



ULAC



**CONFERENCIA
INTEGRADA**

**UNIVERSIDAD
LATINOAMERICANA
Y SALUD DE LA POBLACION**

MEMORIAS

3-7 de junio de 1991
Palacio de las Convenciones
LA HABANA, CUBA

PROGRAMA GENERAL

HORA	LUNES 3	MARTES 4	MIÉRCOLES 5	JUEVES 6	VIERNES 7
09:00	APERTURA Sesión Introductoria	Plenaria Tema I	Plenaria Tema II	Plenaria Tema III	Asamblea Asociaciones Encuentro Egresados
11:30		RECESO			
12:00	ALMUERZO	Presentaciones institucionales e individuales			Panel Juan César García
13:30		ALMUERZO			ALMUERZO
14:30	Visita a instituciones de educación médica y servicios de salud y Encuentro de egresados Curso internacional	Discusión en grupos			Imposición categorías docentes
15:00					
16:00					
16:30					
19:00	Coctel	Visita a centros de investigación-producción		Plenaria Panel	CLAUSURA
21:00		Gala	Noche del Estudiante		



02 DIC. 1992

**CONFERENCIA
INTEGRADA**

**UNIVERSIDAD
LATINOAMERICANA
Y SALUD DE LA POBLACION**

MEMORIAS

3-7 de junio de 1991
Palacio de las Convenciones
LA HABANA, CUBA

CLASF.
ADQ.
PRECIO

UPUAL
RA422
1991

CLASF.
ADQ. 529
PROC. La Habana
FECHA 5-11-93
PRECIO D

Co. 190 de Buros

CIDU 18030047

NE de I. 11/11/93

20180300529

Diseño / José A. Fernández

Edición / Esther Rodríguez

Revisión / Carmen Viciano y Noemia Rodríguez

Impresión / Palacio de las Convenciones

La Habana, junio de 1992



INDICE

Convocaron/Auspiciaron / 4
Eventos que la integraron / 5
Comités Organizadores / 6
Presentación / 7
Relato General / 9
Declaración de la Conferencia / 30
Los universitarios frente al cólera / 32
Declaración de los Estudiantes / 34
Sesión de Apertura / 41
Sesión Introductoria / 55
Ponencias y comentarios / 85
Intervenciones Institucionales / 173
Otorgamiento de categorías de mérito / 191
Trabajos seleccionados en Concurso / 207
Panel "Juan César García" / 341
Panel /351
Relatoría / 352
EXPOMED'91 / 353
Visitas Dirigidas / 354
Participación / 355
Ejecutivos Electos / 370



CONVOCARON

Unión de Universidades de América Latina (UDUAL)

Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (ISCM-H)

AUSPICIARON

Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM)

Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina (OFEDO)

Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Enfermería (ALADEFE)

Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP)

Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES)

Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba (MINSAP)

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)

Universidad de La Habana (UH)

Sociedad Cubana de Administración de Salud (SOCAS)

EVENTOS QUE LA INTEGRARON

XV Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina

VI Conferencia de Facultades y Escuelas de Odontología de América Latina

III Conferencia de Facultades y Escuelas de Enfermería de América Latina

XV Conferencia de Directores e Instituciones Docentes en Salud Pública

II Encuentro de Egresados del Curso Internacional de Salud Pública de Cuba

III Encuentro Latinoamericano de Entidades Estudiantiles de Medicina
y I Conferencia Integrada de Estudiantes del Área de Salud

COMITE ORGANIZADOR INTERNACIONAL

Dr. José Roberto Ferreira
Dr. Ariel Osvaldo Gómez
Dra. María Isabel Rodríguez
Dr. Javier Sandoval
Dr. Juan Vela Valdés
Dr. Abelardo Villegas

COMITE ORGANIZADOR CUBANO

Presidente

Dr. Juan Vela Valdés

Secretario

Dr. Francisco Rojas Ochoa

Miembros

Dra. Biarda Añé González
Dr. Radamés Borroto Cruz
Dr. Juan M. Diego Cobelo
Sr. Félix Expósito Mantici
Dr. José E. Fernández-Brito Rodríguez
Dr. José Fernández Sacasas
Lic. Alicia García González
Dr. Fidel Ilizástigui Dupuy
Dr. Pedro Llerena Fernández
Dr. José Lloréns Figueroa
Dr. Rigoberto Otaño Lugo
Dr. José Oubiñas Rodríguez (+)
Dr. Eduardo Pelayo González de Posada
Dra. Cristina Rivalta Fleites
Dr. Benito Saínez Menéndez
Dra. María M. Serrano Cisneros
Dr. Mariano Valverde Medel

PRESENTACION

La Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población" fue, sin dudas, un acontecimiento de gran importancia. A esto contribuyó la numerosa participación de universitarios de 22 países y de varias organizaciones internacionales, lo que condujo a hacer de esta Conferencia la mayor de las efectuadas como evento universitario latinoamericano. Además de la alta calidad de las presentaciones, el ambiente amistoso y de total libertad para la exposición de los criterios por los participantes y en relación con esto la fecunda discusión en torno a los temas debatidos permitieron alcanzar los objetivos del encuentro.

A lo anterior se añadió la oportunidad de realizar visitas a Centros de Educación Superior e Investigación que permitieron a los visitantes tener una visión más completa y clara del país en este campo de actividad. Una función artística musical danzaria a cargo de estudiantes fue un momento que es hoy de grata recordación.

El Concurso auspiciado por la Organización Panamericana de la Salud que tuvo muy favorable acogida, permitió la asistencia de cerca de una veintena de autores de excelentes trabajos, la mayoría jóvenes docentes de nuestras universidades.

La realización material de estas memorias pudo hacerse realidad gracias también a la generosa contribución de la Organización Panamericana de la Salud, que respaldó la impresión de este volumen. La Secretaría General de la Conferencia con el apoyo material del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana y el Departamento de Publicaciones del Palacio de las Convenciones de Cuba tuvieron a su cargo la edición de las mismas. Lamentablemente, algunas intervenciones que se escucharon en la Conferencia no se recibieron en su versión escrita en la Secretaría, por lo que no se han podido incorporar a estas memorias.

Finalmente destacamos las reiteradas y cálidas expresiones de solidaridad de los universitarios latinoamericanos con nuestro país y nuestra universidad, en un momento histórico de gran compromiso de nuestro pueblo en su lucha por la independencia patria, su libertad de elección en la construcción de su futuro y en defensa de las ideas que han llevado adelante su transformación revolucionaria de la sociedad.

Esta solidaridad declarada de nuestros hermanos del Continente nos estimula a la continuación del trabajo por la senda escogida, cuyos resultados fueron objetivamente demostrados en la Conferencia.

Comité Organizador Cubano



RELATO GENERAL

Declaración de la Conferencia / 30

Los universitarios latinoamericanos frente al cólera / 32

Declaración de los estudiantes de América Latina / 34

RELATO GENERAL

1. INTRODUCCION

En el Palacio de las Convenciones de La Habana, Cuba, del 3 al 7 de junio de 1991, se realizó la Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población", convocada por la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) y el Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (ISCM-H). Contó con el auspicio de las siguientes instituciones y organizaciones:

- Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM)
- Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina (OFEDO)
- Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE)
- Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESPP)
- Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES)
- Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba (MINSAP)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Universidad de La Habana (UH)
- Sociedad Cubana de Administración de Salud (SOCAS)

La realización de esta Conferencia tiene un significado especial e histórico para la Universidad y la Salud de América Latina, por ser la primera reunión integrada que realizan las entidades representativas de las instituciones formadoras de profesionales que están organizadas en la UDUAL, así como el primer encuentro entre éstas y las asociaciones de profesionales e instituciones dedicadas a la salud colectiva (ALAESPP y ALAMES). Debe resaltarse también la magnitud del evento, dada la participación de delegados de casi todos los países de América Latina.

La realización de esta extraordinaria reunión integrada comprende también los siguientes eventos:

- XV Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina,
- VI Conferencia de Facultades y Escuelas de Odontología de América Latina,
- III Conferencia de Facultades y Escuelas de Enfermería de América Latina,
- XV Conferencia de Directores e Instituciones Docentes en Salud Pública, y
- II Encuentro de Egresados de la Maestría Internacional en Salud Pública de la Facultad de Salud Pública del ISCM-H (Cuba).
- III Encuentro Latinoamericano de Entidades Estudiantiles de Medicina y I Conferencia Integrada de Estudiantes del Area de Salud

Convocados por su compromiso con el mejoramiento de la salud de nuestros pueblos y con la Universidad de Latinoamérica, llegaron a esta bella ciudad de La Habana 420 delegados de 22 países de América y Europa y acudieron más de 300 participantes cubanos.

Es de reconocer el esfuerzo realizado por los participantes e instituciones al acudir a Cuba para reflexionar y debatir abierta y fraternalmente sobre situaciones y problemas de la Universidad de América Latina y su compromiso social, y acordar estrategias y acciones para avanzar en la transformación universitaria y el mejoramiento de la salud de sus pueblos.

El Gobierno cubano, la Organización Panamericana de la Salud y la Unión de Universidades de América Latina han realizados grandes esfuerzos y destinado recursos importantes para lograr que la Conferencia Integrada se realice y se concrete esta cara aspiración universitaria latinoamericana.

1.1 El Contexto de la Conferencia

La Conferencia Integrada se realiza en un momento histórico en el que las sociedades de América Latina atraviesan circunstancias económicas, sociales y políticas particularmente difíciles. La grave y prolongada crisis económica, la extrema precariedad de las estructuras productivas, la agobiante e injusta deuda externa y las políticas de ajuste estructural aplicadas por muchos gobiernos de la Región so pretexto de conjurar la crisis, ponen en serio peligro los avances democráticos que con alto costo social lograron los países de América Latina en la década pasada al emerger de los regímenes autoritarios represivos.

Este ciclo latinoamericano de crisis económica y rescate de las instituciones democráticas, se da en un contexto mundial caracterizado por importantes y acelerados cambios en el ordenamiento económico y de poder a nivel planetario. Ese nuevo escenario tiene a nuestros países como convidados de piedra, sufriendo el impacto de las negociaciones y de las medidas recesivas que los nuevos y antiguos poderosos acuerdan para consolidar un escenario unipolar de renovada hegemonía capitalista.

El progreso social ha sido una persistente meta en cada generación de latinoamericanos. Desde hace varios siglos el sueño de "hacer la América" se hacía realidad en tanto era posible construir sociedades, generar riquezas y elevar el nivel de vida por sobre la situación de las generaciones pasadas.

En el presente, ese sueño de superación ha quedado postergado para la mayoría de los países latinoamericanos. En ellos, por primera vez en su historia, las nuevas generaciones no ven para sí un futuro de progreso en relación al mundo de sus antecesores. Las amenazas del desempleo, la pauperización y la violencia se abaten sobre millones de individuos y familias latinoamericanas, como subproducto de la profunda crisis económica.

La inflación, la desvalorización de nuestras exportaciones tradicionales o la reducción del déficit fiscal son comprendidos y vividos dramáticamente en cada hogar a partir de referentes concretos: se deterioran los servicios sociales (salud, educación, vivienda), diferentes bienes de consumo se van haciendo inaccesibles y se incrementa el trabajo precario e informal carente de los beneficios previsionales.

Esta generalizada crisis viene acompañada por una racionalidad que privilegia la competencia y el individualismo en detrimento de la solidaridad y la integración de esfuerzos, como parte de una lógica perversa que lleva a suponer que es posible la salvación individual y aislada en un contexto de privaciones y miseria.

La crisis se tiende a expresar en una compleja combinación de indicadores económicos, pero también se expresa, y a veces se tiende a ocultar, en otros igualmente contundentes en lo cultural, social, sanitario y ético.

En cada país latinoamericano se está instaurando una política uniforme de ajuste económico. Ajuste de la pugna distributiva interna, ajuste del aparato productivo a las condiciones del mercado mundial, ajuste del sistema financiero a los niveles de producción, ajuste del gasto estatal en función de recursos llamados genuinos y mecanismos de recaudación. Las modalidades y alcances del ajuste no están predeterminados y los costos sociales, aunque insoslayables, son materia de discusión y negociación únicamente entre poderosos grupos económicos y políticos y entre los actores sociales más significativos.

Con la promesa de un incierto crecimiento futuro, el ajuste sirve en el presente para asegurar el pago de la deuda externa. La reducción del aparato estatal se ha convertido en una consigna generalizada. Al Estado se le atribuye toda la responsabilidad de la recesión, la falta de inversión y la inestabilidad. Se ocultan de esta manera la evasión fiscal, la exportación de capitales o el endeudamiento externo, circunstancias que no fueron producidas por, ni han beneficiado a, la gran mayoría de la población latinoamericana. Se da la ironía histórica de que aquellos sectores sociales que se beneficiaron del Estado concesionario y clientelista, en estos momentos exigen su destrucción. Ese desmantelamiento del aparato estatal que se pretende en muchos de nuestros países, no encuentra precedentes en ningún país capitalista desarrollado, aunque esas mismas élites beneficiarias los pongan como modelo.

La República de Cuba, en este contexto mundial, está sometida a un recrudecimiento del bloqueo por parte de los Estados Unidos y a serias dificultades económicas derivadas de la ruptura del sistema económico y el orden político de los países del este europeo.

Cobra entonces un especial significado que este encuentro latinoamericano sobre Educación y Salud se realice en Cuba donde, entre otros avances incuestionables, sean precisamente los alcanzados en Educación y Salud los que provocan la admiración y el interés de toda nuestra América y se hayan convertido en símbolos del progreso social del pueblo cubano. Esta Conferencia es un encuentro de reflexión y análisis para la acción de la Universidad de América Latina sobre la salud de sus pueblos, y es también un abrazo de solidaridad y de renovado compromiso con Cuba.

