolidación de los Sistemas Locales de Salud le plantea retos importantes al quehacer universitario. En primer término porque es en ese espacio donde se concretan las actividades de Atención Primaria, y en segundo lugar, porque la población que configura ese sistema local es el entorno inmediato de la misma universidad y, por esencia, su razón de ser.

La universidad, a través de sus misiones y funciones puede ayudar a consolidar los procesos políticos que se dan en el marco de la descentralización y de la coordinación intersectorial. Con su capacidad científico-técnica, puede, conjuntamente con la comunidad, generar un mejor conocimiento sobre las condiciones reales de existencia y las alternativas para su transformación.

El reto fundamental se presenta en la interrelación entre comunidad y universidad. Los SILOS permiten concretar formas de participación y movilización social que deben ser pauta esencial de primer orden para la acción universitaria. La participación activa de la población garantiza el avance de ésta hacia la meta de ser gestora de su propia transformación, proceso en el cual se inserta la cooperación de la universidad junto con otras instituciones.

3) **Plan de actividades hasta la Conferencia conjunta de La Habana de 1991**

El núcleo Básico III acordó establecer una serie de pasos que, a partir de esta fecha y hasta la Conferencia conjunta, servirán para promover los materiales preparativos de dicho encuentro, helos aquí:

- A) Desde noviembre de 1988 hasta mayo de 1989 (Reunión de Cuenca, Ecuador) los componentes de este núcleo deberán:

- 1) Difundir y discutir el presente relato en sus ámbitos de trabajo, preferiblemente en talleres de discusión con grupos interdisciplinarios.
 - 2) Distribuir localmente entre las personas y sectores interesados los materiales presentados en este Núcleo.
 - 3) Constituir grupos de trabajo, a fin de recuperar y organizar en un consolidado, el mayor número posible de experiencias sobre el tema de este Núcleo.
 - 4) Propiciar el análisis de problemas específicos y hacerlos llegar a la Coordinación de este Núcleo para su difusión.
 - 5) Remitir a la Coordinación del núcleo los aportes de las discusiones locales, a fin de llevarlos a Cuenca en un conjunto integrado por el presente relato, los aportes mencionados y las experiencias recopiladas.
- Por su parte, la Coordinación deberá remitir este relato a los otros Nucleos Básicos.

B) Desde mayo de 1989 (Cuenca) hasta la Conferencia Conjunta:

- 1) Editar y difundir el documento producido en Cuenca, y propiciar reuniones para su análisis.
- 2) Intercambiar con los otros grupos interdisciplinarios el producto de las respectivas discusiones, sea para analizarlos conjuntamente, por separado, o en talleres con intercambio de información. En cualquier caso, los resultados de tales análisis deberían ser recogidos en un informe consolidado para difundirlo localmente.

C) Convención de La Habana:

- 1) Se acordó recomendar la mayor interdisciplinariedad de sus componentes
- 2) Igualmente se acordó sugerir una extensión del tiempo de la reunión para la discusión de experiencias particulares

Comentarios

COMENTARIOS AL DOCUMENTO "LA UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA Y LA SALUD DE LA POBLACION" OPS/UDUAL. Fernando Salazar M.

EL ESTADO Y LA UNIVERSIDAD EN LA HISTORIA

Las universidades en América Latina van apareciendo por intervención de los intelectuales que una vez que adquirieron este estatus en cada país y con una orientación de acuerdo a las escuelas de pensamiento en las que recibieron su formación, lideran la apertura de escuelas de formación de profesionales de nivel superior; alrededor de las profesiones clásicas.

De la misma manera que las universidades se articularon a las políticas de la iglesia en las etapas precapitalistas, se articulan en el capitalismo a las

necesidades de formación de cuadros políticos y técnicos.

Articulación que se desarrolla en medio de una elevada complejidad, que al desagregarla se encuentra la forma como responden a las necesidades de la organización estatal y como, en algunos casos, la autonomía relativa de que es objeto, se hipertrofia dando una falsa apreciación de autonomía.

La afinidad y correspondencia de las universidades a los grupos de poder, depende especialmente del

grado de desarrollo, madurez y consolidación de estos grupos, elementos que permiten controlar en mayor o menor grado el progreso y crecimiento universitario.

Esta condición permite identificar de manera diferencial, las necesidades estatales y en la gama de un mediano y bajo crecimiento como clase social dominante, la adecuación es directamente proporcional.

Esta unidad configura una diversidad con los grupos de intelectuales que disienten con los puntos de vista hegemónicos y que de manera coyuntural pueden convertirse en los portavoces de las instituciones universitarias, especialmente en épocas de crisis.

Estas son las dos vertientes contradictorias que explican de manera cotidiana a las universidades, cada una de las cuales de acuerdo al entorno en el que se desenvuelven, lideran o juegan un papel secundario en el quehacer universitario y nacional.

En la época actual, donde la mayoría de países de América Latina vive un capitalismo dependiente, estamos frente a una universidad deliberante y contrahegemonizante, que haciendo uso de su autonomía relativa (que en ocasiones ha sido consagrada en la constitución y las leyes), le permite una mayor influencia, especialmente en los grupos no dominantes más decaídos.

La posición hegemónica dentro de las universidades, se encuentra en receso y de manera intermitente hace apariciones a la palestra política con un elevado nivel de desgaste, que es herencia del manejo que estos grupos han realizado en los estados o en su defecto hacen presencia por la fuerza, junto a las dictaduras militares o gobiernos de facto.

Las posiciones democráticas que reclaman una mejor distribución de los bienes de un país, se han sembrado hondo en las universidades y han desplegado jornadas de diferente orden que incluso han desestabilizado posiciones de poder de las clases dominantes. El estado sigue nutriéndose de los técnicos que forman las universidades y que necesita para ejecutar sus funciones, orientar sus políticas, implementar sus estrategias; esto dice de la adecuación que en medio de todas las dificultades sigue manteniendo la universidad con el estado, del cual es uno de sus estamentos. Sobre el cual no puede tener el

control absoluto, sino de manera indirecta por la autonomía que se ha ganado la institución, en la mayoría de las ocasiones luego de importantes jornadas de lucha.

Este espectro que configura la universidad explica de manera sensible como en la mayoría de los sitios de América Latina, esta va dejando de responder estrictamente a los intereses del estado y por ende de las clases dominantes. Paradójicamente solo a condición de responder a esos intereses puede plantearse una posibilidad de crecimiento y desarrollo. Este es uno de los retos históricos que debe sortear la universidad latinoamericana.

LA CONTRIBUCION DE LA UNIVERSIDAD A LA META SPT 2000

La universidad políticamente puede presentar varias posiciones de frente a las políticas internacionales o de cooperación entre los países, las razones se encuentran en la forma como se desenvuelve y de la dinámica de sus contradicciones.

La universidad puede dar giros importantes y vertiginosos si a su interior se ha producido cambios en el ejercicio del poder, de tal manera que la institución como tal puede aparecer ligada a ciertas políticas del quehacer de un país, mientras dura el ejercicio de cierto grupo político que logró captar una posición de gestión universitaria y que beneficia esas políticas.

En este sentido ha habido todo tipo de posiciones en relación a la meta SPT 2000 y su estrategia Atención Primaria de Salud, desde la más rancia oposición hasta la más frenética defensa, criterios que por igual parten de supuestos teóricos, que en lo político encuentran diferencias en la forma de calificar a la realidad y por lo tanto se proponen distintas formas de relacionarse con ella.

Así planteada la situación de las universidades, se asume que, históricamente éstas no van a responder políticamente a los intereses de los grupos dominantes, a no ser que se trate de universidades privadas o religiosas, con claro compromiso de adecuación a la estructura o existan momentos de control del poder de las universidades estatales a cargo de grupos identificados con los grupos de poder.

En este sentido, se prevee una universidad

deliberante que establece como mínima condición para participar, el beneficio de los grupos no dominantes con los cuales se identifica. La SPT y la APS, están dirigidos para esos grupos, sin embargo, el supuesto teórico que le sustenta es parte de una discusión, en la cual se pone en duda su objetividad. En verdad, estas discusiones han sido la tónica en este campo, es decir, la posibilidad de una teoría de alcanzar totalidad, en base a la negación del resto de teorías, pero, el principal señalamiento que se hace a esta teoría es la estrecha vinculación y servicio que realiza a los grupos dominantes.

Es necesario explicitar, que no hay grupos de teóricos al servicio de tal o cual tendencia política ni organismos en los cuales se identifique tal relación, es un mecanismo no apariencial que se halla en la esencia o filosofía de los supuestos teóricos que anima cada actividad.

La universidad entonces, debe contribuir en concederle objetividad a la propuesta teórica de SPT y APS, adecuándola a las particularidades y especificidades de cada país, que no es en el sentido más estricto una mera adecuación administrativa o política, sino fundamentalmente una readecuación teórica, que implica un replanteamiento de sus bases, en función a las necesidades de cada país y dentro de él, de cada sector y subsector identificable.

Para cumplir este cometido, la universidad debe acceder a aquellos grupos de docentes e intelectuales que en América Latina, están utilizando las teorías que mejor interpretan la realidad nacional, sectorial, regional o subregional. A no dudarlo esto plantea ciertas contradicciones y diferencias, medio en el cual inevitablemente debe aprender a caminar la APS y SPT.

El identificarse estrictamente con los grupos de poder de cada país, no permitirá un crecimiento acelerado, lo contrario, irá desacelerando su crecimiento, hasta convertirlo en un simple apéndice de las políticas nacionales, sobre las cuales existe en América Latina, importantes cuestionamientos de falta de objetividad, a través de los movimientos sociales, que han ido alcanzando enormes espacios de opinión, espacios que en buena parte también son legitimadores, pero que en el campo político son abiertamente deliberantes.

LA OBJETIVIDAD Y LA OPERACIONALIZACIÓN DE LAS METAS Y ESTRATEGIAS NACIONALES E INTERNACIONALES.

Los organismos responsables de la salud de los países, utilizan de manera sistemática modelos que han servido para la organización y funcionamiento de los sistemas nacionales de salud. Su característica es lograr el mayor beneficio al sistema, al menor costo y dentro de ésta se han desarrollado una gama de posibilidades que modifican ciertos mecanismos administrativos y técnicos, pero no el supuesto teórico. El diseño e implementación de modelos ha logrado organizar un sistema que ejecuta acciones, muchas de las cuales, no han alcanzado el valor de uso que se propusieron, el desfase que se advierte entre el modelo y su bondad, es el principal cuestionamiento que se hace a los sistemas de salud.

El cuestionamiento toca los supuestos sobre los que se asienta. La organización de servicios de salud, establece diferentes niveles de complejidad, en los que se identifica una importante desagregación orgánica y funcional y en algunos casos, se optimiza los recursos humanos y financieros. Sin embargo, el proceso que se quiere corregir no sufre una modificación ostensible en relación a la inversión realizada sobre ella o en su defecto, se modifica, pero vuelve por su condición de morbilidad o regida por regularidades patológicas, una vez suspendida la intervención.

Este comportamiento ha llevado al sistema de salud a fortalecer áreas en las cuales, supuestamente con el perfeccionamiento del modelo se va a obtener resultados exitosos, condición que en ciertas épocas se cumplió y que dió lugar a la perfección de ciertas opiniones teóricas de administración formal. Con el aumento de la complejidad de las relaciones sociales y ecológicas, este mecanismo cada vez ha perdido efectividad, incrementando los índices políticos y técnicos, toda vez que este sector debe servir además como fuente de legitimación del sistema.

La posibilidad de encontrar procesos directrices y procesos intervinientes en el objeto de trabajo del sector salud, es el reto a resolver en la presente etapa. A través de la construcción de pares de contradicción, que compartan condiciones de unidad y diferencia, que para el caso de salud implica identificar al proceso de la oferta de servicios como una condición de la unidad,

cuya contraparte viene a ser el proceso de la demanda de los mismos.

En este contexto, el sistema de salud debe adquirir una nueva forma de aproximación a su objeto de trabajo, la demanda, la misma que tiene una dinámica propia y una propia forma de expresión, una de las cuales es la morbilidad, que no tiene una independencia, sino que forma parte activa del proceso en cuestión.

En este sentido la oferta no se supone sola, se supone en función a la demanda. Por su parte la demanda existe en razón de la oferta. Esta totalidad es bidireccional entre sí, más no en sí misma. En la actualidad, esta es la concepción que subyace en la organización del sistema de salud, el considerar al proceso de la oferta como una totalidad bidireccional

en su interior, condición que hace posible explicar que la organización de los servicios parte de acciones de salud a ejecutarse y las evalúa, las reprograma y reproduce en un ciclo de programación—ejecución—evaluación, que no está en capacidad de percibir las modificaciones que se producen en las poblaciones, pues lo que se hace es aproximaciones cuantitativas.

Este es el sendero que debe trabajar la universidad, donde juega un papel definitivo. El camino de la perfección de técnicas consume tiempo y recursos y tiene poca efectividad. La reorientación de los sistemas de salud y de los niveles operativos de SPT y APS, son las condiciones para alcanzar efectos diferenciales en el proceso salud enfermedad.

Quito, Junio de 1989

LA UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA Y LOS SISTEMAS DE SALUD

Nelson Reascos Vallejo

"Al estar la mortandad infantil y la esperanza media de vida en proporción con los gastos (entre otros factores), se puede afirmar, sin contradecirse, que el capital fija previsoramente la duración de la existencia media de las diferentes capas sociales y distribuye su sentencia de muerte"

Jean Claude Polack

El debate sobre políticas, programas y estrategias de la atención de salud que se realiza en nuestras universidades, ha soslayado, en nuestro criterio, dos aspectos conceptuales que inciden, negativamente, en la comprensión global del problema:

1. La Salud como derecho y necesidad de la sociedad civil. Desde esta perspectiva, la salud es instrumento y fin de la realización humana
2. La Salud como necesidad y condición del Estado. El Estado, como estructura de poder (dominación) y como estructura de mediación parcializada en la lucha de los distintos sectores sociales y productivos, necesita de la salud como condición básica para asegurar la producción económica y la reproducción social que le permita constituirse, consolidarse y perpetuarse.

El punto de vista que se adopte para el análisis teórico (el derecho de la sociedad o la necesidad del Estado) determinará el sentido, el alcance y la respuesta a la problemática. Ello no obstante, en el funcionamiento real se presenta como correlativos e indiferenciables.

El diagnóstico sobre la situación de morbi-mortalidad en la población de América Latina prueba, hasta la saciedad, que son los niños, las mujeres, los indígenas, los subempleados, es decir, los sectores de menor participación en el aparato productivo, son los que presentan el mayor deterioro de las condiciones de salud. El Estado agrario tradicional, con grandes excedentes de mano de obra barata, no tenía la "urgencia" de atender a estos sectores. En cambio, a partir de la década de los años sesenta, el nuevo estado industrial y modernizante, necesita incorporar, planificadamente, al proceso productivo a amplios sectores de la población para cuyo logro necesita de mínimas condiciones de

salud, que, por otra parte le garanticen que la sociedad civil no pierda confianza en el sistema capitalista que ahora se presenta con "rostro humano".

La concepción tradicional de la Salud-enfermedad estaba articulada a las necesidades del Estado agrario, y, por ello, la medicina estaba circunscrita a su dimensión biológica, curativa, reparadora (y aun mutiladora) toda vez que contaba con ingentes reservas de mano de obra fácilmente reemplazable en virtud del altísimo índice de crecimiento demográfico. Hoy, por el contrario, el Estado necesita reducir significativamente la mano de obra debido a la modernización y tecnificación del aparato productivo. Ello exige varios cambios. En primer lugar, reducir el crecimiento poblacional y capacitar la mano de obra. En segundo lugar, incorporar en el proceso productivo a todos los sectores en condiciones aceptables de rendimiento. Finalmente, necesita reducir al máximo el costo social de esta transformación. En el ámbito de la salud, esto conlleva a una redefinición y reformulación del problema, toda vez que los costos del rastreo, prevención y atención de la enfermedad —y muerte— merman, significativamente, la rentabilidad y la producción. Ello explica, en nuestro criterio, el surgimiento de nuevas políticas, programas y estrategias de salud, que, paralelamente, han dado lugar a una nueva concepción de la Salud-enfermedad. El desarrollo económico y la salud de las comunidades se constituyen en ejes de preocupación.

La situación de salud, tal como lo reconocen los organismos internacionales y los investigadores universitarios, está en íntima relación con las condiciones generales de vida: trabajo, salario, canasta familiar, nutrición, dotación de servicios, recreación, etc. Por todas estas razones, la Medicina Social, sin menoscabo del aspecto clínico, se constituye en el nuevo andamiaje conceptual y referente teórico para la comprensión de los hechos de salud y enfermedad y en la nueva orientación que la prestación de servicios de salud debe tener. Este enfoque social de la medicina bien puede, como queda dicho, responder a los intereses del Estado y/o a los más genuinos intereses de la sociedad civil.

La particular situación de crisis económica por la que atraviesa América Latina exige, sin renunciamiento alguno, una diferente orientación de la producción de conocimientos para la formación de recursos humanos y la práctica médica. La deuda externa, la inflación, la pérdida adquisitiva de los salarios, el desempleo y subempleo, la pobreza absoluta, la destrucción del medio ambiente, etc., vuelven ineficaz al servicio de salud y convierten al problema, en lo inmediato, insolucionable, mientras persistan las condiciones lacerantes de vida de los pueblos latinoamericanos. Frente a problemas estructurales solo caben respuestas del mismo tipo. Sin embargo, la gravedad del problema implica el rechazo a cualquier posición cómoda que pretenda "esperar" la transformación estructural para recién ahí buscar la solución. En tal virtud, la Universidad debe aprovechar todos los espacios disponibles para interesarse, responsablemente, en la búsqueda de alternativas válidas que mejoren el cuadro negativo de la salud. La Universidad, como institución social, ha reproducido ideológicamente las necesidades que el Estado le imprime, si bien con algunas contradicciones. Tres son, a nuestro juicio, las funciones específicas que definen el quehacer universitario:

1. La producción de conocimientos científicos y la elaboración de teorías generales para la comprensión particular de la realidad, como resultado de la Investigación Científica.
2. La reproducción de conocimientos científicos que asegura la formación básica de los universitarios y genera una relativa capacidad de divulgación de conocimientos.
3. La reproducción de conocimientos con carácter profesional como respuesta a las exigencias de la sociedad y Estado.