La Universidad pública de América Latina afronta serios problemas para realizar su misión social. Ellas, al tiempo que han ejercido el rol de conciencia crítica de la sociedad y sus funciones inherentes, han debido librar intensa lucha en defensa de sus fueros institucionales y los medios necesarios para su funcionamiento. El deterioro de la Universidad en lo que respecta a sus recursos y posibilidades tiene ya larga data. Las crisis económicas y políticas en nuestros países apuntaron sobre la Universidad a través de medidas restrictivas y represivas que han minado progresivamente sus capacidades. Pero no son únicamente las limitantes externas, sino también el efecto de sus propias contradicciones y su incapacidad para anticipar o acompañar transformaciones sociales e institucionales que ocurren en otras instancias de la sociedad y el estado.

Nuestra Universidad pública está desfinanciada, sobrepoblada e infraequipada de los medios necesarios. La lucha cotidiana es una lucha por la sobrevivencia, por impedir un mayor deterioro en lo académico, científico y en su proyección social. Esta es también una lucha para que deje ser esa Universidad, al mismo tiempo subdesarrollada, dependiente e injusta. Esta Conferencia es también, por ello, de autocrítica y de búsqueda de nuevas formas de defensa y de acción.

El estancamiento del avance en mejorar los niveles de vida y salud en muchos países, e incluso el retroceso en otros, es la característica del panorama epidemiológico social de la Región. La llamada "década perdida", con su secuela de recesión, inflación, desempleo, violencia e inestabilidad, ha culminado con la aparición del cólera, hoy convertido en todo un símbolo del drama latinoamericano.

El contexto se completa si pensamos que aquel estado benefactor, generado para amortiguar las históricas crisis de nuestro capitalismo criollo y dependiente, ha sido, en estas circunstancias, arrastrado a un funcionamiento regresivo que está dejando a nuestras poblaciones indefensas y abandonadas justamente cuando más ayuda necesitan. La caída dramática de la capacidad operativa de los servicios de salud y de la seguridad social es una manifestación particular de este fenómeno que también pone en crisis el desarrollo de los recursos humanos de la Región en términos de formación, espacios de práctica, empleo, condiciones de trabajo, etc.

1.2 Objetivos de la Conferencia

Esta iniciativa se genera en el marco de los compromisos sociales asumidos en Alma Ata y teniendo en consideración los profundos cambios que están ocurriendo a nivel internacional y que están reestructurando el orden político y la división mundial del trabajo, así como las tendencias dominantes en la orientación política y económica de muchos gobiernos de la Región. Siendo que las Universidades se definen a sí mismas como instrumentos de cambio social y conciencia crítica de la sociedad, se impulsó esta iniciativa que se plasma hoy en esta Conferencia Integrada con la intención de que la Universidad se sume también a la acción consecuente con la mejoría de la vida y la salud de los latinoamericanos.

Se buscaba también poner a prueba la real capacidad y decisión de todas las organizaciones de llegar a puntos de convergencia interdisciplinarios, siempre comentados, mas nunca encarados y menos aún llevados a la práctica.

Así mismo, ha estado implícito en todas las actividades preparatorias el objetivo de culminar este evento con la adopción de estrategias que posibiliten nuevos debates y la aplicación de algunas de sus recomendaciones, que ojalá verifiquemos en el tiempo, respetando las identidades y particularidades de los procesos de las asociaciones, instituciones, subregiones y países presentes en esta convocatoria.

Así se pensó desde el inicio en esta reunión como un punto de llegada, pero al mismo tiempo como un punto de partida para una acción conjunta, para una convocatoria amplia que articule los esfuerzos de quienes están comprometidos con la salud de nuestros pueblos.

1.3 Antecedentes

La Dra. María Isabel Rodríguez por el Comité Organizador Internacional, presentó un informe sobre el proceso preparatorio para esta conferencia, señalando de forma amplia los propósitos y las propuestas resultantes de ellos.

El gran propósito que emerge de estas reuniones preparatorias se puede resumir en la necesidad de construir una postura universitaria latinoamericana en el campo de la Salud en beneficio de las grandes mayorías de nuestro continente y con el propósito de contribuir a brindar al conjunto de organizaciones populares colaboración para alcanzar un nivel de bienestar social que tenga a la salud y a la defensa de la vida como sus objetivos centrales.

La decisión de las diferentes asociaciones del área de la Salud de llevar a cabo esta reflexión, llevó a la realización de tres eventos preparatorios, todos ellos caracterizados por el esfuerzo de conjugar puntos de vista de médicos, enfermeras, odontólogos y de técnicos de otras áreas del saber, responsabilizándose para esto a las tres asociaciones promotoras de la idea.

El primer encuentro fue realizado en ECUADOR bajo la dirección de ALADEFE con el enfoque del "Papel de la Universidad en la elevación del nivel de salud de la población", con tres grandes temas: Educación y nivel de salud de la población; Orientación programática biológica y social en la educación e Incorporación de nuevas tecnologías y nivel de salud de la población.

El segundo encuentro, a cargo de ALAFEM, se realizó en REPUBLICA DOMINICANA reflexionando sobre tres temas: Contexto y determinantes de la relación Universidad y prácticas de salud en América Latina; La universidad como formadora de profesionales en América Latina y El papel del diseño curricular dentro de las estrategias de cambio universitario.

Para el abordaje del tercer tema se realizaron dos reuniones, ambas dirigidas por OFEDO, discutiéndose "La contribución de la Universidad a la Atención Primaria y a los Sistemas Locales de Salud", con dos grandes vertientes: La misión y La función de la Universidad Latinoamericana en la sociedad.

La convergencia de profesionales de las distintas ramas y la evidente preocupación por alcanzar niveles de interacción multidisciplinario permiten vislumbrar nuevas formas de trabajo a pesar de las especificidades de cada profesión. Sin embargo la etapa actual, que se caracteriza por el individualismo, el egoísmo y el mercantilismo, exige el replanteamiento del accionar de las universidades.

Nuestras instituciones gozan del privilegio de contar en su seno con profesionales de elevada capacidad, con una autonomía de gestión importante para poder enfrentar las políticas más regresivas y con la participación de la comunidad estudiantil, siempre crítica, inquieta y con espíritu de sacrificio.

Todos estos esfuerzos y el profundo interés demostrado, obligan a definir estrategias que permitan actuar e ir más allá "pensando en la salud, en la educación y en la vida misma de nuestra población".

2. PAPEL DE LA UNIVERSIDAD EN LA ELEVACION DEL NIVEL DE SALUD DE LA POBLACION

El contexto socioeconómico latinoamericano, cada día más deteriorado, está caracterizado por creciente precariedad en las relaciones laborales, incremento de la segmentación y amenaza de descomposición social, destrucción del medio ambiente y ausencia prolongada de inversión en saneamiento entre otras condiciones, lo que constituye el telón de fondo de la baja calidad de vida de los latinoamericanos.

El impacto de la crisis socioeconómica sobre los sectores sociales sumerge a las Universidades en una situación de ahogamiento financiero permanente que las obliga a una lucha continua por lograr incrementos presupuestarios, tratando de superar la imposibilidad de llevar adelante programas de desarrollo, utilizando la mayor parte de los presupuestos exclusivamente para cubrir sueldos y salarios y, en consecuencia, con pocas posibilidades de contribuir a la solución de los problemas de salud y educación de la población. La contribución de las Universidades a la salud de la población dependerá, por lo tanto, de las condiciones concretas de cada país.

En el caso de Cuba la situación presenta la especificidad de su régimen socialista y de su sistema de planificación central, lo que le ha permitido orientar los recursos sociales dando prioridad a la Educación y la Salud como base del desarrollo del país, bajo la consideración que el recurso humano es el principal factor para el desarrollo.

La salud como consecuencia de la relación multicausal de variables no es solamente un estado, sino un proceso cualitativo complejo del hombre en su contexto familiar y social. Así también no es sólo un problema teórico, sino que implica una capacidad técnico-práctica para su resolución. Para América Latina se puede afirmar que "el nivel de salud tiende a hacerse diferenciado según las clases antagónicas, y no a homogenizarse como en una sociedad sin clases antagónicas de mayor equidad".

El papel de los Ministerios de Salud en países capitalistas no evidencia un real compromiso con las demandas de la población porque la salud no es una prioridad y, al no serlo, priman intereses económicos y políticos por sobre los sociales y éticos de preservación de la salud y la vida humana, derechos inalienables del hombre.

Algunos lineamientos que se citan a continuación se han venido utilizando como base de las políticas de salud en Cuba:

- Decisión política del Estado para realizar transformaciones en salud.
- Reconocimiento de la salud como un derecho de la población y una responsabilidad por parte del Estado.
- La gratuidad de la atención de salud al individuo, familia y comunidad.
- Existencia de un sistema único de salud.
- Programas basados en la atención primaria de salud.
- Incrementos presupuestarios destinados a programas ambulatorios, comunitarios y hospitalarios.
- Fortalecimiento de programas de salud familiar.
- Participación de la comunidad en la solución de los problemas de salud de la población.
- Desarrollo en todos los niveles del sistema de salud del proceso de integración de asistencia, docencia e investigación.

El rol de la Universidad frente a la salud de la población hace referencia a la relación entre sociedad y educación. En nuestra Región la Universidad debe responder ante las determinaciones del sistema capitalista. La cuestión planteada es cómo puede la Universidad cambiar de estructura para socializar su trabajo en un contexto capitalista.

Para intentar dar respuestas, se proponen algunos lineamientos estratégicos:

- A través de cambios en sus estructuras internas académicas y de gestión.
- Buscando permanentemente la excelencia científica y la formación académica de más alta calidad y desarrollo.
- Buscando la interdisciplinariedad en su trabajo.
- Vinculando su acción a la comunidad.
- Ligándose a la productividad del país.
- Creando o aportando al acervo científico nacional e internacional.
- Buscando el trabajo multisectorial.

Esto permitirá a la Universidad cumplir con su misión, especialmente en lo relacionado con:

- La formación integral del estudiante.
- La formación de profesionales de alta calificación científico-técnica y humana.
- Investigación y producción científico-técnica.
- Transmisión del conocimiento.
- Fomento y conservación de la cultura.
- Extensión universitaria.

Se enuncian a continuación algunas reflexiones y propuestas estratégicas en torno a áreas identificadas como prioritarias en el abordaje de esta temática por parte de los diferentes panelistas que intervinieron al respecto.

En primer lugar hay que señalar tres de las características esenciales de la Universidad Latinoamericana: la de ser subdesarrollada, dependiente e injusta. Resulta cruel el hecho de que esta tríada de características está presente en su conjunto y no en forma aislada. Esta Universidad, inserta en países con grandes masas de necesitados que no disponen de las condiciones mínimas para vivir con dignidad, debe superar estos terribles atributos.

¿Cuál es el papel que la Universidad debe cumplir en este contexto? La respuesta es promover

la equidad, pero no de la miseria o de la pobreza, sino de la dignidad humana y la calidad de la vida. Esta equidad se hará real a través de las políticas de empleo, inversión en servicios de drenaje y agua potable, protección del medio ambiente, acceso a la alimentación. Para que la Universidad cumpla con esta misión debe crear conciencia sobre las implicaciones teóricas, metodológicas y prácticas que su papel fundamental le exige, para ejercer su acción transformadora a nivel del Estado, de las organizaciones sociales y no gubernamentales y de su propia acción.

A manera de propuestas necesarias tendientes a lograr que la Universidad latinoamericana contribuya a la elevación de la calidad de vida de la población, se enunciaron las siguientes:

- 1) Enfoque comunitario. La comunidad debe ser objeto y sujeto de la acción de la Universidad, esto es, debe ser protagonista, participante y destinataria de las actividades universitarias.
- 2) Orientación integradora de lo biológico y social. Llevar adelante una consecuente incorporación de lo social en el abordaje teórico y práctico de los problemas de salud. Esto implica avanzar en el análisis del proceso vital humano (categoría que se presenta como una posibilidad analítica más comprehensiva y totalizadora), y reconocer al hombre como eje del saber y del hacer en salud. Implica igualmente avanzar en la búsqueda de la integralidad del conocimiento biológico y social para implementar metodológica y estratégicamente la atención de los problemas de salud.
- 3) Fundamentar el trabajo en salud en una práctica multiprofesional, interdisciplinaria, transectorial y multisectorial, a través de proyectos cooperativos entre países, regiones y a niveles locales.
- 4) Vincular el trabajo en salud con el trabajo productivo, lo cual permitiría rebasar la concepción de que la salud es un gasto y no una inversión, y por otra parte asumir el papel de generadora de riquezas produciendo insumos, fármacos, equipamientos, instrumentos.
- 5) Articulación docencia-servicio-investigación fundamentada en el principio de aprender haciendo y aprender transformando en las condiciones reales de los servicios. En este proceso la investigación será el eje orientador de cambio y transformación de la realidad. La utilización crítica de la tecnología requiere establecer políticas y prioridades tecnológicas que impulsen la aplicación de lo que realmente sea eficaz y ético, evitando no solamente los costos excesivos, sino las posibles consecuencias nocivas para el organismo humano, para las colectividades y para el ambiente.
- 6) Actitud de autocrítica permanente de la Universidad en el cumplimiento de su misión frente a su trabajo conceptual, metodológico y operativo. Esta autocrítica debe alcanzar las relaciones directas e indirectas que mantienen las universidades con organismos locales, nacionales e internacionales. Además de autocrítica, la Universidad debe tener una permanente práctica democrática en todos los campos de su actividad.
- 7) Es preciso destacar la necesidad de una ética de la práctica universitaria que comprenda tanto la actividad docente como investigativa.
- 8) Es preciso también intensificar la defensa de la Universidad pública en momentos en que, bajo las políticas neoliberales, se pretende reducir su espacio sometiéndola a las leyes del mercado, bajo una racionalidad social e institucional que prioriza lo individual y lo privado.

La contribución que de esta manera realice la Universidad contribuirá a la recomposición del tejido social y al establecimiento de formas no antagónicas de vinculación entre el Estado y la sociedad.