La Universidad Latinoamericana ha estado limitada, principalmente, a estas dos últimas funciones. Varias son las razones que explican este fenómeno: la falta de recursos económicos para la investigación científica, ha convertido en repetidores acríticos de conocimientos producidos en centros que son ajenos a nuestra realidad. A ello hay que añadir que, en nombre del primado del Ser sobre la conciencia y del primado de la práctica sobre la teoría, se ha renunciado erróneamente a la producción de conocimientos propios y que, contrariamente, ha dado lugar a una mayor dependencia científica y tecnológica con los países hegemónicos. Desde esta perspectiva somos consumidores de conocimientos y hemos quedado al

margen de la revolución científico-técnica del mundo desarrollado. El carácter positivista y profesionalizante que la Universidad ha privilegiado en la formación de recursos humanos se visualiza, con nitidez, en la preparación del personal de Salud quienes, en su mayoría se han dedicado a la práctica artesanal y privada de servicios. La revisión de los "Pensums" de estudio y del perfil profesional así lo prueban.

Contradictoriamente, ha sido en la misma universidad donde más sensiblemente toman fuerza las reivindicaciones y derechos de la sociedad, en general, y la exigencia de demanda de servicios de salud, en particular.

Con estos antecedentes, nos permitiremos realizar algunos comentarios al documento, elaborado conjuntamente entre OPS y las Facultades de Medicina, Enfermería y Odontología de las Universidades Latinoamericanas, que discute la posibilidad y necesidad de mutua colaboración en el programa SPT 2.000 cuyas estrategias son: la Atención Primera de Salud (APS) y los Sistemas Locales de Salud (Silos). La meta SPT es una resolución de la Asamblea Mundial de Salud (Alma Ata, 1978) cuyo objetivo central es "lograr que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de Salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva". La política, las metas, los programas y las estrategias han sido elaborados por la OMS. Caben aquí los primeros interrogantes: ¿Que participación tuvo la Universidad Latinoamericana, como institución, en la elaboración de estas metas y estrategias? Fueron ampliamente discutidos estos documentos en la Universidad? ¿Está resuelta la participación universitaria en estos programas? ¿Cuál es la función específica que la Universidad tiene para sí dentro de este proyecto? ¿Que grado de autonomía tendrá la Universidad en la ejecución particular y específica de este programa? ¿Una eventual no-participación de la Universidad en este programa afectaría realmente a su ejecución? En su inmediatez estas preguntas podrían parecer innecesarias. Sin embargo, en nuestro criterio, son relevantes toda vez que su clarificación impedirá que la Universidad cuafafpla el papel de legitimadora de acciones, que más allá de su sana intencionalidad, bien pudieran producir efectos contrarios a los intereses de la población. Casi siempre las acciones y programas surgidos de una voluntad externa han contribuido a generar nuevos y más sofisticados mecanismos de control social. Y aquí caben las preguntas más importantes: ¿Que participación tuvieron

los sectores interesados? ¿Estos programas y acciones surgieron desde las iniciativas de la misma población? si se habla de participación comunitaria, ¿qué participación tuvieron en la elaboración de estas "soluciones"? La población, a través de sus organismos representativos, ¿propiciaron respuestas y soluciones a sus necesidades sentidas? ¿Qué interesa realmente? ¿La efectividad inmediata o generar procesos de solución estructural?

No se abandona, en su esencia, la vieja concepción asistencial que de modo unilateral quiere reducir el problema de la salud al problema del servicio. La primera manifestación del asistencialismo consiste en hacer pasar todos los problemas de salud a través del servicio (oferta) institucional y oficial. La segunda manifestación consiste en identificar al servicio con esta "función benefactora". Esta axiomática permite descubrir una fundamentación funcionalista que intenta insertar a la institución prestadora de servicios de salud a un modelo mecánico de engranajes bien definidos que permitan un eficaz acercamiento al enfermo, un efectivo control ambulatorio de la población. En el pasado el hospital fue creado para que acudan allí los enfermos pobres. Hoy debido a la magnitud del problema y sobre todo a la referencia tardía, se busca llevar el "hospital" a la población

Esto, que en sí mismo es una acción loable, reproduce el carácter asistencial del pasado y presumiblemente los mismos errores. Los conceptos, las definiciones, las estrategias y las acciones están concebidas desde la oferta formal de los servicios. Se pretende como meta mejorar el servicio y lograr un acceso universal al servicio desde el punto de vista del ofertador. Si bien implícitamente se toma la demanda ésta es la demanda del servicio formal, no la demanda real, que no siempre es formal ni demanda al servicio. La demanda es demanda de acciones de salud (trabajo, vivienda, salario, recreación, alimentación, etc.) que no modifiquen sustancialmente su cultura ni hagan violencia a sus prácticas cotidianas. Sin embargo, la respuesta es sólo la oferta del servicio de salud entendido éste como prestación médica, prueba de ello es que en la APS, el Hospital y las redes de hospitales son eje fundamental de esta estrategia.

Esta exagerada centralización del problema de salud en el servicio formal conduce, a los 10 años de lanzada esta propuesta, a numerosas sospechas e inquietudes respecto a los logros, al constatar la distancia entre lo programado y lo real, sobre todo si se toma en cuenta que no se dio ningún cambio de las condiciones

generales de vida de nuestra población.

Profesionales de la salud, reunidos en 1986 en Montevideo, se preguntan al respecto: La nueva propuesta ha constituido una estrategia de cambio, ha mejorado la calidad de vida, ha dignificado a la persona humana? O, por el contrario, se ha usado la propuesta como mecanismos de dominación? (Carta No. 10, Red de Salud del CEAAL). De no existir cambios profundos a nivel estructural la meta SPT quedaría como propuesta vacía, indeterminada e inalcanzable.

Si bien la Atención Primaria de Salud comprende otros aspectos diferentes al servicio de Salud: agricultura, crianza de animales, alimentación, educación, vivienda, obras de infraestructura etc., no ha podido—ni podrá lamentablemente—cumplirse a cabalidad justamente por falta de la adecuada interacción con los otros aspectos.

Por esta línea parece poco probable la solución de los problemas de salud en virtud de que no se vislumbra una solución para los otros problemas. Frente a esto, la Universidad debe replantear las estrategias en su aplicación específica a ciertas regiones. Como macro-programación la APS no es errada, pero si es limitada. Deben investigarse respuestas menos ambiciosas pero más reales y que partan justamente de las necesidades, condiciones, posibilidades y capacidades de nuestra población, de la comunidad. En este sentido, la universidad tiene una tarea adicional: devolver la "voz" a los sectores "populares", investigar y activar la demanda real de salud y colaborar, por supuesto, en todas las acciones que signifiquen una solución cada vez más real. Está claro que el Prooidecto de la OMS busca una solución duradera. Para ello, centra su atención en el mejoramiento de los recursos humanos, la buena dotación de los recursos físicos y una mejor planificación administrativa. A ello se encaminan los principios fundamentales del proyecto: Participación Comunitaria, Acción Intesectorial, Tecnología Apropriada y Descentralización. Todos orientados a un objetivo fundamental: la Universalización del Acceso al servicio. Sin embargo, y con el mejor afán de colaborar en la discusión, nos permitiremos señalar lo siguiente.

Desde hace décadas se viene hablando de Participación Comunitaria. Se ha creído, acertadamente, que se puede alcanzar el progreso social y económico de las comunidades a través de la participación activa de sus miembros. Sin embargo, hasta hoy no existen claras definiciones de qué y cómo ha de entenderse la participación comunitaria. Y es más

incierta en el programa de Salud. Los programas de la década de los años sesenta (Misión Andina, Alianza para el Progreso, etc.) ya partían de la premisa participación comunitaria. A pesar de los innumerables ensayos, en sentido estricto participación comunitaria solo vino a significar un ingreso de las instituciones en las comunidades, sobre todo rurales, sin resultado alguno de beneficio para la comunidad y si, más bien, un desconcierto y desconfianza de las comunidades hacia las instituciones que con pretexto de Participación Comunitaria irrespetaron la cotidianidad y cultura de esos sectores sociales. Hoy, las comunidades están llenas de escepticismo frente a las instituciones. Solo como ejemplo, señalaremos que en casi todas las comunidades de la sierra ecuatoriana – sobre todo indígenas y rurales– prestan sus "servicios" más de 50 instituciones (públicas, privadas, religiosas, de desarrollo, internacionales, universitarias, etc.) todas ellas exigiendo la participación comunitaria en proyectos muchas veces contradictorios, disfuncionales y hasta atentatorios con la relativa autonomía y cohesión social que toda comunidad guarda para sí. Esto ha generado rechazo, desconcierto y el claro convencimiento de que las instituciones no siempre son beneficiosas. Por la crisis de esta política, hoy se la ha reemplazado por aquella de la autogestión, pero con las mismas consecuencias.

Desde el punto de vista teórico, el solo concepto de Participación Comunitaria, revela, en toda su magnitud, el problema de fondo: la marginación y desatención. Si hablamos de participación comunitaria, quiere decir, de manera evidente, que ellos no han tenido participación hasta hoy, en primer lugar, y que ahora queremos "incorporarles" y devolverles la participación en la organización social y productiva que siempre les estuvo negada, en segundo lugar. A nuestro criterio, y por estar cercanos a la realidad comunitaria, debería hacernos sentir pudor el solo concepto de Participación Comunitaria, con el agravante de que ahora desde "afuera" se les pretende incorporar a planes y programas donde ellos, que contradicción, no tuvieron participación. Es decir, queremos que participen en algo donde ellos no tuvieron ninguna participación. El "pecado" de la marginación se lo quiere expiar con otra más sutil marginación, pero con apariencia de participación?

Hasta hoy, con las obvias excepciones, Participación Comunitaria ha significado que ellos se hacen responsables de lo que ellos no causaron, que ellos colaboran en políticas, programas, proyectos y

acciones donde su única participación se convierte en el fondo en colaboración servil de los miembros de la comunidad a quienes finalmente se les reduce a la calidad de objetos, negándoles su subjetividad.

Para el caso de la Salud es más grave esta supuesta participación. Por razones de tipo cultural, que nunca han sido evaluadas suficientemente, las comunidades tienen una significación simbólica, mítica y religiosa de la Salud, y por tanto del médico, con implicaciones sacrales en las acciones médicas. En otras palabras, cómo esperar participación comunitaria en un campo dominado ancestralmente por el médico, brujo, curandero (Yachac, en quichua) Cómo crear y mantener, para las acciones de salud, organizaciones comunitarias que tengan una contribución real para la Salud?

A ello hay que añadir algo más: el problema de la ACEPTACION del servicio. Por razones culturales (concepciones, conocimientos, valores, prácticas, formas de vida y producción, etc.) las comunidades no aceptan el servicio. Es increíble que muchos años después de la creación de las instituciones de Salud, no se haya descubierto el problema central. Nuestras comunidades no aceptan o solo aceptan relativamente al servicio formal. Basta citar dos ejemplos:

1. La población rural e indígena no acuden a los servicios formales de salud a menos que se encuentren en estado grave e insolucionable por el sistema informal.
2. Las embarazadas no aceptan la atención profesional del parto en la unidad operativa. Se aducen, por parte de la comunidad, muchísimas razones fundamentalmente de tipo cultural: se sienten maltratados, discriminados, son objeto de manifestaciones racistas, no tienen, los médicos, una visión global de la enfermedad según ellos, se sienten objetos de experimentación y de práctica. Hoy empiezan a aparecer estudios e investigaciones científicas de la conducta de las comunidades, viéndose que el problema central es de tipo cultural (no necesariamente de instrucción).

Para sintetizar, cómo se puede hablar y esperar participación comunitaria en lugares donde no hay una real aceptación del servicio formal? Este análisis debe ser profundizado para encontrar vías de comunicación, sobre todo con las comunidades campesinas e indígenas, que son las que más muertos aportan a los indicadores de mortalidad.

En Otavalo, la organización indígena (FICI) creó el "Jambi-Huasi", (en español, Casa de la Salud), que da atención informal tradicional (yachacs) y atención formal simultáneamente. Los resultados parecen altamente significativos.

Respecto del criterio de descentralización quisiéramos, en la misma perspectiva, señalar lo siguiente: efectivamente se hace necesaria una descentralización administrativa del servicio para dejar autonomía a cada región, comunidad o sector la planificación de las acciones de salud. La complejidad de nuestra realidad así lo exige. Sin embargo deberán estudiarse las formas más adecuadas para ello. De lo contrario bien pudiera producir el efecto contrario, es decir, una burocratización mayor de la que existe. Además, toda descentralización supone una redistribución del poder, lo cual no significa "fraccionamiento ni debilitamiento del todo". Todo lo contrario, ya Maquiavelo con claridad había señalado que para lograr concentrar el poder es necesario distribuirlo. Nos asalta, entonces, una preocupación adicional: con estos mecanismos de descentralización no se estará proyectando una nueva forma de penetración y control en los sectores comunitarios? El reto para la Universidad es, por ende, buscar mecanismos para que esta descentralización procure insertarse en formas de liberación y autonomía y no formas sofisticadas de control que casi siempre terminan siendo utilizadas electoralmente.

La descentralización, por otra parte, lleva la noción de regionalización que en sí misma es altamente positiva. Para ello se han diseñado los SILOS, que se harán en base a tres criterios: población determinada, área geográfica definida, creación de una unidad técnico-administrativa. Quisiéramos que a ello se sumaran criterios étnicos, culturales, de cohesión comunitaria y, sobre todo, se tome en cuenta el nivel de institucionalización del servicio, toda vez que es radicalmente diferentes una comunidad ya inserta en la modernización, que otra que está en transición a la modernización o que aún se encuentra claramente en la sociedad tradicional. Ello ayudaría a una racionalización mayor de las regionalizaciones.

Lejos está de nuestra intención, después de haber hecho estos comentarios críticos, el insinuar que el Proyecto de la OMS no tenga utilidad. Lejos también está una insinuación en el sentido de que la Universidad

no deba aceptar este reto. Todo lo contrario. Creemos que la Universidad tiene que participar, críticamente eso sí, en esta política institucional y oficial sin renunciar jamás a su relativa autonomía y capacidad esclarecedora al solo efecto de asegurar el relativo éxito de las metas y objetivos concebidos en este documento. Para todo ello cuenta con una buena base de aciertos ya planteados claramente:

Se reconoce acertadamente, en primer lugar, que el problema de Salud es un problema estructural y que, por tanto esta indisociablemente unido a las condiciones económicas de vida, desempleo, violencia, contaminación, marginación, pobreza crítica, desnutrición, cuadros alarmantes de morbi-mortalidad por causas vulnerables, etc.

Se reconoce, en segundo lugar, el carácter social de la salud-enfermedad en franca oposición a la tradición biologista, clínica y curativa. Esta aceptación insinúa la respuesta social que amerita la problemática.

Se muestra, en tercer lugar, las posibilidades y limitaciones de la participación universitaria y, obviamente, se delinean, aunque de modo insuficiente, las tareas de la universidad.

Finalmente, queremos señalar que todas estas observaciones y criterios responden, exclusivamente, al impostergable afán de buscar soluciones posibles y centradas en el énfasis de que son los sectores marginados los que deben ser atendidos urgentemente, ya que su situación de extrema gravedad e injusticia es ya insostenible.

BIBLIOGRAFIA

- ARGANDOÑA YANEZ, Mario. Tendencias de la Investigación de la participación Social en Salud.
- CREPO, Carlos, Dilemas y retos de Educación Popular en Salud. CEPLA-ES, 1989. Quito: Encuentro sobre Educación, Cultura y Salud.
- OPS (varios autores) Participación Social en los Sistemas Locales de Salud. Serie Desarrollo de Servicios de Salud, No. 18.
- POLACK, Jean Claude. La Medicina del Capital. Madrid, Editorial Fundamentos, 1974.
- VILACA MENDES, Eugenio. O Sistema unificado e descentralizado de Saude no atual contexto da Reforma Sanitaria Brasileira.

Relato Final

REUNION DE QUITO

LA UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA Y LA SALUD DE LA POBLACION PROYECTO SALUDUAL NUCLEO BASICO III. QUITO ECUADOR

Después de las palabras inaugurales presentadas por los Decanos de las Facultades de Ciencias Médicas y de Odontología de la Universidad Central del Ecuador, además del Representante de la OPS/OMS en Ecuador, se hizo la presentación del documento "La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población", por parte de los miembros del Núcleo Básico III del Proyecto SALUDUAL (OFEDO/UDUAL-OPS), elaborado en Caracas en noviembre de 1988.

Explicados los antecedentes de la Atención Primaria de Salud, los SILOS y el Proyecto SALUDUAL en general, como marco referencial, se presentó una síntesis del relato final de la reunión de Caracas, resaltando aspectos sobre la misión y función de la Universidad en la sociedad y su responsabilidad en la APS y SILOS, que fueron comentados, inicialmente, por los integrantes del Núcleo Básico III, haciendo hincapié en que su presentación, discusión y enriquecimiento significa un avance en la elaboración teórica que será un aporte más para la Convención Latinoamericana de Ciencias de la Salud que se realizará en La Habana en 1991.

Posteriormente se realizaron presentaciones-comentarios de representantes del Instituto Juan César García (Ecuador), Universidad Central del Ecuador, Universidad Autónoma de Santo Domingo (República Dominicana) y de la OPS, quienes dieron su opinión general sobre el documento "La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población" comentando críticamente aspectos que servirían de base para la discusión grupal.

El grupo de discusión consideró aspectos generales del documento, supuestos epistemológicos implícitos, posibilidad de ahondar y profundizar algunos puntos del mismo, así como las alternativas y estrategias de avance real y efectivo del Proyecto SALUDUAL, evidenciándose que es necesario no solo la profundización teórica sobre la estrategia de APS y el

papel de la Universidad, sino también insistir en su difusión y discusión masiva al interior de la misma. Esto con el fin de superar la ausencia de información en la mayoría de los profesores y tratar de lograr clarificación conceptual, ruptura de resistencias y ganancia de espacios cada vez mayores, a fin de concretar las propuestas.