2.1 Educación y nivel de salud de la población

La naturaleza compleja de este tema planteó la necesidad de un tratamiento analítico en base a los siguientes elementos:

- a) Aspectos teórico-conceptuales.
- b) Dificultades encontradas para lograr los cambios deseables en la Universidad.
- c) Propuestas preliminares.

a) Aspectos teórico-conceptuales

Se enfatizó la urgencia de superar los conceptos convencionales de salud y de enfermedad y de centrar la problemática en la preocupación por la comprensión, defensa y promoción de la vida humana y de la salud como realización plena de la vida. Cada vez es más insuficiente el trabajo centrado en la recuperación de la enfermedad. Si bien la sociedad tiene que responder a esta demanda de recuperación de la enfermedad, el campo sanitario es más amplio y demanda trascender lo médico y la atención individual.

Se reconoció a la Universidad como espacio social de producción, transmisión y aplicación del saber, la técnica, la cultura, el arte y la tecnología necesarios para satisfacer las necesidades sociales. En el campo de la Salud tales necesidades cubren un amplio espectro que va desde garantizar adecuadas condiciones de vida, hasta suministrar servicios asistenciales de calidad. En la sociedad actual el mercado ejerce una poderosa influencia sobre el tipo de necesidades y de satisfacciones posibles, estableciendo enormes desigualdades en las oportunidades de satisfacción.

La Universidad no puede ser ajena a esta realidad y debe contribuir a proponer respuestas alternativas en las que el eje no sean los intereses del mercado sino la satisfacción universal de las necesidades prioritarias. Se señaló que cualquier propuesta de mejor respuesta de la Universidad a la salud en la sociedad debe incluir una orgánica relación de las actividades de investigación, docencia, asistencia y promoción. Un desbalance de funciones o la persistente predominancia de la docencia limitan las posibilidades del papel universitario.

Igualmente se resaltó como fundamental la acción interdisciplinaria. Se advirtió al respecto que la interdisciplina no es un debilitamiento o negación de las diferentes disciplinas, sino la construcción de objetos de conocimiento y transformación comunes, desarrollados con los insumos teóricos y metodológicos de los diferentes campos del saber implicados.

Complementariamente se resaltó la importancia de la acción interprofesional, aclarando también que no se trata de la muerte o fusión de las profesiones, sino su potenciación y realización en acciones comunes y concentradas hacia solución de las necesidades sanitarias sociales e individuales.



Se expresó que la Universidad debe formar el personal del campo sanitario y de los campos afines con recursos metodológicos adecuados para enfrentar los diferentes niveles de la realidad implicados. Al respecto, se requiere tanto la rigurosidad bionatural y cuantitativa, como las metodologías de las ciencias sociales y de la epidemiología. Es tan reduccionista pretender mantener la hegemonía cuantitativa y bionatural, como moverse pendularmente hacia una racionalidad exclusiva y excluyente sociopolítica.

Se advirtió que en esencia la Universidad tiene que ser un espacio democrático, de una democracia real que debe funcionar y defenderse no sólo en el ejercicio del poder, sino en la dinámica de construcción y difusión del conocimiento y en la entrega de servicios.

Finalmente se señaló la necesidad de plantear la problemática de la ética. Es urgente la formulación y la realización de una nueva ética de la vida, la salud. Se requiere una ética diferente a la del mercado, una ética científica, una ética pedagógica, una ética médica y una ética sanitaria.

b) Dificultades encontradas para lograr los cambios deseables en la universidad

Se señaló en primer lugar la hegemonía del saber y la práctica biomédica centrada en la enfermedad y en el médico como un serio obstáculo para cualquier transformación. Sin superar las bases teóricas y las estrategias de acción de dicho modelo, cualquier esfuerzo transformador resulta casi estéril.

Como consecuencia de lo anterior, la estructura y dinámica mayoritarias del profesorado universitario con frecuencia son más un obstáculo que un facilitador de las tareas formadoras requeridas. Un proyecto que no considera estrategias al respecto, carga con un peso excesivo y se expone a no ser viable a corto plazo.

Se advirtió también que los efectos de la crisis no sólo están dificultando o impidiendo las transformaciones, sino poniendo en cuestión hasta la sobrevivencia misma de la Universidad pública. Los recortes presupuestales, la insatisfacción salarial, el multiempleo subsiguiente y la imposibilidad financiera de la investigación, son sólo algunos de los indicadores de tales efectos. Cada vez son más difíciles las relaciones de la Universidad con los gobiernos, no sólo por la cuestión financiera, sino por los problemas no resueltos de la autonomía universitaria, los intereses en ocasiones antagónicos y las diferentes expectativas.

Se reconoce el distanciamiento de la Universidad con la Sociedad como uno de los problemas actuales más graves y su rearticulación se ve, en consecuencia, como uno de los ejes esenciales de una nueva estrategia universitaria. En el campo de la salud este distanciamiento se traduce en parte en la desarticulación entre la Universidad y los servicios de salud. Se señaló también el problema de una doble cultura en el campo profesional médico: la cultura de los médicos generales y la cultura de los especialistas. Finalmente se señaló la tendencia a la teorización sin una práctica consecuente como otro de los obstáculos que, desde dentro de la propia Universidad, dificulta su acción transformadora.

c) Propuestas preliminares

De los planteamientos anteriores, se fueron deduciendo algunas propuestas que podrían resumirse como elementos fundamentales para una agenda de trabajo universitario:

- Rearticulación de la Universidad en la sociedad actual dentro de las especificidades nacionales.
- Reformulación teórica a partir de centrar el objeto y la acción sanitaria en la comprensión, defensa y promoción de la vida humana y de las condiciones de su realización en condiciones adecuadas de salud.
- Democratización real de la totalidad de la acción universitaria.

- Tender hacia la acción interdisciplinaria en los procesos formativos.
- Establecer una relación más orgánica entre la Universidad y los servicios de salud.

2.2 Orientación programática biológica y social y nivel de salud de la población

Fueron resaltadas las cuestiones relacionadas con los cambios curriculares y sus estrategias. Al respecto se enfatizaron los siguientes puntos:

- La formación universitaria debe redefinirse bajo la lógica de la educación de adultos y no de la pedagogía tradicional.
- La necesidad de utilizar la lógica de educación problematizadora considerando el peligro de los falsos problemas.
- Requerimiento de usar los aportes de la epidemiología en general y de los enfoques de epidemiología social.
- Apertura de nuevos espacios de aprendizaje con énfasis en el trabajo comunitario.
- Precoz formación para la práctica organizada por complejidad creciente.
- Previsión de salidas profesionales intermedias y comunes para todas las carreras de salud (Técnico en Salud).
- Creación de espacios conjuntos de trabajo para planificadores de servicios de salud y para planificadores educacionales.
- Capacitación pedagógica de profesores como práctica transformadora de la cultura de las organizaciones. Fue discutida la suficiencia de una redefinición pedagógica para cambiar el sentido de la educación superior estimándose insuficiente, pero que podía servir para crear mejores condiciones para ese objetivo.
- Cambiar el rol del profesor a facilitador del aprendizaje.
- Aplicación de la lógica de estudio-trabajo, comprendiendo que el funcionamiento real de los servicios de salud limita la formación. Al respecto se puso el ejemplo cubano, con el impacto del Médico de la Familia sobre la educación superior.
- Considerar el riesgo de formar personal de salud con una fuerte formación social pero con dificultades de inserción en el mercado de trabajo, recordando la experiencia del proyecto de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, en México.
- Consideración estratégica de que en los actuales currículos se han materializado muchos intereses que reaccionarán ante cualquier cambio como frente a una amenaza.
- Posibilidad de orientar las reformas de afuera hacia adentro, es decir, abriendo el proceso a la participación del personal de los servicios y de las fuerzas gremiales, ampliando las alianzas con sectores que impulsan cambios convergentes.
- Utilización de enfoques de planificación estratégica para apoyar propuestas de cambio más potentes, identificando el currículo y la formación universitaria como un campo de lucha con fuertes conflictos e intereses y actores identificables de adentro y de afuera.

Una segunda línea de cuestiones estuvo referida al campo de la articulación del conocimiento básico biológico y social.

En este campo no se ha tenido un considerable avance considerando que desde Henry Sigerist, pasando por Juan César García y los importantes aportes de María Isabel Rodríguez, se ha venido reflexionando sobre la necesidad de una fuerte formación social en los profesionales de salud y, sin embargo, la práctica resiste porfiadamente estas recomendaciones, verificándose incluso algunos reflujos en las universidades que más habían avanzado en este campo.

Es importante considerar que la ausencia de formación en ciencias sociales debe ser vista como una propuesta ideológica que refuerza "otro" pensamiento social neopositivista que como un pase de magia hace desaparecer todo lo que no es medible y entra por los sentidos del alumno. Es difícil romper con el esquema combinado de pragmatismo e idealismo como estrategias de fuga ante cualquier pensamiento crítico.

Se planteó así mismo que la articulación no es una suma, que lo biológico está atravesado por lo social, y que hasta la mismísima Anatomía debe explicar porqué algunas poblaciones no alcanzan el desarrollo corporal de su potencial genético.

La articulación entre lo biológico y lo social debe considerar también un espacio para la integración de lo psicológico o mental.

Como conclusión, es claro que en la Universidad se debe instalar una profunda autocrítica como base para abordar un nuevo intento de transformación, más potente y más inteligente, que permita enfrentar exitosamente a las fuerzas que buscan tener a la Universidad como uno más de los instrumentos de políticas económicas y sociales que intentan destruir hasta los últimos vestigios de solidaridad y justicia social en América Latina.

2.3 Incorporación de nuevas tecnologías y nivel de salud de la población

El proceso tecnológico en salud fue reconocido como uno de los factores más dinámicos en el desarrollo de los servicios médicos en el momento actual. Sin embargo, se señaló que para dar tratamiento al mismo en relación a su impacto sobre la salud de la población, es necesario contextualizar ese proceso.

Desde ese punto de vista se precisó que es necesario ubicar el proceso tecnológico en la realidad de América Latina, siendo indispensable responder a algunas preguntas fundamentales:

- De qué tecnología estamos hablando y en que país, dada la crisis y el deterioro de la vida, la salud y los servicios básicos
- Tecnología para qué
- Tecnología para quién

En la gran mayoría de nuestros países existe, bajo tal razonamiento, una tecnología en salud que se caracteriza por ser **dependiente, subdesarrollada e Injusta**. Es innegable el peso del poder económico y político de las transnacionales productoras de tecnología sofisticada, y por ello debemos definir estrategias claras en defensa de la salud de la población y de sus condiciones de atención.

En Cuba, dado el nivel de desarrollo alcanzado por la Salud Pública y el nivel de salud de la población, existe un proceso de desarrollo tecnológico muy importante, habiéndose convertido en uno de los países más avanzados en este aspecto.

Fue puesta de manifiesto la preocupación existente sobre la racionalización del uso de la tecnología en los niveles complejos del sistema. Bajo el principio de que la buena tecnología es la tecnología útil, fue señalado el énfasis que se pone en la importancia del método clínico integral para la definición de la pertinencia de usar o no determinada tecnología diagnóstica.

Se señaló que se tiende a desnaturalizar la finalidad del uso de la tecnología, tendiendo a pensar que ésta es sustitutiva y que reemplaza al razonamiento científico en la atención. Hay en este aspecto una gran responsabilidad de la Universidad como formadora de profesionales.

Fue resaltado que es importante definir y desarrollar la tecnología necesaria en la Atención Primaria de Salud (APS), considerando este punto como estratégico para el mejoramiento de la salud del pueblo. Aunque pueda parecer reiterativo, debe señalarse que Atención Primaria no es medicina de segunda para pobres y marginados y, por lo tanto, la tecnología de la APS no es de segunda, no tiene por qué ser necesariamente y exclusivamente sencilla o simplificada. El concepto de tecnología apropiada es el que puede dar cuenta de esta necesidad.

Se reseñó la experiencia que se viene dando en Cuba con el desarrollo y utilización de tecnología en APS por el Médico de la Familia, utilizando tecnologías de proceso para tamizaje poblacional de problemas prevalentes, y tecnologías apropiadas para la promoción y prevención así como para el estímulo de la participación comunitaria.

Es necesario que la Universidad asuma su rol en la lucha por el desarrollo de tecnología en función de la salud de la población. No es aceptable que América Latina se resigne al rol de mero receptor y comprador de tecnología desarrollada sobre bases del lucro y el interés comercial. Tampoco se debe abandonar la lucha por el desarrollo autónomo que progresivamente cancele el abismo tecnológico con los países desarrollados. De allí que la investigación en la universidad debe merecer el mayor impulso y prioridad.

La Universidad latinoamericana puede jugar un rol fundamental en adaptar, apropiar y desarrollar tecnologías sociales para el trabajo integral en la APS. Del mismo modo, puede y está en capacidad, a pesar de la crisis, de aportar un desarrollo local de tecnologías para resolver problemas inmediatos con alto nivel de eficiencia y ahorro.

La formulación y desarrollo de nuevos planes curriculares que apuntan a un cambio estructural del modelo de formación, debe incluir necesariamente un proceso de cambio en la orientación, estructura, práctica e ideología docente, ya que a través de ellos se ejerce la determinación de la práctica sobre la formación, siendo los docentes en última instancia los reproductores del modelo que se intenta cambiar y los principales transmisores del uso irracional, subdesarrollado, dependiente e injusto de la tecnología en salud.

Es necesario que la Universidad pase de una vez por todas del discurso a la acción, asumiendo su rol en el mejoramiento de la salud de la población. En el proceso de formación de profesionales, ello implica transformar los modelos de formación y definir con claridad sus propuestas tecnológicas.

Los países y las universidades latinoamericanas tienen que establecer relaciones de intercambio de experiencias para fortalecerse mutuamente en una estrategia de desarrollo tecnológico independiente.

3. LA UNIVERSIDAD Y LA PRACTICA DE SALUD

Las prácticas en salud son definidas 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 y los requerimientos de las enfermedades y la muerte. Estas respuestas se expresan en el modo de producir servicios de atención de salud por parte de efectores específicos. En su desarrollo se establecen relaciones sociales, económicas e institucionales entre los trabajadores de la Salud, las instituciones y la población.