Se analizó que la salud de la población y el rol de la universidad latinoamericana debe ser un proceso de integración Universidad— Servicios. La Universidad debe coadyuvar para que los sistemas de salud se reorienten considerando los movimientos sociales, siempre y cuando exista una teoría que factibilice la operacionalización de la meta SPT 2000, la estrategia de APS y el desarrollo de los SILOS. Para establecer la relación entre universidad y servicios deberán además articularse sus metas y estrategias.

El redimensionar su articulación con la población es una tarea fundamental para la Universidad en el futuro superar su aislamiento de la población, por lo que debe investigar, promover y desarrollar propuestas válidas de integración junto con la comunidad en la producción social de la salud, en condiciones en las cuales se articulen, con visión intersectorial, tanto las instituciones prestadoras de servicio, como las de formación de recursos humanos y las comunidades. Al mismo tiempo debe considerar la participación popular como eje central de la estrategia de APS.

Se discutió sobre la necesidad de clarificar lo que pueda entenderse por "participación activa de la comunidad" para deslindar aquellas posiciones que asumen como participación popular el uso instrumental de la población en los programas de salud, de aquellas otras posiciones que plantean que la participación popular no debe ser un instrumento de legitimación del Estado en la búsqueda de consenso y reducción de los costos de atención a la salud pública, sino que debe ser una vía para que los sectores populares asuman la gestión directiva.

Se hizo énfasis en el papel de la Universidad en la investigación y hubo consenso en que en la producción de la problemática de salud—enfermedad los factores estructurales son determinantes, pero que, sin embargo, no debe descuidarse la investigación y el análisis de "factores de orden cultural" que inciden con fuerza en la causalidad de la morbi- mortalidad y en el acceso al servicio. Esto es fundamental en aquellos países del continente latinoamericano con amplios sectores de población indígena y rural, en los cuales se presentan barreras culturales para su aceptación. Se señaló la necesidad de incorporar a los estudiantes y gremios en la discusión de los planteamientos de APS y desarrollo de proyectos sobre integración docencia - servicio; y la integración universidad - sociedad.

El análisis abarcó la relación Estado- Universidad para la construcción de los proyectos nacionales y operacionalización de la propuesta de APS y SILOS y la OPS, como organismo internacional de apoyo.

La discusión académica al interior de la Universidad debe conducir a una articulación de los métodos y enfoques de lo biológico y lo social, lo individual y lo colectivo, a fin de construir y difundir el adecuado "enfoque integral" del proceso de salud - enfermedad.

Finalmente, se consideró que el avance de los diferentes países en la relación Estado - Universidad, y en la concreción y alcance de la estrategia de APS estará relacionado en la voluntad política, y las posibilidades económicas de cada uno de ellos.

Se propuso:

- La investigación - acción como metodología válida que permita la interacción entre el saber popular y científico.
- La metodología de la Planificación Estratégica y la Programación Local Participativa (PLP).
- Comunicación adecuada y oportuna al interior de la Universidad que posibilite la socialización del saber sobre la APS, hacia las áreas básicas y clínicas además de los otros sectores de la comunidad Universitaria.
- Concebir los SILOS no solo como espacios geográficos poblacionales sino también como espacios políticos, culturales, epidemiológicos, etc.
- Sistematizar las experiencias de grupos con concepciones y propuestas transformadoras y crear líneas de investigación para apoyar a los procesos de APS.
- Buscar el consenso necesario al interior de la Universidad que posibilite el abordaje de la APS, no solo desde el sector salud Universitario sino desde todas las Facultades y Escuelas.
- Adecuar la formación de Recursos Humanos a los requerimientos de la estrategia APS, especialmente prestando atención al papel de la Universidad en la educación continua y en la definición de las orientaciones conceptuales de los programas de post-grado.

Dr. Alberto Geiringer
Dr. Miguel Rodríguez
RELATORES

Anexos

Programa de Trabajo

Miercoles 24 de mayo

- 9:00 a.m. Inauguración
- Dr. Dimitri Barreto
Decano de la Facultad de Ciencias Médicas.
 - Dr. Remigio Guerra
Decano de la Facultad de Odontología.
 - Dr. Italo Barragán
Representante de OPS/OMS en Ecuador.

- 9:45 a.m. Presentación del Documento "La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población".
- Dr. Patricio Yépez
Consultor de OPS/OMS
 - Dr. Alberto Geiringer
Universidad de Carabobo.
 - Lcda. Elvira Rodríguez
ALADEFE - Perú.
 - Dra. Teresalina Grullón
UASD - República Dominicana.
 - Dr. Alberto Arango
Universidad de Antioquia - Colombia.

11:00 a.m. Receso.

11:15 a.m. Continuación de Presentación.

12:30 p.m. Almuerzo

14:00 p.m. Comentario a cargo del Lcdo. Nelson

Reascos:

"Instituto Juan César García" - Ecuador.

14:40 p.m. Comentario a cargo del Dr. Fernando Salazar - Universidad Central del Ecuador.

15:20 p.m. Receso.

15:30 p.m. Comentario a cargo del Dr. César Mella - UASD - República Dominicana.

17:00 p.m. Visita al Instituto "Juan César García".

Jueves 25 de mayo

9:00 a.m. Comentario a cargo de la Dra. María Isabel Rodríguez OPS/OMS.

10:00 a.m. Sesión Plenaria de discusión.

11:00 a.m. Receso.

11:15 a.m. Sesión Plenaria.

12:30 p.m. Almuerzo.

14:00 p.m. Sesión Plenaria.

15:15 p.m. Receso.

15:20 p.m. Sesión Plenaria

Viernes 26 de mayo

11:00 a.m. Lectura del relato final.

Lista de Participantes

Dra. Doris Acevedo
Venezuela.

Dr. Alberto Arango
Colombia.

Dr. Dimitri Barreto
Ecuador.

Dr. Joffre Cadena
Ecuador.

Obst. Ximena Cevallos
Ecuador.

Dra. Edith Espinosa
Venezuela.

Dr. Patricio Espinosa
Ecuador.

Dr. Alberto Geiringer
Venezuela.

Dra. Teresalina Grullón
República Dominicana.

Dr. Remigio Guerra
Ecuador.

Dr. César Mella
República Dominicana.

Dra. Norma Núñez
Venezuela.

Lcdo. Nelson Reascos
Ecuador.

Arq. Oswaldo Riofrío
Ecuador.

Lcda. Elvira Rodríguez
Perú.

Dra. María Isabel Rodríguez
OPS/OMS

Dr. Miguel Rodríguez
Ecuador.

Dr. Oswaldo Ruíz
Ecuador.

Dr. Fernando Salazar
Ecuador.

Lcda. Rosa Santamaría
Ecuador.

Dr. Luis Sáenz
Ecuador.

Lcda. Margarita Velasco
Ecuador.

Lcda. María de Lourdes Velasco
Ecuador.

Dr. Patricio Yépez
OPS/OMS

Dr. Rodrigo Yépez
Ecuador.

Contenido

Introducción	312
Relato Final de Caracas	313
Ponencias	313
Dr. Fernando Salazar Consultor OPS/OMS.	317
Lcdo. Nelson Reascos Vallejo ALADEFE/ Perú.	321
Relato Final - Quito	326
Anexos Programa de Trabajo	329



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
OPS/OMS

UNION DE UNIVERSIDAD DE AMERICA LATINA
(UDUAL)
ALADEFE
ALAFEM
OFEDO

La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población

Grupo Multidisciplinario

Caracas - Quito
Noviembre 1988 - Mayo 1989
Contribución de la Universidad
a la Atención Primaria y a los Sistemas Locales de Salud

INTRODUCCION

En Caracas, los días 11 y 12 de abril de 1988 se realizó la reunión conjunta de las Asociaciones Latinoamericanas de Ciencias de la Salud dependientes de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL): Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE). Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM) y Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología (OFEDO), con la Organización Panamericana de la Salud. Durante la reunión se analizaron varios temas relacionados con las líneas prioritarias de acción de interés común (Asociaciones/OPS) y su potencial de desarrollo en función de la salud de la población latinoamericana.

A través del análisis de la situación de las Asociaciones, se identificó la necesidad que cada una de ellas fortalezca su capacidad individual y alcancen cada vez mayor representatividad. Se convino desarrollar un trabajo integrado que se concretaría en el Proyecto SALUDUAL, contando para el mismo con la cooperación técnica-financiera de la OPS/OMS. El proyecto SALUDUAL tiene los siguientes objetivos:

- Inscribir el potencial de la Universidad Latinoamericana en la Meta Social SPT2000 a través de la estrategia de la Atención Primaria.
- Contribuir al trabajo conjunto de las Asociaciones de Ciencias de la Salud de la UDUAL, aumentando su capacidad científico-técnico en la función de la Salud de la población.
- Cooperar con la OPS/OMS y los países en el fortalecimiento y desarrollo de los Sistemas Locales de Salud para avanzar en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud.

Dentro del Programa de trabajo el Proyecto SALUDUAL, prevee la realización de una primera actividad conjunta, identificada como la Convención Latinoamericana de Ciencias de la Salud, la misma que se celebrará en La Habana 1991, y reunirá a las Facultades y Escuelas de Enfermería, Medicina y Odontología de la UDUAL, a otras organizaciones como ALAESP (Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública), ALAMES (Asociación Latinoamericana de Medicina Social) y la OPS/OMS, con el abordaje del tema general denominado "La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población".

Esta CONVENCION se realizará sobre la base de la XV Conferencia de la ALAFEM/UDUAL e incorporará a su vez Conferencias Extraordinarias de la OFEDO/UDUAL y de la ALADEFE/UDUAL: además de las otras organizaciones señaladas anteriormente.

El tema general se distribuirá en tres temas particulares, así:

- I. Papel de la Universidad en la elevación del nivel de salud de la población.
- II. La Universidad y la práctica de Salud.
- III. Contribución de la Universidad a la Atención Primaria y a los Sistemas Locales de Salud.

Para efecto de la metodología planteada se ha convenido que cada uno de los temas *señalados* sea coordinado bajo la responsabilidad de cada una de las tres asociaciones. así:

Tema I: ALADEFE

Tema II: ALAFEM

Tema III: OFEDO

Para la elaboración y discusión prevista de cada tema. se organizaron sendos grupos interdisciplinarios. cada uno de los cuales tiene un núcleo básico constituido por un coordinador OPS/OMS y representantes de cada una de las tres Asociaciones.

El grupo básico coordinado por OFEDO tuvo su reunión en la ciudad de Caracas. entre el 7 al 11 de noviembre de 1988. y como fruto de dicha reunión se elaboró un documento de trabajo sobre el tema "Contribución de la Universidad a la Atención Primaria y a los Sistemas Locales de Salud".

En mayo de 1989. se reunió en la ciudad de Quito. bajo los auspicios de las Facultades de Ciencias Médicas y de Odontología de la Universidad Central del Ecuador el grupo inter-disciplinario del mismo tema, que analizó el documento de Caracas y continuó el proceso de trabajo como preparación de la Conferencia Integrada de La Habana, en Junio de 1991.

Grupo Multidisciplinario - Caracas - Quito

RELATO GENERAL

Los participantes e invitados a las reuniones de Caracas y Quito para el trabajo inter-disciplinario preparativo a la Conferencia Integrada de Facultades y Escuelas de Medicina, Odontología y Enfermería de América Latina desarrollaron sus actividades, en trabajo de grupo con base en el tema general del evento: La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población, orientados por las ponencias presentadas.

LAS PONENCIAS

Hubo ponencias que se orientaron de lo general a lo particular: desde las exposiciones acerca de la relación economía-salud a escala del subcontinente latinoamericano y del Caribe, vista luego en el contexto venezolano hasta los planteamientos vinculados a la docencia de salud que, dentro de su mayor especificidad también aludieron a la gravitación del deterioro económico y social sobre los tres elementos que conforman el tema de estudio: La Atención Primaria, los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y la contribución que a ellos debe dar la Universidad Latinoamericana.

La visión continental de la relación economía-salud, expuesta por un participante, tocó sus aspectos políticos-sociales y los específicamente crematísticos. Entre los primeros señaló que, la crisis está dificultando a las democracias, la demostración de que son el sistema político más eficiente. Respecto a la deuda social apuntó que no sólo se expresa en la injusta distribución de los ingresos, sino en la creciente desatención a la salud popular. Entre los aspectos económicos incluyó la lenta gestación de empleos respecto al aumento poblacional: la incapacidad para prevenir los cambios científicos-técnicos que, en los países industriales, han venido reemplazando a varios productos latinoamericanos como el petróleo y el cobre: la pérdida del mercado de la carne y el trigo (argentinos y uruguayos) debido al desarrollo de una producción altamente competitiva en Estados Unidos y el Mercado Común Europeo, y la fuga de capitales que ha sustituido a su acumulación e inversión local. Tocó también por supuesto, al problema de la deuda externa continental que, entre 1982 y 1987 subió de 292.000 a 410.000 millones de dólares, y al crecimiento poblacional para el que no bastará ninguna medida de contención o

reubicación, si no se reestructuran las actuales políticas de gasto social.

La segunda ponencia planteó el deterioro de la salud del venezolano con un enfoque que, seguramente, es válido para otras naciones hermanas, si nos atenemos a las cuatro evidencias que lo sustenta; insuficiencia de servicios públicos por la continua disminución de sus partidas presupuestarias; encarecimiento de bienes y servicios de atención en salud; descenso del nivel nutricional por el alza de los alimentos y aumento de la pobreza. Igualmente compartidas por la mayoría de los países del continente deben ser las causas que señala para esa situación crítica: la caída de los precios de los productos de exportación y la política de pagos de la deuda externa, generadores, ambas, de déficit fiscal y de la balanza de pagos, así como del descenso de las reservas monetarias. El ponente subrayó que se trata de una crisis estructural.

El análisis de esta ponencia permitió asomarse a dos alternativas que podrían derivar de la decisión de reducir los pagos de la deuda: la inversión de ese ahorro en políticas de beneficio social, o su aprovechamiento total o parcial por los sectores dominantes de nuestras naciones.

La OPS/OMS hizo un necesario replanteamiento del compromiso signado en Alma Ata y del concepto de atención soslayado o desvirtuado y disminuido a través de programas que para nada afectan a los sistemas tradicionales de salud, que son la antítesis de los cuatro pilares aprobados por aquel consenso universal:

- 1) Participación del pueblo.
- 2) Acción intersectorial.
- 3) Desarrollo y utilización de tecnología apropiada.
- 4) Descentralización y reorientación total del sistema de salud.

La movilización y participación del pueblo organizado es la condición indispensable y el EJE CENTRAL de la política de salud para alcanzar, mediante la estrategia de Atención Primaria, las características de equidad, eficiencia, cobertura universal y participación social que deben tener los sistemas locales (SILOS), surgen como el rediseño poblacional, territorial y administrativo del Sistema de Salud, ya que desde la

identificación de las necesidades de la población, hacen posible la articulación de los recursos, la adecuación a la realidad y la responsabilidad compartida con la población, además de estimular la programación local y la evaluación social.

Junto a la esperada diversidad de los enfoques y propuestas que no sólo deriva de los diferentes quehaceres de sus autores, o del predominio conceptual o pragmático de sus contenidos, a las ponencias cobijadas bajo el título general de "Contribución de la Universidad a la Atención Primaria" evidenciaron el acento de situaciones compartidas por muchos pueblos e instituciones latinoamericanas, que son signos de crisis estructural magnitud de los problemas sociales y económicos; la falta de equidad expresada por la ascendente concentración de recursos educacionales, de salud y de todo tipo, en manos de los menos, y por su carencia o precariedad para los más; las imposiciones tecnológicas e ideológicas asociadas a ese esquema; las restricciones a la participación popular en la identificación de sus carencias, y más aún, en la determinación de las formas de atenderlas debido a que tal participación ha sido manejada en general, a pesar de lo que se declara, en forma unilateral, tratando de hacer participe a las comunidades de acciones sobre las cuales nada han decidido y que a veces han sido irrespeto de la cotidianidad y la cultura de esos sectores sociales, por que son mecanismos que modifican sustancialmente su cultura y violentan sus prácticas, ya que la tendencia observable de las propuestas se refiere al mejoramiento del servicio y de su actividad desde el punto de vista del ofertador sin abandonar la vieja concepción asistencial que ha querido reducir el problema de la salud al problema del servicio. Asimismo, algunas ponencias hacen notar que el estado, ante la modernización y tecnificación de los medios de producción debe reducir la mano de obra, lo cual conlleva a su capacitación y a la reducción del crecimiento poblacional. Asimismo, es necesaria la incorporación de todos los sectores que tengan rendimiento aceptable, al proceso de producción, con el menor costo social posible, lo cual en salud se traduce en el planteamiento de cambios políticos administrativos que hacen surgir estrategias nuevas que se relacionan con redefiniciones del concepto de salud enfermedad.

Las contradicciones de la institución y la enseñanza universitaria frente a su papel ante las necesidades colectivas son consideradas, en forma amplia en varias oportunidades; se expresa que en el capitalismo las

universidades corresponden a la formación de cuadros políticos y técnicos de acuerdo con las necesidades estatales, a través del ejercicio de una aparente autonomía, en correspondencia con los grupos de poder, en el cual actúan dentro de la universidad grupos que constituyen dos vertientes que tienen puntos de vista hegemónicos unos y otros que disienten y se pronuncian en momentos coyunturales de crisis, tratando de liderar movimientos de democratización, con actitud contestataria contra-hegemonizante, aunque en la mayoría de los países latinoamericanos el poder del estado ante la universidad ha disminuido y así, por lo tanto, el de las clases dominantes, debido a las jornadas de lucha. Sin embargo, el reto histórico de la universidad es que aún su crecimiento y desarrollo dependen de su repuesta a los intereses estatales. Se ha advertido de la masividad de la universidad en sus planteamientos puesto que ha estado limitada casi exclusivamente a la reproducción de conocimientos científicos para la formación profesional y de tecnología para responder a exigencias de la sociedad y del estado. La producción de conocimiento científico y la elaboración de teorías para la explicación de la realidad ha sido muy escasa.