Se trata de diseñar, desde las Universidades, en cada uno de los ámbitos que le corresponde (docencia, asistencia, investigación y extensión) propuestas y estrategias que permitan construir mayores espacios democráticos para movilizar y desarrollar la capacidad colectiva (profesionales y comunidades) de plantear y reconocer problemas, analizar los determinantes esenciales y sus relaciones con las

realidades del país con el fin de desarrollar conciencia crítica, organización interna y de las comunidades, con el propósito de formar personal con una visión integral que contribuya a la transformación de la problemática de salud que confronta la mayoría de la población de nuestros países.

El concepto de práctica de salud no debe ser restringido exclusivamente al de práctica médica, odontológica o de enfermería, por muy relevantes que ellas resulten. Debe comprender una perspectiva más abarcadora e incluir todas las formas sociales de dar respuestas a las necesidades de la población en materia de salud. Ello implica las formas de organización de la atención a la salud, así como otros componentes extrasanitarios o intersectoriales determinantes de la salud de la población.

Siendo social la esencia de la salud humana, las acciones tendientes a su preservación van más allá de la atención médica para comprender distintos sectores de la economía y la sociedad, tales como educación, vivienda, nutrición y empleo, entre otros.

El análisis de los Sistemas de Salud y de las instituciones universitarias del sector como formas de concreción de opciones políticas, no puede desvincularse de los procesos de transformación del Estado y de la redefinición de sus vinculaciones con los diferentes sectores que conforman la sociedad.

El eje conceptual del análisis de las perspectivas de reformulación de los servicios de atención médica deberá integrarse con el desarrollo de nuevas modalidades de articulación entre Estado y Sociedad.

La mayoría de países de América Latina se encuentran sometidos en la presente década a un proceso de ajuste económico que ha profundizado y puesto en evidencia las profundas diferencias existentes entre las clases y grupos sociales. El impacto de estas medidas ha tenido un peso diferenciado sobre los distintos sectores de la población, siendo afectados en forma predominante los grupos menos favorecidos en la distribución del ingreso y de la riqueza, y secundariamente las capas medias de la población. La clase alta no se ha visto mayormente afectada, e incluso ha obtenido beneficios de la situación dado que las propuestas neoliberales favorecen la economía de mercado, la circulación, la concentración y la acumulación del capital hacia los grupos de poder.

Señalamos algunos problemas detectados en el sistema formador de recursos humanos en la mayor parte de los países de la Región.

- Una fuerte contradicción entre lo que se postula como objetivo de la formación de pregrado (énfasis en medicina general, atención primaria de la salud, respuesta a las necesidades prioritarias de salud de la población) y una práctica orientada hacia la especialización temprana y la sobreespecialización, fenómeno que se visualiza desde los últimos años del pregrado.
- Una oferta educativa de posgrado orientada a la formación de especialistas que no constituye un sistema coherente en función de objetivos claramente definidos, respondiendo en los hechos a los requerimientos del mercado de servicios de salud. Esta oferta educativa suele tener un carácter anárquico, fragmentario, con regulaciones muy débiles, con bajos niveles de exigencia que posibilitan acceder a la especialidad a través de diversos mecanismos disímiles que, además, se han deteriorado en los últimos años: carreras de posgrado, residencias, concurrencias y cursos de actualización y perfeccionamiento, estos últimos de muy diversa calidad y que generalmente no responden a requisitos que garanticen una adecuada capacitación.

- La orientación de los contenidos en los diversos mecanismos de formación de especialistas suele responder a la misma concepción biologista, reparadora e individualista del pregrado, lo que se verá reforzado por el modelo de práctica dominante.
- Se verifica una creciente devaluación de los créditos educativos del pre y posgrado frente a las mayores exigencias de los mercados de servicios de salud.

En síntesis, la docencia continúa siendo predominantemente tradicional e induce escasamente a la reflexión y a la generación de pensamiento propio, continúa siendo predominantemente hospitalaria y, cuando se inserta en los ambulatorios, continúa centrada en la curación. Esto refleja el reforzamiento recíproco existente entre las exigencias del modelo de práctica médica prevalente y la formación de personal de salud. La Universidad continúa cumpliendo un papel reproductor del modelo dominante, alejado de las necesidades de salud de la población. Las Universidades se transforman en verdaderas "estaciones repetidoras", reproductoras de conocimiento con bajos niveles de crítica y escasa capacidad de producción de conocimiento propio, jugando un rol secundario de la práctica de salud.

A esto se añade que el desarrollo técnico científico acelerado incrementa la velocidad de obsolescencia del conocimiento profesional, dando origen a una necesaria actualización y educación permanente como un nuevo desafío para las instituciones formadoras. Esta es también una de las razones del comprobado desfase entre el conocimiento disponible y el incorporado a los currículos de las instituciones formadoras. Se entiende por ello que el ritmo actual de producción de conocimientos obligue a modificar los criterios de planificación curricular y redefinir los procesos de selección para la incorporación de contenidos a los currículos.

Adicionalmente, la aceptación mecánica de los avances técnicos producidos en los países centrales supone un énfasis en enfermedades que no siempre representan los problemas más relevantes en las sociedades donde esos conocimientos se transplantan. Tampoco el desarrollo de las especialidades está siempre asociado a la necesidad de dominar un cuerpo de conocimientos en continuo crecimiento; en ocasiones se trata del dominio de una técnica o la utilización de un aparato que, por su rentabilidad, justifica la dedicación exclusiva del profesional a su aplicación.

En lo referente a los servicios de salud se entiende que en un contexto de grave crisis socioeconómica, con políticas sociales profundamente afectadas por ella, el sistema prestador padece restricciones crecientes que no aseguran una adecuada inserción laboral a la fuerza de trabajo en Salud, particularmente los profesionales que se siguen graduando en las universidades latinoamericanas.

El impacto de la crisis y la severa restricción presupuestaria determinan por un lado escasez de recursos humanos y materiales en las instituciones de servicios y, por el otro, un incremento de la demanda de atención por parte de una población que, en algunos países, cuenta con cobertura teórica a través de la seguridad social, pero que en la práctica, como consecuencia de la crisis, se ha transformado en población en situación de indigencia médica.

No existe concertación de esfuerzos entre las instituciones formadoras y las instituciones prestadoras de servicios de salud. La mayoría de las escuelas y universidades no disponen de espacios de integración con los servicios de salud y con el desarrollo de las investigaciones. Eso explica que el 70 % de las escuelas no participen con los servicios de salud, y que sólo el 17 % de ellas utilice la atención primaria como espacio docente, como lo demuestra el estudio de análisis prospectivo de la OPS.

La investigación-acción y el estudio-trabajo, como estrategias transformadoras, necesitan los espacios cotidianos y las estructuras existentes como objeto de su trabajo, por lo cual la integración docencia-asistencia-investigación (IDAI) se constituye en un requisito fundamental.

Siendo las Universidades una de las instituciones que pueden y deben contribuir al proceso de transformación de la sociedad, tienen que tomar como espacios para su trabajo diario, además de los hospitales, los otros servicios de salud y las comunidades. Esto constituye un reto y un riesgo que tienen que asumir consciente y críticamente. Las Universidades deben estar conscientes de su capacidad de generar conocimiento para la transformación social, identificando los problemas y evidenciando sus determinaciones y mediaciones en la estructura social. Pero tienen que tener conciencia de la debilidad relativa desde la cual se construye el proceso de cambio. Así, los cambios que se generan con la participación de las Universidades tendrán sentido en la medida que no se pierda la perspectiva de la necesaria transformación cualitativa del todo social. De no ser así, su inserción será sólo un paliativo, y un elemento reproductor y de consolidación de una sociedad profundamente desigual e injusta.

Existe un proceso de interacción y condicionamiento mutuo entre el sistema de educación médica y el sistema de prestación de servicios en el que este último resulta determinante, principalmente a través de la estructura del mercado de trabajo. No quiere ello decir que las instituciones formadoras asuman necesariamente un rol pasivo; por el contrario, tienen un margen de autonomía relativa de gran significación política, al abrir espacios de lucha ideológica y técnica que pueden contribuir a la búsqueda y materialización de transformaciones sociales que permitan alcanzar sistemas de salud congruentes con las necesidades de toda la población. Este enfoque supera el dilema: no hacer nada hasta que se transforme la sociedad vs. la pretensión de transformar la sociedad a partir de cambios académicos.

Parece indispensable hacerse cargo de la necesidad de seguir formando especialistas de manera que se desarrollen en los profesionales las capacidades y actitudes que favorecen el trabajo de equipo.

Con ese objetivo se recomienda la inclusión de las ciencias sociales y la epidemiología en los currículos para la formación de especialistas de manera de favorecer la comprensión y el diagnóstico de los problemas complejos, así como la necesidad del trabajo interdisciplinario para su resolución, avanzando en la reorientación de la formación en salud en función del proceso de salud-enfermedad como objeto de estudio y de transformación, ya que la comprensión integral de dicho proceso supondría dar cuenta de sus aspectos biológicos y sociales en todos los niveles de formación, en una perspectiva histórica, compleja y dinámica que se integre a las políticas de cambio en búsqueda de una efectiva práctica transformadora.

Se propone "redefinir las prioridades de investigación en el sentido de fortalecer las áreas de necesidades de salud y de respuestas sociales a dichas necesidades", sin olvidar que el fortalecimiento de los grupos de investigación y docencia sólo puede efectivizarse creando las condiciones materiales, técnicas y financieras para ese fin.

Por último, se integra la necesidad de construir la capacidad institucional para el planteamiento educacional con orientación estratégica, mirando hacia el futuro. De este modo se comienza a articular una propuesta técnica, pero con profundos contenidos políticos.

En este sentido la articulación de la docencia, la investigación y el servicio en diferentes escenarios de práctica pero con una fuerte jerarquización del trabajo comunitario, la aplicación de propuestas inspiradas en la lógica estudio-trabajo, una formación orientada a la resolución de problemas, las propuestas de investigación-acción, la incorporación de la comunidad como sujeto activo de experiencias de aprendizaje conjunto, la aplicación de enfoques estratégicos de planificación educativa y curricular, la participación de la Universidad en los procesos de educación permanente, entre otras, constituyen estrategias sólidas que muestran un proceso creciente de autocrítica y de búsqueda colectiva e imaginativa de caminos, por parte de una Universidad Latinoamericana amenazada y forzada por la crisis a recurrir a nuevas formas de acción y concertación que le permitan superar y enfrentar una nueva etapa de su existencia.

3.1 Modelos de la práctica profesional en salud. Fundamentos económicos y técnicos

Los principales ejes de este tema se organizaron alrededor de las siguientes cuestiones polémicas:

- Si la formación debe seguir los cambios de la práctica o, por lo contrario, la formación debe ser un vector de cambio de la práctica.
- Si la Universidad debe liderar esos cambios, o si la Universidad sólo puede acompañar los cambios de la práctica.
- Si se pueden pensar los procesos de reforma curricular como una propuesta contrahegemónica, o si esa aspiración lleva implícita una sobreestimación del rol de la Universidad.
- Si la Universidad debe prestar servicios, frente a la postura que dice que nunca fue la función de la Universidad hacer tal cosa.

Frente a estos temas las posiciones inicialmente irreductibles se fueron relativizando, concediéndose que las propuestas debían ser analizadas en función de cada realidad histórica, política e institucional concreta. Desde ese punto de partida se realizaron los siguientes aportes:

- Las estrategias de reforma curricular deben ser ubicadas en el contexto de una lucha amplia y con una lógica contrahegemónica.
- La atención primaria es una concepción adecuada siempre que se haga explícito y específico su significado, ya que se han detectado más de 35 definiciones de APS.
- Una lucha contrahegemónica es sumamente compleja y debe darse en todas las dimensiones y niveles en que esa hegemonía se expresa.

En el caso de Cuba se planteó que, a pesar de las obvias diferencias en su organización, la Universidad y los servicios también desarrollan esfuerzos para comprender sus perspectivas recíprocas, lo que se logra mediante la participación en las respectivas planificaciones para comprender el sentido de los cambios y facilitar las articulaciones. Así mismo se señaló que el éxito logrado en los diferentes cambios educacionales que ha enfrentado la Universidad cubana no debían generar la sensación de que estos procesos hayan sido sencillos, lineales o exentos de conflictos y dificultades que conlleva todo cambio de este tipo.

Es necesario insistir que la Universidad tenía una responsabilidad como conciencia crítica, pero que esto no servía como argumentación para desligarse de los problemas concretos de los espacios de práctica en donde se desarrolla buena parte del proceso educativo.

Se presentó una experiencia de articulación técnica y política entre una dirección regional y la Universidad en Falcón, Venezuela, y se resaltaron las oportunidades que se generan por los procesos de descentralización y regionalización en algunos países de la Región.

En otros casos se señaló que se verifican cambios regresivos en los servicios de salud (deterioro, privatizaciones) que la Universidad no puede dejar de denunciar.

Finalmente, se señaló que la idea de una Universidad progresista frente a servicios refractarios es una generalización que no resiste la confrontación con muchas realidades de América Latina, señalándose algunos ejemplos donde la realidad es precisamente la inversa.

3.2 Fuerza y mercado de trabajo

Se planteó como tema central de discusión la cuestión del mercado de trabajo enfatizando los problemas del desempleo, el subempleo y el pluriempleo, que se han visto agravados por la profunda crisis socioeconómica actual de nuestros países, crisis que se agudiza con las políticas onerosas impuestas por los organismos financieros internacionales tendientes a la cancelación de la impagable deuda externa, tales como la reducción del personal administrativo del aparato estatal, la evasión de la responsabilidad social del estado por la Salud y la Educación y la privatización de los servicios.

Ese modelo económico neoliberal polariza y pauperiza cada vez más nuestras sociedades, incluyendo sectores antes privilegiados como los médicos especialistas, generando procesos de proletarianización de los médicos y otros trabajadores de la Salud aunque pareciera que este fenómeno afecta en menor escala al profesional de Enfermería.