La discusión abierta acerca del tema "La Educación Superior en el Contexto Latinoamericano", generó elementos adicionales a ser considerados en la relación Universidad-Sociedad y muy concretamente en la contribución de aquella a la estrategia de Atención Primaria; por una parte, las crecientes limitaciones financieras de las universidades públicas, y por la otra, el notable aumento de instituciones privadas de enseñanza superior en varios países del continente, muchas de ellas motivadas, fundamentalmente por el afán de lucro. Asimismo, debido a las contradicciones intrauniversitarias su posición ante las políticas nacionales o internacionales varía según la posición de los diferentes grupos que dinamizan sus acciones. De esta manera su papel ante la STP2000 ha tenido diferentes interpretaciones que van desde la oposición absoluta hasta el total apoyo. Es importante advertir que la tendencia es la no aceptación de los planteamientos que se originan en los grupos dominantes. Por lo tanto, es importante que, en relación con SPT y APS, la universidad debe contribuir a darle objetividad a la correspondiente propuesta teórica, según las especificidades de cada país, no como una simple adecuación administrativa sino como un cambio teórico fundamental según sus necesidades generales y los de cada uno de sus necesidades sectores y subsectores.

El diseño e implementación de los modelos para los sistemas de salud ha logrado la organización de sistemas de acciones en las cuales se puede advertir un desfase entre lo preconizado y la realidad de su logro a causa de varios factores como los relacionados con el fortalecimiento de áreas en las cuales supuestamente se obtendrán resultados favorables: con el aumento de la complejidad de las relaciones sociales y ecológicas y con falta de correspondencia entre los diferentes niveles de complejidad y el proceso que se quiere corregir.

El reto a resolver es la posibilidad de encontrar directrices y procesos intervinientes en el objeto de trabajo a través de la construcción de pares de contradicción que en este caso serían la oferta y la demanda. Así buscar mecanismos para que la descentralización de los sistemas procure insertarse en formas de liberación y autonomía y no en formas sofisticadas de control que casi siempre terminan siendo utilizadas sectorialmente.

EL TRABAJO DE GRUPO

Las labores del trabajo de grupo se desarrollaron en base dos grandes temas: 1) Misión y función de la Universidad en la Sociedad, 2) La Universidad Latinoamericana y la salud del pueblo: Responsabilidad de la Universidad en la Atención Primaria y en los Sistemas Locales de Salud.

1) Misión y Función de la Universidad en la Sociedad:

El sentido, la misión y el compromiso de la Universidad Latinoamericana no puede ser un constructor teórico históricamente abstracto en un continente plagado de injusticia y miseria social. Misión y compromiso cobran sentido si están referidos a un proyecto que, como escenario alternativo, esboce la sociedad deseable y posible en la cual se eliminan los obstáculos estructurales que impiden el desarrollo pleno del hombre, se haga posible la democracia como realidad económica social y, por ende, la resolución de las necesidades básicas de los sectores desamparados y desposeídos de nuestros países.

Este planteamiento teleológico sobredetermina las misiones éticas, socio-políticas y tecno-científicas que pueda tener la universidad. El proceso de cambios

cuantitativos que socialmente se generen con la participación de la universidad, tendrá sentido en la medida que no se pierda la perspectiva de la necesaria transformación cualitativa de todo social, como proyecto estratégico y compromiso esencial.

En el contexto mencionado, la misión fundamental de la universidad latinoamericana es contribuir al proyecto histórico de construcción de una sociedad más justa y democrática. Ello implica un compromiso ético, socio-político y científico-técnico, orientado a estudiar e interpretar la realidad social, identificar los principales problemas, esclarecer su naturaleza y causas, plantear y ensayar formas para su enfrentamiento y difundir y promover debates de esclarecimiento acerca de tales búsquedas y hallazgos, especificando sus posibilidades y limitaciones.

La Universidad debe asumir un liderazgo en defensa de la vida humana y del conjunto de los derechos humanos fundamentales internacionalmente reconocidos, enfatizando en el derecho al trabajo, la educación, la salud, vivienda y recreación. Asimismo, la universidad, autocríticamente, debe rectificar su aislamiento de los sectores populares, incorporándose al trabajo democrático en y con la comunidad organizada.

Para el cumplimiento de estos fines, es necesario fortalecer el proceso de integración de la DOCENCIA - SERVICIO DE INVESTIGACION interdisciplinaria e intersectorial, trasladar sus acciones académicas al seno mismo de la comunidad, haciendo efectivos, los principios de aprender haciendo y aprender transformando.

Este proceso conlleva al compromiso de fortalecer la interacción creativa entre las organizaciones comunales, las instituciones de servicios y el aporte directo de la universidad. Es, pues, dentro de la propia sociedad donde la universidad debe dimensionar sus misiones y funciones.

Resulta necesario replantear la misión socio-política ya que, en buena medida, ella da la dimensión y perspectiva a las otras; a este respecto la universidad debe revitalizar su inserción en la Sociedad Civil; incorporándose y promoviendo el liderazgo colectivo para el proceso de transformación social; debe profundizar su presencia como espacio de discusión y análisis desde la óptica de las grandes mayorías, con las cuales existe hoy una deuda social que debe fortalecer la profun-

dad de su crítica al estilo de desarrollo económico-social generador de lo que actualmente padece nuestra región, así como viabilizar propuestas sobre desarrollos alternativos que tengan como norte el incremento de la calidad de vida de la sociedad como un todo. La presencia universitaria en la sociedad no debe darse solo en el planteamiento discursivo, sino a través de un trabajo integral con las colectividades tanto en la esfera del análisis como en la solución de los problemas identificados.

Se discutió sobre la necesidad de clarificar lo que pueda entenderse por "participación activa de la comunidad" para deslindar aquellas posiciones que asumen como participación popular el uso instrumental de la población en los programas de salud, de aquellas otras posiciones que plantean que la participación popular no debe ser un instrumento de legitimación del Estado en la búsqueda de consenso y reducción de los costos de atención a la salud pública sino que debe ser una vía para que los sectores populares asuman la gestión directiva.

Se hizo énfasis en el papel de la universidad en la investigación y hubo consenso en que en la producción de la problemática de salud-enfermedad los factores estructurales son determinantes pero que, sin embargo, no debe descuidarse la investigación y el análisis de "factores de orden cultural" que inciden con fuerza en la causalidad de la morbi-mortalidad y en el acceso al servicio. Esto es fundamental en aquellos países del continente latinoamericano con amplios sectores de población indígena y rural en los cuales se presentan barreras culturales para su aceptación.

Esta misión socio-política revaloriza la misión ética de la universidad, al afirmar que sus funciones no están al margen de las necesidades sociales actuales y futuras; le da un rango cualitativamente diferente al proceso de búsqueda de la verdad al incorporarse al proceso de búsqueda que desarrollan otras instancias de la sociedad y por último, el proceso de formación personal adquiere un estatus diferencial al centrar sus esfuerzos en la calidad científico-técnica que estos deben tener.

La misión académica de la universidad latinoamericana de esta época debe estar orientada por la integridad de los procesos de investigación, docencia y comunicación con la sociedad, así como por el abordaje multidisciplinario e interdisciplinario a la búsqueda de una

mejor aplicación y por ende, a la solución de los problemas. Este proceso académico debe tener como eje el trabajo conjunto de estudiantes, docentes y comunidades en los procesos de educación, construcción del conocimiento y solución de las dificultades.

2) Responsabilidad de la Universidad en la Atención Primaria de Salud y los Sistemas Locales de Salud:

Se consideró que la "Declaración de Alma Ata", la "Estrategia de Atención Primaria de Salud" y la meta social de "Salud Para todos en el año 2000", en conjunto, constituyen un importante hito histórico, por cuanto se legitima y refuerza el derecho a la salud como un derecho humano fundamental asimismo por que esclarece que dicha meta social no será posible sin un cambio social y económico que garantice condiciones adecuadas de vida, trabajo y recreación para toda la población, complementadas con un programa sanitario ajustado a cada realidad social, cuyo protagonista debe ser la propia comunidad, a la cual se incorporará el aporte técnico de las instituciones de servicio, universidades y otras. Por consiguiente, es responsabilidad de la universidad latinoamericana asumir plenamente la estrategia de "Atención Primaria de Salud", difundirla, desarrollarla y potenciarla, por su coherencia con la aspiración de un modelo latinoamericano de sociedad más justa y democrática. En última instancia, se trata de una estrategia para democratizar la salud, inmersa en un proceso más amplio de democratización de la sociedad total.