La enfermera, que es una trabajadora asalariada y que cumple funciones institucionalizadas, especialmente pertenecientes al Estado, no ha recibido el apoyo para su desarrollo y perfeccionamiento profesional, sino más bien el deterioro de sus condiciones de trabajo, empezando por el salario. Al respecto se destacó el hecho de que el Odontólogo cuenta con pocas plazas institucionales y que ejerce en la modalidad liberal de mercado casi totalmente.

Se destacó el hecho de que el subempleo muchas veces adquiere la modalidad de pluriempleo, con salarios que tienen cada vez menor poder adquisitivo. Este deterioro se va reflejando en la aparición de médicos en sectores populares donde ejercen y viven como consecuencia, mas no como opción. Es decir, que el mercado de trabajo en Salud no escapa a las leyes despiadadas del mercado en general; tampoco escapan a ellos las instituciones de Salud, como el seguro social.

Siempre relacionado con el empleo del recurso humano, se hizo énfasis en que el Estado no es la única fuente de empleo, y que por ello surgen formas alternativas en el mercado de trabajo tales como el mutualismo.

El grupo estuvo de acuerdo en que existen profundas contradicciones entre las instituciones formadoras y utilizadoras del recurso humano en Salud, que van desde la planificación del mismo hasta su utilización y muy especialmente en su estabilidad laboral, pues de un lado las instituciones gubernamentales contribuyen a su formación, pero posteriormente no lo absorben, lo subutilizan o lo despiden a pesar del aumento poblacional y del deterioro de la salud del pueblo.

En este sentido, se señaló la naturaleza dual de la política de los gobiernos en cuanto a que niegan su discurso oficial, manifiesto en la firma y adquisición de compromisos internacionales e interinstitucionales a nivel nacional en el área de Salud y el incumplimiento de los mismos en la práctica social concreta; es decir, que la falta de voluntad política de los gobiernos incide negativamente en la fuerza y mercado de trabajo. Por otro lado, ciertos gobiernos concentran algunos recursos en la solución parcial de algunos problemas de salud importantes de los sectores populares, tratando de desactivar brotes de violencia social antes que garantizar el derecho de salud. Quizás movidos por esta lógica es que llegan a concentrar recursos materiales y humanos en las grandes ciudades, descuidando la población del campo y profundizando así los problemas y contradicciones de la fuerza y mercado de trabajo en Salud.

Especial atención mereció el tema de la motivación del personal en el trabajo. Se concluyó que este asunto debe ser replanteado bajo la luz de un marco de análisis actualizado, mientras tanto se afirma cada vez con más frecuencia que no existe mística porque se paga mal. Sin embargo, muchas experiencias demuestran que el aumento sustantivo de los salarios no se acompaña de una mejoría importante en el trabajo.

Siempre en este mismo orden de cosas, debe tenerse en cuenta que un porcentaje importante de profesionales de la Salud se orienta más por sus intereses personales, económicos y científicos que por una supuesta sensibilidad social. También, en concordancia con ello, el mercado más solvente económicamente está en las ciudades. Esto se ve aún reforzado por las corrientes privatizadoras y corporativas de los servicios y seguros, con lo cual un porcentaje creciente de médicos y odontólogos pasan a ser asalariados y trabajadores a destajo (pago por servicio efectuado) para grandes corporaciones de servicios de Salud. A ello se suma el modelo del profesional que se está formando, orientado a las fuerzas del mercado, lo que se expresa en la venta de servicios en su consulta privada o institucional.

En cualquier caso, este conjunto de factores coinciden en que ninguno de ellos tiene como eje principal las necesidades de la población. Otro hecho agregado a esta problemática lo constituyen las luchas reivindicativas, especialmente salariales (la mayoría de ellas justificadas) del sector Salud que se realizan no en defensa de la atención de salud de la población, existiendo desde luego las excepciones del caso. Sin embargo, por contradictorio que parezca, en casos de emergencia se observan actitudes positivas de respuesta por encima de las obligaciones regulares.

Por último, el grupo destacó el hecho de que el mercado tradicional se está ampliando con modalidades tales como la docencia universitaria, que ha crecido, y frecuentemente no es tomada en cuenta en el análisis.

4. CONTRIBUCION DE LA UNIVERSIDAD AL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD Y LA ATENCION PRIMARIA

La Universidad en América Latina tiene una responsabilidad trascendente con la transformación de su realidad. Ella debe asumir un importante papel en la construcción de sociedades justas y democráticas, sumándose crítica y constructivamente a los esfuerzos por mejorar la vida de la población.

Esta es una misión inherente a su tradicional función de esclarecimiento conceptual y doctrinario, de producción de conocimiento, de formación de ciudadanos y profesionales y de producción de servicios a la comunidad.

Se propone que en el campo de la Salud esa misión tiene que ver con la responsabilidad de asumir la estrategia de Atención Primaria de la Salud como referente teórico y marco efectivo de sus acciones en Salud, difundiendo, desarrollando y potenciando sus principios y sus modos de acción. Esta forma de abordaje guarda coherencia con los ideales de contribuir a construir mejores hombres y sociedades. Ese compromiso es extensivo al desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) en tanto éstos sean, efectivamente, tácticas operativas de la Atención Primaria de Salud.

Es necesario resaltar el hecho de que la Atención Primaria en la realidad de nuestros países debe estar orientada hacia el logro de la equidad y la universalidad como objetivos básicos de toda iniciativa social para resolver las necesidades sociales y sanitarias de la población. Recordar estos principios en estos momentos no es gratuito, si se tiene en consideración que las propuestas económicas y políticas de orientación neoliberal promueven modelos sanitarios contrarios a la equidad y a la universalidad. La concepción de Atención Primaria que debe orientar ese compromiso universitario no es aquella atención primitiva de salud para pobres y marginados que se ha venido realizando en muchos países.

En esa línea se inscribe el proyecto venezolano de "La Universidad y la Salud de la Población" al desarrollarse bajo el concepto de que APS es una estrategia continua de mejoramiento de la calidad de vida, es una propuesta de cobertura de la atención de la salud a toda la población, enfatizando el fomento de la salud y la prevención de riesgos de enfermar, haciendo uso de la tecnología necesaria e incorporando a la comunidad para garantizar la elevación del nivel de bienestar físico, social, ambiental y mental.



APS es parte de la idea de Salud para Todos, tal vez por ahora una utopía y un ideal que ayudan a movilizar esfuerzos de aquéllos que desean mejorar las condiciones de vida de la población y avanzar en la equidad social.

El compromiso con el mejoramiento de la salud de la población y la transformación social es una vieja bandera de los sectores avanzados y progresistas de la Universidad Latinoamericana. No obstante, sigue siendo una tarea por cumplir. Poco se ha hecho efectivamente en esa perspectiva. Ahora corremos el riesgo de seguir hablando más de lo mismo, sin poder concretar estrategias válidas para dar cuenta de ese reto.

Existe actualmente claridad, y ya fue mencionado antes, en que la práctica médica y la estructura de la sociedad determinan la educación y la formación de profesionales. La historia de los últimos treinta años se ha caracterizado por una terca lucha de sectores universitarios por fomentar y concretar cambios en los modelos de formación, utilizando y tratando de ampliar los espacios de autonomía relativa que deja esta determinación social. Es preciso tener claridad a este respecto al definir las líneas de acción universitaria frente a la APS y los SILOS.

Para avanzar en estrategias viables y efectivas, es necesario contextualizar y problematizar esas propuestas y esas estrategias.

Un primer punto a ser considerado es el riesgo de una sobrevaloración del rol de la Universidad. Si bien la Universidad y los universitarios han sido protagonistas y acompañantes de muchos movimientos de cambio social, se debe aceptar que de una manera general, ha sido un elemento conservador y reproductor de la estructura de poder vigentes en nuestras sociedades. En otra perspectiva, es necesario tener en cuenta que los cambios sociales son más rápidos que los cambios institucionales.

No es la Universidad una estructura homogénea y armónica. Por lo contrario, si algo caracteriza la vida universitaria es su dinámica de confrontación de posiciones ideológicas, científicas y políticas. La tensión entre las posturas de élite y autoritarias y las posturas democráticas es una característica básica de la historia universitaria. Toda definición que significa un compromiso institucional y el cambio de los modelos de práctica universitarios es una definición de mucha importancia; debe tener en cuenta la posición de los actores sociales en acción, sus intereses, objetivos y valores y el escenario donde se desenvuelven.

El escenario latinoamericano actual, como se ha señalado anteriormente, se caracteriza por tendencias económicas, políticas y sociales que no contemplan el mejoramiento de las condiciones de vida de la gente. El rol subsidiario del Estado en lo social, y en particular en Salud y Educación, el modelo económico vigente y las políticas de ajuste estructural, y las propuestas de privatización de los servicios sociales que caracterizan los gobiernos de la Región, están marcando las posibilidades y limitantes de cualquier propuesta de Educación o de Salud.

En ese marco se debe tener en cuenta la orientación que están siguiendo los modelos de prestación de servicios porque ellos concretarán al final el rol que se asignará a los SILOS y la APS. Las propuestas de privatización propugnan que el Estado subsidiario se haga cargo de la promoción, de la prevención y de los servicios no personales desprovistos de rentabilidad. Ellas apuntan a privatizar los servicios recuperativos y los fondos de la seguridad social en muchos países de la Región.

En otro nivel de desarrollo, las definiciones que implican el compromiso universitario con la APS y los SILOS deben realizarse sobre la base de la evaluación y el balance autocrítico de lo alcanzado en las experiencias anteriores. El caso de las experiencias de integración docente asistencial puede ser de gran importancia para tal fin, sobre todo si se considera que ahora se está promoviendo la integración docencia-servicio-investigación en el marco de los SILOS y de la APS.

El análisis de las experiencias de integración docente asistencial muestra que éstas se pueden clasificar en tres grandes categorías. El primer grupo se refiere a aquellas experiencias que privilegiaron los aspectos educacionales en función de los problemas de la población. Estas experiencias contribuyeron a formar profesionales críticos, aunque con escaso impacto sobre cambios en las escuelas y los servicios.

Un segundo grupo de experiencias se orientaron a fortalecer los aspectos de organización, normatividad y funcionamiento articulando las instituciones de educación y servicios. Estas tuvieron algún impacto al formar recursos con preocupación y preparación por los aspectos de la gestión de servicios. Por último, se dio un conjunto de propuestas que se orientaron principalmente a la investigación de la situación de la salud y los servicios. Esos estudios contribuyeron, en el caso de Brasil, a develar la estructura y dinámica del modelo prestador y a la formulación de plataformas programáticas que se articularon con proyectos sociales más amplios. Muchas de estas experiencias estuvieron en el origen del movimiento de la Reforma Sanitaria brasilera.

El análisis realizado de las experiencias presentadas en dos países de América Latina demuestra que se sigue apostando a las estrategias de integración docente-asistencial en el marco de sistemas integrados locales para llegar a concretar ese compromiso universitario. De allí que es necesario insistir en ubicar estas experiencias en el contexto real en que se desarrollan.

Con los SILOS, igual que en su momento con la APS, con la integración docente-asistencial y otras estrategias potencialmente transformadoras, está ocurriendo un proceso de perversión y desnaturalización de sus contenidos principales, precisamente al influjo de las tendencias económicas y políticas dominantes. Ese espacio social de integración de los recursos sociales y de construcción de nuevos modos de elevar la equidad, la eficacia y la democracia en el nivel local, está siendo convertido en muchos lugares en el caballo de Troya de la privatización, la atomización y pérdida de la responsabilidad estatal y social frente a la Salud, del individualismo y de la antidemocracia en la gestión de los servicios. Siendo así, la Universidad debe redefinir su estrategia y unirse a la lucha contra esta desnaturalización de esta propuesta.

Considerando este marco de referencia, en estos momentos es de capital importancia que la Universidad plantee de cara a la sociedad el debate y la búsqueda de definiciones sobre dos elementos básicos de la naturaleza social y política del derecho a la salud. Estos son:

- El criterio de equidad como valor orientador de los sistemas y servicios de salud.
- La definición del rol del Estado en la realización del derecho a la salud de la población.

Estos dos temas se encuentran en el centro de las preocupaciones sociales y de las cuestiones políticas sobre la Salud en nuestros países en estos angustiosos momentos. Alrededor de estos dos temas se están definiendo y redefiniendo las condiciones de vida y salud de los países pobres en estos tiempos de cólera, crisis y ajustes.

La Universidad debe estudiar, debatir, tomar posición, abrir espacios a la discusión amplia y democrática, denunciar y actuar efectivamente en lo académico, en lo formativo y en los propios servicios, realizando y validando sus propuestas. Para ello debe, ella misma, redefinir sus bases filosóficas y políticas, sus modos de formar hombres, sus métodos, sus programas y sus estructuras académicas y administrativas, como se ha señalado repetidamente en esta Conferencia.

5. **DECLARACION DE LA CONFERENCIA INTEGRADA "UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA Y SALUD DE LA POBLACION", LA HABANA, 1991**

Los participantes en la Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población", celebrada en la ciudad de La Habana, Cuba, del 3 al 7 de junio de 1991 bajo los auspicios de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL), a través de la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM), la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina (OFEDO), la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE); el Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS), la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP), la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), el Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba, la Universidad de La Habana (Cuba) y la Sociedad Cubana de Administración de Salud, resaltan la trascendencia de reunir en un mismo foro por primera vez las profesiones más directamente responsables del desarrollo de la Salud, y suscriben por consenso la presente

DECLARACION

CONSIDERANDO que en el último decenio del presente siglo, a las puertas de un nuevo milenio, el mundo está sometido a rápidos y profundos cambios políticos, económicos, sociales y culturales que están conformando un nuevo contexto mundial;

Dentro de ese contexto, convulso y aún no dibujado completamente, Latinoamérica comparte identidad de origen y cultura, enfrenta problemas de la propiedad de la tierra, de crecimiento y concentración de la población, de inestabilidad política, así como problemas sociales relevantes tales como el desempleo, el analfabetismo, la drogadicción y el deterioro cada vez mayor de las condiciones de vida y de salud que constituyen el telón de fondo dentro del cual la Universidad Latinoamericana se desenvuelve;

La actual crisis sociopolítica y económica de la Región, agravada por el peso insostenible de la deuda externa, las políticas de ajuste y el intercambio desigual en el marco del injusto orden económico internacional existente, compromete el desarrollo de nuestros países y la propia existencia de la Universidad y el cumplimiento de sus misiones esenciales: la producción y difusión del conocimiento, la formación de recursos humanos y su contribución a la transformación de la sociedad;

La Universidad Latinoamericana está comprometida con los procesos de cambios sociales y económicos, de los cuales depende a fin de cuentas la verdadera transformación de las vigentes prácticas de salud;

La concepción de una Universidad Latinoamericana comprometida con el desarrollo de prácticas sociales al servicio de las grandes mayorías ha constituido el trasfondo de los esfuerzos conjuntos de esta Conferencia Integrada.

POR TANTO a la Universidad Latinoamericana le corresponde asumir un mayor compromiso en el planteamiento y solución de la difícil y compleja situación existente en lo económico, político y social, particularmente en lo relacionado con la salud.

- En este contexto se debe involucrar, entre otras, las transformaciones planteadas en la práctica y organización de los sistemas de salud y reflejarlas en el quehacer de los profesionales que forma, los cuales deben poseer el más alto nivel científico-técnico y estar profundamente identificados y comprometidos con las grandes mayorías de la sociedad a la cual sirve.
- Estas transformaciones necesarias en el desarrollo de los recursos humanos en el ámbito de las ciencias de la salud, deben orientarse a la preparación de profesionales capaces de integrarse a un equipo multidisciplinario de salud, reconociendo la importancia de considerar otras prácticas no profesionales y fortalecer las experiencias de integración con las ciencias sociales.
- La reforma curricular ha de partir de un diagnóstico real de los problemas de salud de la comunidad, incorporando tanto el enfoque de lo biológico como de lo social, de lo individual y de lo colectivo.
- Ha de utilizar adecuadamente los espacios de integración docencia-servicios-investigación asumiendo plenamente la estrategia de la Atención Primaria en Salud: equidad, eficiencia, cobertura universal y participación social en los sistemas nacionales de salud. En este sentido, debe jugar un papel más activo exigiendo a los gobiernos por el cumplimiento de esta estrategia.
- La consecución de una práctica que dé respuesta a las demandas de salud de la población requiere que la Universidad mantenga un proceso permanente de análisis crítico.
- Debe buscar acceso al conocimiento universal a la vez que ha de priorizar la identificación de la problemática regional, nacional y local, desarrollar nuevas tecnologías y validar las que deben ser incorporadas al proceso de desarrollo, todo ello acorde con sus reales necesidades y posibilidades económicas, científicas, eficacia, utilidad y conveniencia, teniendo como premisa básica que la solución de los principales problemas de salud repercuten en un indiscutible beneficio social.

A través de su historia, la Universidad Latinoamericana ha sabido proyectarse hacia un compromiso por el desarrollo de prácticas sociales al servicio de las grandes mayorías de nuestros países. La solidaridad entre nuestras universidades resulta hoy, para estos fines, más necesaria que nunca, por lo que en la actual coyuntura política, económica y social de la Región y el mundo debemos desplegar todos los esfuerzos hacia la integración cultural y económica de nuestros pueblos con miras a preservar nuestro común legado histórico, así como afianzar nuestra independencia política y una liberación económica que asegure a las actuales y futuras generaciones de latinoamericanos un lugar decoroso en el concierto de las naciones libres del orbe.

6. LOS UNIVERSITARIOS LATINOAMERICANOS FRENTE AL COLERA

Ante la actual epidemia de Cólera que padecen varios países y que amenaza a toda la Región, los universitarios y trabajadores de la salud reunidos en La Habana del 3 al 7 de junio de 1991, en ocasión de la Conferencia Integrada sobre el tema "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población", decidimos declarar públicamente:

1. Que la epidemia de cólera, que ya ha causado más de 250 000 enfermos y costado más de 2000 vidas en varios países latinoamericanos, constituye una de las más claras y trágicas evidencias de las condiciones de injusticia, pobreza e indignidad humana en que vive más de la mitad de los habitantes del continente como consecuencia del modelo económico social imperante y una dolorosa expresión de las precarias condiciones de buena parte de los servicios de salud y saneamiento ambiental disponibles. Ambas condiciones continúan haciendo a la población extremadamente susceptible a infecciones como el cólera y a padecimientos ya crónicos en la Región, como el hambre, las parasitosis, las llamadas enfermedades tropicales y la violencia.

2. Que el ideal deseable de una Universidad en sintonía con los problemas sociales prioritarios, o la sana meta de Salud para Todos en un plazo razonable, quedan reducidos casi a enunciados sin fuerza o a deseos sin futuro ante la emergencia y persistencia de problemas como los enunciados anteriormente. La epidemia de cólera representa una afrenta a la sociedad y a la Salud Pública latinoamericana. El ejemplar esfuerzo desarrollado por los trabajadores de la salud de los países afectados ha logrado amortiguar las consecuencias de una epidemia que hubiera sido evitable con mínimas pero universales condiciones higiénicas y recursos sanitarios.

3. Que epidemias como la de cólera son también un desafío a la sociedad y a la Universidad. La respuesta a tal desafío debe llevar a la sociedad latinoamericana a activar lo mejor de sus fuerzas y recursos, y a la Universidad a retomar la consideración científica de los problemas y a la consiguiente búsqueda e implementación de soluciones. Carece de toda científicidad tanto pretender culpar a las víctimas responsabilizándolas de hábitos higiénicos o condiciones insalubres, como pretender resolver el problema por la vía necesaria pero insuficiente de su manejo médico o el recurso de la cuarentena.

El aprovechamiento de la epidemia para incrementar la discriminación y el boicot a los productos de exportación de nuestra Región se han convertido, además, en una nueva e intolerable forma de agresión. Una vez más, la Universidad debe contribuir a convocar y movilizar la creatividad sanitaria y la dignidad de los países y del continente para enfrentar tanto la epidemia, como sus nefastas y múltiples consecuencias.

4. Hacemos finalmente un llamado insistente a todos los universitarios del continente, a los organismos, instituciones y asociaciones y a los gobiernos de la Región, a comprender el significado y enfrentar las consecuencias de una epidemia de cólera, justamente en la culminación de un siglo de gigantescos progresos científico-tecnológicos. Dicho enfrentamiento debe hacerse con clara conciencia social, con lo mejor del saber y de la tecnología disponibles y dentro de una estrategia global de trabajo conjunto, interinstitucional e intersectorial y como parte de una acción solidaria continental que pueda contribuir a poner las bases de nuevas y más justas maneras de actuar en defensa de la vida y la salud en América Latina.

7. DECLARACION DE LOS ESTUDIANTES LATINOAMERICANOS

Nosotros, los estudiantes latinoamericanos de las profesiones de la salud, reunidos en el II Encuentro Latinoamericano de Entidades Estudiantiles de Medicina y la I Conferencia Integrada de Estudiantes del Area de Salud, en el marco de la Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población",

Reafirmamos:

• nuestro compromiso con la liberación y soberanía de los pueblos latinoamericanos, por la instauración de condiciones dignas de vida y por el derecho pleno de la ciudadanía, que incluye el derecho a la educación y la salud, los cuales solamente serán conquistados con una transformación profunda de nuestro continente;

• nuestro empeño en la construcción, mantenimiento y permanente desarrollo de una Universidad libre, autónoma y democrática, orgánica a los intereses y necesidades de las poblaciones de nuestro continente;

• nuestra lucha por la transformación de la educación médica y de los sistemas de salud de América Latina, nuestro compromiso pleno, técnico y político, por la resolución de las causas estructurales y de las manifestaciones de salud-enfermedad en nuestro continente, inequívocamente vinculadas a la explotación económica y política a la que están sometidos nuestros pueblos.

Nos solidarizamos:

• con todos los esfuerzos que en nuestro continente llevaron o llevan a la constitución de sistemas de salud justos y universales, que respondan a las necesidades de nuestros pueblos;

• con los hermanos cubanos, cuyos logros en la construcción de sistemas de salud y educación universales, justos, comprometidos con su pueblo y su soberanía son un ejemplo para nosotros y la expresión concreta de los ideales revolucionarios, recalando que estos logros se han construido con el esfuerzo de todo el pueblo en el marco de la agresión norteamericana de más de 30 años. Nuestro respeto y admiración para con los hermanos cubanos y nuestro compromiso de lucha contra la agresión imperialista;

• con todos los hombres, mujeres y estudiantes que cayeron en la batalla por la liberación de sus pueblos. Ellos siempre estarán en nuestra memoria y nuestros corazones.

Exhortamos:

- A las autoridades gubernamentales y universitarias aquí presentes a un compromiso claro con la democratización de la Universidad Latinoamericana para que ésta pueda cumplir con su rol en la elevación de los niveles de salud de nuestros pueblos y trabajar hacia la construcción de sociedades más justas, libres y soberanas;
- a todos los hermanos latinoamericanos a una toma de conciencia de que los problemas que nos afligen son estructurales, parten de sociedades esencialmente injustas, de que mientras la Universidad sea el reflejo fiel de esa injusticia, seguiremos ajenos a los anhelos de liberación de nuestros pueblos, perpetuando su explotación.

Proponemos:

- Que se concreten, aquí y ahora, las aspiraciones hacia Universidades libres y democráticas, garantizando en éstas un amplio debate donde podamos contribuir seria y responsablemente con sus rumbos. Por tanto, es fundamental que los estatutos de UDUAL y sus Asociaciones garanticen, además de la participación estudiantil, la responsabilidad de las Universidades en cubrir los costos de la participación de los delegados estudiantiles, de la misma forma que lo hacen con los delegados docentes;
- a la Coordinadora Latinoamericana de Entidades Estudiantiles de Medicina, cuyo nuevo directivo para el período 1991-1993 fue elegido en el marco de esta Conferencia, como marco adecuado para la referencia al cumplimiento de los compromisos asumidos;
- que de ese compromiso podamos avanzar hacia una participación efectiva de nuestros estudiantes en la definición de los rumbos de estas organizaciones, haciendo de ellas las legítimas interlocutoras de la comunidad universitaria latinoamericana.

Dado y acordado en la ciudad de La Habana, Cuba, del 2 al 7 de junio de 1991.

En nombre de los estudiantes de Medicina, Odontología, Enfermería y Bioanálisis, representantes presentes a esta conferencia de Argentina, Brasil, Cuba, Ecuador, Guatemala, México, República Dominicana y Venezuela, firman:

- CLAEEM (Coordinadora Latinoamericana de Entidades Estudiantiles de Medicina)
- OCLAE (Organización Continental Latinoamericana de Estudiantes)
- FEU-CUBA (Federación de Estudiantes Universitarios de Cuba)

8. INFORME DEL SEGUNDO ENCUENTRO DE EGRESADOS DE LA MAESTRIA INTERNACIONAL EN SALUD PUBLICA

De acuerdo con lo previsto, el Segundo Encuentro de Egresados de la Maestría Internacional de la Facultad de Salud Pública de Cuba, se realizó los días 3 al 7 de junio de 1991 en el marco de la Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población", en las instalaciones de la Escuela.

Contó con 45 participantes, de ellos, 34 egresados provenientes de 8 países (4 de Brasil, 4 de Cuba, 15 de España, 6 de México, 2 de Nicaragua, 1 de Colombia, 1 de Ecuador y 1 de Perú). El evento, además de permitir el intercambio de experiencias entre los participantes, tenía el propósito de delinear una estrategia para la comunicación científico-social de los egresados con el centro docente, la Facultad de Salud Pública.

Se trataba de identificar elementos esenciales para el perfeccionamiento del plan de estudios y la estrategia docente. Para cumplir con tales propósitos, se trazó una agenda de trabajo que comprendía:

1. Análisis del informe de trabajo sobre el desarrollo de la Maestría, presentado por la comisión organizadora.
2. Valoración de elementos a tener en cuenta para el desarrollo de la estrategia de comunicación egresado-centro docente.
3. Valoración de las experiencias de los Maestros en Salud Pública a partir de su inserción en el mercado laboral en sus respectivos países.

Desarrollo del evento

Una vez aprobada la agenda de trabajo y la autopresentación de cada egresado al colectivo, se procedió a desarrollar el primer punto de la agenda.

1. Análisis del Informe

Este punto contó con un elevado número de opiniones dirigidas a profundizar o concretar aspectos específicos abordados en el informe o aportaciones al mismo, que pueden ser resumidas en los temas siguientes:

- La correspondencia que debe existir entre los objetivos, contenidos docentes y las condiciones actuales del mercado de trabajo donde se insertan los egresados. En este sentido se contempló como un elemento crucial en la formación el estudio de modelos administrativos alternativos al cubano de economía planificada y mercado único, presentes en España y Latinoamérica, donde la Salud Pública se inserta en el marco de una política neoliberal, de privatización y ajustes constantes debido a una economía de mercado altamente afectada por la deuda externa y el intercambio desigual. Este orden de cosas lleva al deterioro del estado de salud de la población y de los servicios que se le brindan.

Para enfrentar este nuevo macro contexto general, el salubrista debe tener una fuerte preparación en planificación estratégica, organización de recursos, eficiencia de los servicios y mucha creatividad para tratar de hacer cada vez más con menos.

Para alcanzar tales propósitos se consideró necesario profundizar en aquellos contenidos teórico-prácticos dirigidos a dotar al salubrista de una sólida formación en economía de la salud, planificación sanitaria, sociología médica y el perfeccionamiento de los contenidos epidemiológicos, de forma tal que le permita enfrentar el mercado laboral con la flexibilidad y audacia que los modelos de ajuste le imponen en la práctica actual de la Salud Pública.