Dentro de esa perspectiva las responsabilidades específicas de la Universidad Latinoamericana en la APS y los SILOS debe orientarse hacia tres procesos fundamentales:

- De esclarecimiento y toma de conciencia.
- De planificación de programas y acciones con potencial transformador.
- De ejecución y análisis de experiencias interdisciplinarias e intersectoriales en realidades sociales prioritarias.

a) Proceso de esclarecimiento y toma de conciencia:

Este comprende tres ámbitos principales:

Ambito Científico-Técnico: Se refiere a la necesidad de desarrollar modelos alternativos frente a la

concepción científicista flexneriana acerca de la salud y la educación, que superen el abordaje biologicista y clínico limitando al individuo, y desplieguen todo el potencial de la visión socio-epidemiológica, desplazando el actual énfasis en la enfermedad de la salud.

La discusión académica al interior de la universidad debe conducir a una articulación de los métodos y enfoques de lo biológico y lo social, lo individual y lo colectivo, a fin de construir y difundir el adecuado "enfoque integral" del proceso de salud-enfermedad.

Ambito Socio-Político: Debe asumir la defensa del provecho histórico latinoamericano, con el cual es plenamente coherente la Estrategia de APS.

Ambito Ético: Debe promover corrientes de opinión y organización que refuercen la búsqueda principal.

b) Proceso de planificación de programas y acciones con potencial transformador:

En este proceso se considera crucial la aplicación de los principios metodológicos de la APS en todas las facetas del que hacer académico:

- Integración, Docencia-Servicio-Investigación.
- Investigación-acción como eje orientador.
- Participación de la comunidad organizada como protagonista principal.
- Abordaje interdisciplinario e intersectorial.
- Aplicación de los postulados de tecnología apropiada y del enfoque de riesgo.

c) Proceso de ejecución y análisis de experiencias interdisciplinarias e intersectoriales:

Es en este proceso donde la propuesta de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) tiene un alto valor estratégico. Sólo mediante estas experiencias integradoras podrá avanzarse en el manejo de situaciones concretas, ya que los SILOS tienen una intencionalidad de descentralización, en instituciones de servicio y la universidad.

El proceso de desarrollo y consolidación de los Sistemas Locales de Salud le plantea retos importantes al quehacer universitario. En primer término porque es en ese espacio donde se concretan las actividades de Atención Primaria, y en segundo lugar, porque la

población que configura ese sistema local es el entorno inmediato de la misma universidad y, por esencia su razón de ser.

La universidad, a través de sus misiones y funciones puede ayudar a consolidar los procesos políticos que se dan en el marco de la descentralización y de la coordinación intersectorial. Con su capacidad científico-técnica, puede conjuntamente con la comunidad generar un mejor conocimiento sobre las condiciones reales de existencia y las alternativas para su transformación.

El reto fundamental se presenta en la interrelación entre comunidad y universidad. Los SILOS permiten concretar formas de participación y movilización social que deben ser pauta esencial de primer orden para la acción universitaria. La participación activa de la población garantiza el avance de ésta hacia la meta de ser gestora de su propia transformación, proceso en el cual se inserta la cooperación de la universidad junto con otras instituciones.

De acuerdo con lo planteado y considerando que el avance de los diferentes países en la relación Estado-Universidad, y en la concreción y alcance de la estrategia de APS estará relacionado en la voluntad política, y las posibilidades económicas de cada uno de ellos.

Se propuso:

- La investigación - acción como metodología válida que permita la interacción entre el saber popular y científico.
- Comunicación adecuada y oportuna al interior de la universidad que posibilite la socialización del saber sobre la APS, hacia las áreas básicas y clínicas además de los otros sectores de la comunidad universitaria.
- Concebir los SILOS no sólo como espacio geográfico-poblacionales sino también como espacios políticos, culturales, epidemiológicos, etc.
- Buscar el consenso necesario al interior de la universidad que posibilite el abordaje de la APS, no solo desde el sector salud universitario sino desde todas las facultades y escuelas.
- Adecuar la formación de Recursos Humanos a los requerimientos de la estrategia APS, especialmente prestando atención al papel de la universidad en la educación continua y en la definición de las orientaciones conceptuales de los programas de postgrado.

3) Plan de actividades hasta la Conferencia conjunta de La Habana de 1991.

Se acordó establecer una serie de pasos hasta la Conferencia conjunta, que servirán para promover los materiales preparativos de dicho encuentro. Helos aquí:

1) Difundir y discutir el presente relato en sus ámbitos de trabajo, preferiblemente en talleres de discusión con grupos interdisciplinarios.

2) Distribuir localmente entre las personas y sectores interesados los materiales producidos.

3) Constituir grupos de trabajo a fin de recuperar y organizar en un consolidado, el mayor número posible de experiencias sobre los temas tratados.

4) Propiciar el análisis de problemas específicos y difundirlos.

5) Editar y difundir los documentos producidos y propiciar reuniones para su análisis.

6) Intercambiar con los otros grupos interdisciplinarios el producto de las respectivas discusiones, sea para analizarlos conjuntamente, por separado o en talleres con intercambio de información. En cualquier caso los resultados de tales análisis deberían ser recogidos en un informe consolidado para difundirlo localmente.

7) Se acordó recomendar la mayor interdisciplinariedad de los componentes de la Convención de La Habana.

8) Igualmente se acordó sugerir una extensión del tiempo de la reunión, para la discusión de experiencias particulares.

LISTA DE PARTICIPANTES

REUNION DE CARACAS

Dra. Doris M. Acevedo de Feo
Facultad de Ciencias de la Salud.
Departamento de Medicina Preventiva y Social.
Universidad de Carabobo - Venezuela

Dr. Luis Alberto Arango Botero
Oficina Panamericana de la Salud (OPS)
Medellín, Colombia

Dr. Antero Coelho Neto
Oficina Panamericana de la Salud (OPS)
Caracas. Venezuela

Dr. Ignacio Basombrio
Coordinación del Sistema Económico Latinoamericano (SELA)
Caracas. Venezuela

Dr. Pedro Alejandro De Armas Hernández
Director Escuela de Medicina
Universidad Nacional Experimental
"Francisco de Miranda".
Caracas. Venezuela

Dr. Alberto Geiringer
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Carabobo
Valencia, Estado Carabobo - Venezuela

Dr. David Rafael Gómez Cova
Escuela de Salud Pública
Caracas, Venezuela

Prof. Teresalina Grullón Castro
Universidad Autónoma de Santo Domingo
Santo Domingo, República Dominicana

Dr. Jorge Izquierdo Márquez
Facultad de Estomatología.
Universidad Peruana "Cayetano Heredia"
Lima, Perú

Dr. Luis López Grillo
Facultad de Medicina
Universidad Central de Venezuela
Caracas, Venezuela

Dra. Marta Rodríguez de González
Escuela Luis Razetti, Facultad de Medicina
Universidad Central de Venezuela
Venezuela

Prof. Jesús Antonio Saturno Canelón
Facultad de Odontología
Universidad Central de Venezuela,
Caracas - Venezuela

Dr. Patricio Yépez
OPS/OMS
Venezuela

REUNION QUITO

Dra. Doris Acevedo
Universidad de Carabobo,
Valencia - Venezuela

Dr. Alberto Arango Botero
OFEDO-UDUAL
Colombia

Dr. Dr. Dimitri Barreto
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Central.
Ecuador

Obst. Ximena Cevallos
Escuela de Obstetricia
Ecuador

Dra. Edith Espinoza
Facultad de Odontología
Venezuela

Dr. Patricio Espinoza
Facultad de Medicina,
Universidad Central - Ecuador

Dr. Alberto Geiringer
Facultad Ciencias de Salud
Universidad de Carabobo,
Valencia, Edo. Carabobo - Venezuela

Dra. Teresalina Grullón
Universidad Autonoma de Santo Domingo
Republica Dominicana

Dr. Remigio Guerra
Facultad de Odontología. Universidad Central
Ecuador

Dr. Cesar Mella
Universidad Autonoma de Santo Domingo
Republica Dominicana

Dra. Norma Nuñez
Facultad de Medicina, Universidad Central
Venezuela.

Lcdo. Nelson Reascos
Facultad de Medicina, Universidad Central
Ecuador

Arq. Oswaldo Riofrio
Facultad de Arquitectura, Universidad Central
Ecuador

Lda. Elvira Rodríguez
Departamento de Enfermería Materno Infantil
Universidad Nacional de Trujillo
Perú

Dra. María Isabel Rodríguez
OPSJOMS
Venezuela

Dra. Miguel Rodríguez
Facultad de Odontología, Universidad Central
Ecuador

Dr. Oswaldo Ruiz
Ministerio de Salud
Ecuador

Dr. Fernando Salazar
Facultad de Medicina, Universidad Central
Ecuador

Lcda. Rosa Santamaría
Escuela de Enfermería, Universidad Central
Ecuador

Dr. Luis Sanz
Facultad de Odontología, Universidad Central
Ecuador

Lcda. Margarita Velasco
Escuela de Enfermería, Universidad Central
Ecuador

Lcda. María de Lourdes Velasco
Escuela de Enfermería. Universidad Central
Ecuador.

Dr. Patricio Yépez
OPS/OMS
Venezuela.

Dr. Rodrigo Yépez
Facultad de Medicina, Universidad Central
Ecuador.

Elaboración de textos:
AYTEX c.a.

Impreso en
Caracas, Venezuela
por Litobrit c.a.
Tlf. 951.56.17