En este punto en particular se planteó que existe poco espacio para el debate de la problemática socioeconómica, de creciente necesidad para el salubrista de hoy, y se señalaron algunos ejemplos concretos que están ausentes del programa de estudios o se tratan someramente. Entre ellos cabe citar el conocimiento de la macro y la microeconomía, la gestión en condiciones de hiperinflación, la formación y el mercado de fuerza de trabajo incluyendo los conflictos laborales y la competencia feroz del sector privado al estatal, el desfinanciamiento constante de la salud pública, etc.

- Otra temática abordada con profundidad por los participantes fue la relacionada con la investigación en los servicios de salud. Hubo consenso acerca de la necesidad impostergable de reincorporar en el menor plazo posible a las actividades y contenidos docentes la investigación de los servicios de salud debido al conocimiento y las habilidades que incorpora el educando.

Entre las mencionadas se encuentran su capacidad de ente integrador esencial de los contenidos docentes; el desarrollo y consolidación en el proceso de investigación de un enfoque integral, crítico y reflexivo sobre una realidad histórico-social concreta; la adquisición de un marco de referencia ibero-latinoamericano; el conocimiento a través de la percepción propia de un sistema único de salud como una posibilidad real de realización de una voluntad política, y que son elementos en los cuales la maestría cubana podría mostrar su excelencia.

- La forma de organización de los contenidos docentes fue otro punto del debate, donde los participantes consideraron imprescindible que las autoridades académicas evalúen con objetividad la forma de enseñanza modular. Se expusieron experiencias de México y otros países donde este sistema no ha funcionado todo lo bien que se pensaba, pues requiere de una formación sólida de los docentes, un diseño adecuado y recursos que posibiliten su implementación.
- Se dedicó una discusión especial al tema de la bibliografía. Se hizo referencia a la necesidad de contar con información del salubrista; se valoró las fuentes que podrían constituir los propios egresados y otras como la utilización plena de los recursos bibliográficos del país, lo cual no siempre se hace.

En este punto se señaló la conveniencia de que la persona conozca al momento de su selección la necesidad de aportar al curso información relativa a su país, la cual al finalizar la maestría podría ser de utilidad en la institución.

Los últimos dos aspectos tratados en este primer punto de la agenda estuvieron relacionados con la conveniencia de mejorar el proceso de selección de alumnos, y el otro con la necesidad de hacer el próximo encuentro de egresados en el marco del evento científico-sanitario que suscite mayor interés, y que la competencia de éste no afecte la asistencia de nuestra reunión.

Se señalaron también como posibilidades que deben ser exploradas para su realización:

- 1) Participación de egresados en la docencia del Curso Internacional así como la participación del cuerpo docente cubano en eventos internacionales y en el debate internacional sobre políticas de salud.
- 2) Aumentar el trabajo práctico en el SNS en el marco de la investigación de servicios de salud.

- 3) Publicar algunas tesis de distintas promociones (previamente seleccionadas) y remitirlas a los egresados.
- 4) Estudiar las políticas sociales en el marco latinoamericano como espacio donde se desarrollan las políticas de salud.

En un segundo momento de la Reunión de Egresados del Curso de Maestría en Salud Pública se realizó el informe de la anterior reunión, que es aprobado y que luego se matiza con nuevas aportaciones:

Se enfatiza sobre la necesidad de mejorar la comunicación entre los egresados y el cuerpo docente cubano del Curso de Maestría. Al respecto se consideran las siguientes propuestas:

- 1) Elegir un representante por país para servir de vehículo de la información del debate y la actividad científica.
- 2) El cuerpo docente cubano pasará un listado de egresados por países.
- 3) El comité coordinador de la reunión diseñará una encuesta para conocer el perfil actual de los egresados:

Se valora la importancia del intercambio científico entre los docentes cubanos y la actividad de los egresados. En este contexto se propone relacionar el comité coordinador cubano con ALAMES, e inclusive utilizar su boletín como "carta de noticias" de los egresados.

Se propone mejorar la relación con las publicaciones científicas cubanas.

Se valora la importancia del intercambio de profesores cubanos y egresados, en doble vía, para mejorar y actualizar el debate internacional sobre políticas y estrategias de salud.

La actualización bibliográfica y conocimiento de distintas líneas de pensamiento en Salud Pública es considerado fundamental; así mismo, los egresados de distintos países adquieren el compromiso solidario de remitir a Cuba, desde los distintos países, bibliografía (información vs. informática) según áreas de interés a propuesta de Cuba o a propuesta de los grupos de egresados.

Fueron preguntas sobre problemas medulares de la discusión: ¿está preparado el egresado de la Maestría de Salud Pública para competir en técnicas, conocimiento de estrategias y metodologías de investigación, con otros egresados de cursos de otros países que se dan en el mundo? ¿Cuál es la lectura que la facultad hace de los mercados de trabajo en donde deben competir los egresados de la Maestría de Salud Pública de Cuba? Estas preguntas deberían ser motivo de reflexión, tanto del cuerpo docente de Cuba como de los propios egresados.

Se consideró fundamental retomar y fortalecer, al mismo tiempo, el entronque de la Maestría con la estructura y dinámica de los servicios de salud de Cuba.

Se propone como fundamental la necesidad de formar **un grupo de trabajo permanente de análisis comparado de sistemas de salud pública a nivel internacional**, compuesto por egresados del curso y profesores del cuerpo docente de la Maestría.

Las conclusiones más importantes sobre las intervenciones de los diferentes compañeros en relación con la experiencia laboral actual y la influencia que el curso de maestría ha tenido en su situación laboral, pueden resumirse en tres puntos:

1. Excepto algunos casos que pueden considerarse anecdóticos, el Curso de Maestría ha servido en general en los trabajos actuales, y además ha tenido gran influencia en el desarrollo del proceso de trabajo.
2. El conocimiento teórico-práctico del Servicio Nacional de Salud cubano y su integralidad es uno de los puntos básicos más positivos del curso y que más ha influido en el trabajo de los egresados.
3. La Metodología de Investigación en servicios de salud es la asignatura clave del Curso Internacional de Maestría. El enfoque de los problemas que proporciona y el cariño con que se recibe, ha influido más que cualquier otra asignatura.
4. Asimismo se pusieron de manifiesto algunas carencias que deben ser subsanadas para que los egresados del curso sean competentes en el mercado laboral de sus respectivos países. Estas carencias pueden resumirse en:
 - a) Estrategias financieras
 - b) Sistema y programas informativos
 - c) Manejo de recursos humanos, técnicos y medios
 - d) Flexibilidad y adaptación a los cambios de los roles profesionales en el cambiante mercado de trabajo

Acuerdos

1. El próximo encuentro será celebrado en marzo de 1992 en La Habana, en el marco del evento de Atención Primaria. Se debe valorar la forma de planificación del intercambio científico entre los egresados, de manera que también se discutan temáticas de su interés.
2. Que los compañeros abajo relacionados actuarán en sus respectivos países como activistas o promotores del centro docente, en particular del próximo encuentro, el intercambio de bibliografía y de las actividades docentes investigativas que se realicen. Los egresados seleccionados por países fueron:

México	-	Norma Lara y Edith Coronado
España	-	Celina Pereda
Nicaragua	-	Oscar A. Bravo
Colombia	-	Yolanda Arango
Brasil	-	Eliana Marilia
Chile	-	Roxana Cazanga
Ecuador	-	Gonzalo Oñate
Perú	-	Pedro Brito
3. Que en la medida de las posibilidades se envíe a los egresados la producción científica cubana, en particular las revistas.
4. Que se use el marco de ALAMES y ALAESP, y todas las posibilidades de los organismos internacionales como OPS, para perfeccionar el proceso docente, en particular el conocimiento directo por los profesores del mercado a quien se dirige su trabajo y el intercambio con expertos internacionales, así como la divulgación de la actividad científica de los egresados y otros aspectos de interés.
5. Elaborar un proyecto de investigación que permita evaluar la calidad del egresado en función del análisis de la salud pública comparada.



SESION DE APERTURA

J. Vela Valdés / 42

J.R. Ferreira / 45

J. Teja Pérez / 48

**PALABRAS DE BIENVENIDA POR EL DR. JUAN VELA VALDES,
RECTOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MEDICAS DE LA HABANA**

Compañero Julio Teja, Ministro de Salud Pública
Compañero Fernando Vecino, Ministro de Educación Superior
Compañero Luis Gómez, Ministro de Educación
Distinguidos visitantes:

Inauguramos hoy la 1ra. Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población". En nombre del Comité Organizador Nacional, me honro en darles la más cordial bienvenida.

En la XIV Conferencia de la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina, efectuada brillantemente en Quito en octubre de 1987, nuestro país fue elegido para organizar la XV edición de este evento. Ya en 1976 se había efectuado en La Habana la IX reunión de Facultades y Escuelas de Medicina y en 1986 la 1ra. de Facultades y Escuelas de Enfermería, por lo que resultaba para nosotros un honor y un gran compromiso organizar esta reunión.

Desde hace años, se viene gestando la idea de realizar una reunión integrada de todas las Facultades de Ciencias de la Salud del continente, y es así que junto a la Unión de Universidades de América Latina, la Organización Panamericana de la Salud y las asociaciones latinoamericanas de Facultades y Escuelas de Medicina, Odontología y Enfermería, se valoró la factibilidad de este empeño al amparo del programa de trabajo del Proyecto SALUDUAL. Su motivación está basada en que la problemática de salud que tienen los pueblos del subcontinente es común a casi todos y las situaciones que confrontan las Facultades que forman los recursos humanos para enfrentar esta realidad son similares y que el abordaje de los mismos no puede ser exclusivo de una u otra carrera, por lo que debe existir un enfoque integral que posibilite un mayor conocimiento y profundización sobre la misma. Esta idea fue calorizada con entusiasmo, como un paso más en la consecución del objetivo integracionista latinoamericano y se invitó a que se unieran a la Conferencia las Escuelas de Salud Pública y a la Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Es así que este evento se proyecta como el de mayor magnitud y trascendencia que se haya efectuado hasta ahora en América Latina en esta esfera, ya que reúne a profesores, estudiantes, instituciones docentes y asociaciones internacionales encargadas de la formación de profesionales universitarios del área de las Ciencias Médicas para discutir un temario único en base a una participación interdisciplinaria. Indudablemente constituye un eslabón estratégico para la orientación programática futura de la educación superior en el área de las Ciencias Médicas.

Definidos los temas centrales del evento, se decidió con el objetivo de que llegaran a nuestra reunión más elaborados, la integración de tres núcleos básicos interdisciplinarios que discutieran y analizaran cada tema. Y es así que coordinados por las Asociaciones de Facultades pertenecientes a la Unión de Universidades de América Latina y con el apoyo técnico-financiero de la Organización Panamericana de la Salud se efectuó del 8 al 10 de noviembre de 1989 en Quito, coordinado por la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería la discusión del Tema I, del 19 al 22 de mayo de 1990 en República Dominicana coordinado por la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina la discusión del Tema II y del 7 al 11 de noviembre de 1988 en Caracas y del 24 al 26 de mayo de 1989 en

Quito, coordinado por la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología la discusión del Tema III.

Como resultado de estas reuniones se elaboraron informes contentivos de las ponencias presentadas, así como los relatos, que primero presentados en forma individual y luego en libros que contiene las tres reuniones, constituyen documentos de incalculable valor técnico y metodológico, que se ha puesto en manos de todas las Facultades de Ciencias de la Salud del continente.

Para la presentación de los temas en esta Conferencia se escogieron por las Asociaciones ponentes y comentaristas de reconocido prestigio internacional que en plenaria realizarán el abordaje interdisciplinario de los mismos.

Como iniciativa de la Unión de Universidades de América Latina y con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud se realizó un concurso dirigido a todo el personal académico latinoamericano de Ciencias de la Salud, convocándolos a que presentaran trabajos sobre la temática en discusión, que significaran aportes avalados por experiencias propias. A este concurso respondieron 112 educadores enviando sus trabajos y hoy vemos con satisfacción que están invitados aquí los 17 profesores cuyos trabajos se seleccionaron para ser presentados en la Conferencia.

En el plano nacional, estimulados por este evento, en todos los Institutos y Facultades de Ciencias Médicas del país, elaboraron trabajos que recogen sus experiencias en el perfeccionamiento de la Educación Médica Superior, siendo seleccionados 103 para presentarse en la Conferencia.

A todos ellos, por lo que han significado sus esfuerzos para el desarrollo de las futuras generaciones de profesionales en ciencias de la salud, nuestra felicitación.

Quiero expresar mi agradecimiento al Comité Ejecutivo de la Unión de Universidades de América Latina, presente aquí a través de su Vicepresidente, el Rector de la Universidad de Buenos Aires, Dr. Oscar Shuberoff y del Secretario General el Dr. Abelardo Villegas, así como a la Organización Panamericana de la Salud, sobre todo a su Coordinador del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, el Dr. José Roberto Ferreira, a la maestra María Isabel Rodríguez y al Representante de la OPS en Cuba, Dr. Miguel Márquez, por el apoyo, la visión y el entusiasmo con que han impulsado esta Conferencia.

A su vez a los Presidentes de las Asociaciones de Facultades de Medicina, Odontología y Enfermería de la Unión de Universidades de América Latina, doctores Rodrigo Yépez, Antonio Mena y Cristina Rivalta, por la cooperación, sabiduría y el saber trabajar unidos, por el éxito de la reunión. También a los Presidentes de las Asociaciones de Educación en Salud Pública y de Medicina Social, Dres. José Ramón Delgado y Sebastián Loureiro, por su integración y participación en el evento.

Nuestro agradecimiento especial al Gobierno Revolucionario Cubano, al Ministerio de Salud Pública, por el apoyo y soporte al éxito de esta Conferencia.

Estimados amigos:

El Comité Organizador Cubano ha preparado en el marco de la Conferencia un programa de actividades donde se muestra lo que estamos haciendo en la educación de las Ciencias Médicas, en la Salud Pública, y que se inserta en la realidad económica, política y social del pueblo cubano. Para muchos es su primera visita a Cuba y conocerán Facultades, Hospitales, Policlínicos, Consultorios del Médico y Enfermeras de familia, Centros de Investigación Producción, Clínicas dentales, obras sociales, cuyo beneficiario, pero a su vez su principal protagonista es el propio pueblo. Verán una juventud sana, alegre, estudiosa, madura, dueña de sus destinos que representa la mejor obra de la Revolución y su fecunda continuidad histórica. Verán un pueblo trabajador, unido, solidario, culto que sabe lo que tiene y sabe lo que quiere y que por defender las conquistas sociales, la dignidad y la obra revolucionaria que ha forjado y que ha vivido a lo largo de más de 30 años, está dispuesto a todo.

En estos momentos en que el mundo se inclina más a la unipolaridad, en que sobre nuestra patria se acentúa el bloqueo económico, las campañas de calumnias, y en que la posibilidad real de una amenaza militar es cada vez más evidente, la presencia de ustedes significa un enorme estímulo.

Conocemos que los temas en discusión son de inestimable valor, y que esta reunión sin precedentes marcará un hito. Pero sabemos también que su presencia en Cuba es muestra de solidaridad. La participación de 4 rectores universitarios, 103 decanos y directores de escuelas y 420 participantes que nos visitan y 328 nacionales de 79 universidades de 22 países de América Latina, demuestra que los pueblos no se pueden desunir y que sus universitarios son un destacamento de avanzada de las ideas y la práctica de la justicia social y la integración latinoamericana.

Profesores y estudiantes latinoamericanos y del Caribe:

Son bienvenidos como hermanos en la patria de José Martí y de Fidel Castro.

**PALABRAS PRONUNCIADAS POR EL DR. JOSE ROBERTO FERREIRA
COORDINADOR DE PROGRAMAS DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD**

En representación de una de las instituciones que apoya la realización de este evento -la Organización Panamericana de la Salud, y a nombre de su Director, el Dr. Carlyle Guerra de Macedo y en el mío propio- quiero inicialmente congratular a todos los que de alguna manera contribuyeron para la concretización de esta **CONFERENCIA INTEGRADA "UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA Y SALUD DE LA POBLACION"**. En esto incluyo al Gobierno de la República de Cuba y en particular su Ministerio de Salud, la Universidad de La Habana, el Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL y a sus Asociaciones afiliadas, ALAFEM, OFEDO y ALADEFE; la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESp); la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES); y muy especialmente a todos los participantes aquí presentes, quienes, a partir de este momento, serán los protagonistas del debate inédito que aquí se desarrollará.

Nadie discutiría la importancia de esta iniciativa y de hecho por muchos años se ha venido insistiendo en la necesidad de un enfoque integrado tanto en el análisis del quehacer, como de la formación del equipo de salud. Sin embargo, habría que preguntar por qué siendo tan obvia esta propuesta solo ahora haya sido posible tornarla una realidad. Seguramente, para una realización de tal trascendencia, tiene que haber una explicación algo más profunda que solamente la voluntad política de los responsables por las cinco asociaciones que promueven la reunión.

Se ha tomado lugar común en el discurso oficial el señalamiento de la situación de crisis que atraviesa prácticamente toda la humanidad. Énfasis especial se ha concedido, en la consideración de esta crisis, a los aspectos económicos y, por supuesto a sus consecuencias inevitables en el ámbito de lo social y lo político. Hablamos del origen estructural de la crisis y analizamos sus repercusiones generales, llegando a especificar en el contexto de nuestro campo de la salud, como lo vimos en una presentación reciente, la producción del estado de malestar.

Miramos la floresta y quizás algunas arboledas de más visibilidad, pero casi siempre dejamos de detenernos en la observación de árboles específicos.

Es en este sentido que quiero llamar la atención sobre la razón de estar aquí, reunidos por primera vez en el mundo moderno, para debatir en forma integrada los problemas que atañen al médico, a la enfermera, al odontólogo, al sanitarista, al científico social y, seguramente a muchos otros profesionales del campo de la salud.

Quiero sustentar que esto solo es posible por la percepción, aunque no claramente explicitada, de que nuestro árbol -nuestro ámbito de contribución al proceso de desarrollo social- vive igualmente una crisis profunda, la misma crisis del propio proceso de desarrollo en que se debate la presente generación.

El proceso de desarrollo de la fuerza de trabajo en salud está en crisis. Una crisis de paradigmas superados, de rechazo al modelo flexneriano, de insuficiencia del preventivismo, y, lo que es todavía más grave, de tendencia hacia la privatización, que no podrá dar respuesta a los problemas de salud de una población pobre y cuando mucho subempleada.

Una crisis que involucra la inadecuación de las formas de organización de los propios servicios de salud; la incorporación indiscriminada de tecnologías, con el consecuente aumento de costo de los servicios no necesariamente vinculado a la mayor eficacia de la atención; y, la utopía de un modelo de práctica hegemónica inaccesible a la gran mayoría de los profesionales.

Una crisis, que también en su nivel más operativo en el ámbito de la formación, está representada por la autolimitación a un planteo didáctico pedagógico, rico en enfoques metodológicos puntuales pero ineficaz para promover el verdadero cambio de contenido y orientación para plasmar una nueva conciencia sanitaria.

De hecho, la contribución del sector formativo para las transformaciones que se vienen introduciendo a nivel de los servicios de salud, fue hasta ahora insignificante en la mayoría de los países. En este contexto ha sido insuficiente la estrategia adoptada por las escuelas de promover repetidos cambios curriculares.

Los profesionales, únicos responsables por el desarrollo, manejo y control de las funciones que les son propias y con la motivación de un patrón de práctica curativo-individual, y liberal-lucrativa, son los principales responsables por la distorsión que se observa y por el distanciamiento progresivo de las necesidades reales de la mayoría de la población.

Estudios que eluciden estas cuestiones y una más estrecha cooperación entre el área académica y de servicio, parecerían constituir elementos fundamentales para una más profunda reorientación del quehacer de esas profesiones y replanteo del conocimiento que les sustenta, con una más amplia articulación de los aspectos biológicos y sociales, enfocados más a la salud que a la medicalización y posiblemente una redefinición de los propios niveles de formación.

Sólo con estos objetivos entiendo esta Conferencia y veo en la iniciativa de UDUAL y de las Asociaciones de formación profesional, aquí congregadas, la superación del pionerismo que representó en 1949, en Guatemala, su propia creación y la realización en México en 1957 y 1959 respectivamente de las 1ras. Conferencias de Facultades de Medicina y Escuelas de Salud Pública, a las que se siguieron, más recientemente las Conferencias de Enfermería, Odontología y Medicina Social.

En esta oportunidad se reúnen todas estas instancias en la búsqueda de un objetivo de mayor amplitud, considerando el potencial académico en un contexto multiprofesional, que puede superar las 40 reuniones, anteriormente realizadas en forma aislada por las mismas Asociaciones.

Trátense de un objetivo de mayor trascendencia orientado a la implantación de un NUEVO ORDEN en el proceso de desarrollo de Recursos Humanos en salud -y no importa que esta consigna haya sido usada ya en otros contextos y pueda estar desgastada- indudablemente necesitamos de un NUEVO ORDEN que integre la Universidad y el Servicio de Salud, con el propósito de alcanzar, con la estrategia de atención primaria, la Salud para toda la población de nuestros países.

En este cometido, cuenten todos, con el respaldo y cooperación de la Organización Panamericana de la Salud.

**PALABRAS PRONUNCADAS POR EL DR. JULIO TEJA PEREZ
MINISTRO DE SALUD PUBLICA DE LA REPUBLICA DE CUBA**

Miembros de la Presidencia,

Delegados e invitados,

Permítanme, en primer lugar, transmitirles un caluroso saludo en nombre de los trabajadores de la Salud, del Ministerio de Salud Pública y del Gobierno Revolucionario de la República de Cuba. Les deseo éxitos en el desarrollo de tan importante evento para la Educación Médica del continente. La decisión que ustedes tomaron de celebrarlo en nuestra patria socialista, constituye un alto honor para todo nuestro pueblo.

Estamos conscientes de la significación que tiene esta Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población" que se realiza por la acción conjunta de la Unión de Universidades de América Latina y sus Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina, Odontología y Enfermería, así como las Asociaciones Latinoamericanas y del Caribe de Educación en Salud Pública y de Medicina Social, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

Por primera vez estas asociaciones se reúnen en conjunto para analizar en forma integral y con un temario único programas de acción para mejorar la salud de la población. Estoy seguro que esta primera experiencia marcará un hito en la creación de las bases para la integración latinoamericana en el campo de la Educación en Ciencias de la Salud.

Celebramos esta conferencia en circunstancias económicas muy difíciles para nuestro continente, de los cuales Cuba no está ajena, siendo conocido por ustedes el recrudecimiento del bloqueo económico del gobierno de los Estados Unidos sobre nuestro país y la situación cambiante en los países de Europa del Este y la compleja situación interna que confronta la URSS que nos ha llevado a tomar medidas especiales y luchar con todas nuestras fuerzas e inteligencia por mantener los logros que hemos tenido hasta el día de hoy y continuar desarrollándonos.

Distinguidos delegados e invitados,

Permítanme exponerles a grandes rasgos algunos de los resultados más significativos que hemos obtenido en el campo de la salud, frutos legítimos de la atención personal de nuestro Comandante en Jefe, el compañero Fidel, y de la alta prioridad que ha otorgado nuestro Gobierno Revolucionario al bienestar y a la seguridad y felicidad de nuestro pueblo.

La tasa de mortalidad infantil alcanzada el pasado año fue de 10,7 fallecidos por 1000 nacidos vivos, que comparada con la obtenida en 1970 de 38,7, representa una reducción de 3,6 veces en estos 20 años. Las afecciones perinatales que constituyen la primera causa de muerte continuaron reduciendo su tasa para un 4,4 x 1000; el descenso de este rubro está dado en gran medida al desarrollo del Programa de Perinatología.

Hemos comenzado el tratamiento de los recién nacidos con membrana hialina aplicándole una sustancia surfactante obtenida por investigadores cubanos, con exitosos resultados. Las anomalías congénitas segunda causa de muerte, disminuyeron su tasa a 2,5 por 1000 nacidos vivos.

En el Programa Nacional para la Detección de Malformaciones Congénitas ha jugado un rol importante el diagnóstico prenatal, en especial las del aparato cardiovascular y las del sistema nervioso central.

En 1990 se estudiaron por el método de la alfafetoproteína 173 733 embarazadas que representan el 93,3 % de los recién nacidos, diagnosticándose 138 defectos del tubo neural, 130 otras malformaciones y 897 otros diagnósticos. Contamos con una red de laboratorios de equipos SUMA (Sistema Ultramicroanalítico) diseñados y fabricados por científicos cubanos que cubren todo el territorio nacional y que posibilitan la realización de estos pesquisajes masivos. El diagnóstico prenatal de cardiopatías congénitas con técnicas de ultrasonido, implantado en 1987, ha posibilitado con el consentimiento familiar la interrupción de 54 embarazos, al ser detectadas anomalías en el feto incompatibles con la vida.

El diagnóstico prenatal citogenético permite prevenir el nacimiento del 40 % de los niños con Síndrome de Down. El pasado año se diagnosticaron 17 casos de esta afección. Evitar en todas estas familias la enorme carga psicológica y social que supone la presencia de nacimientos con estas anomalías constituye un estímulo para continuar laborando en esta dirección.

La tasa de mortalidad en el menor de 5 años alcanzó la cifra de 13,2 x 1000 nacidos vivos, lo que nos sitúa en posición privilegiada en el contexto latinoamericano si tenemos en cuenta que la UNICEF se ha propuesto lograr en la región, en el año 2000, una tasa de 47,4 x 1000 nacidos vivos, teniendo un porcentaje de supervivencia a los 5 años de edad del 98,7 %.

El cuadro epidemiológico nos muestra las tasas más bajas para enfermedades prevenibles por vacuna en nuestra historia. La poliomielitis fue eliminada desde 1962, en que se interrumpió la circulación del virus salvaje.

Cuba estará con seguridad entre los primeros países que recibirán el certificado de erradicación del poliovirus salvaje.

El programa de eliminación del sarampión, rubéola y parotiditis a 3 años de establecido, sitúa a Cuba como el único país de las Américas en lograr la interrupción de la transmisión autóctona del sarampión durante más de 1 año en 14 de las 15 provincias del país. Cuba no ha tenido fallecidos por esta causa, lo que da una muestra del esfuerzo que venimos realizando en este sentido. Aspiramos a eliminar en breve plazo esta enfermedad conjuntamente con la rubéola y la parotiditis.

Las tasas por 100 000 habitantes hasta el 31 de diciembre de 1990 de rubéola (0,23) y de parotiditis (0,42) son las más bajas de América y una de las más bajas del mundo. En lo que va del presente año 1991, tenemos reportado solamente 1 caso de sarampión, 1 de rubéola y no hay casos de parotiditis. En tosferina el pasado año se registró la tasa más baja del país (0,22 x 100 000 habitantes) al informarse solo 23 casos. Este año hasta estos momentos no se

ha reportado ningún caso. En tuberculosis Cuba presenta la tasa más baja de América (5,14 x 100 000 habitantes) y una de las más bajas del mundo estando virtualmente eliminadas la meningitis tuberculosa y otras formas diseminadas de esta enfermedad.

El tétanos neonatal y la difteria fueron erradicados en los años 1972 y 1979, respectivamente. Es interesante señalar que en lo que va del presente año 1991 no se ha reportado ningún caso de tétanos, llevando ya más de 9 meses sin que se reporten casos.

Con respecto a otras enfermedades transmisibles debemos destacar los logros obtenidos con la vacuna antimeningocócica tipo B, creada y producida por nuestros científicos y única en su clase en estos momentos. Durante el bienio 89-90 se mantiene la tendencia descendente de esta enfermedad, disminuyéndose en 400 los casos y en más de 60 los fallecidos. Cerca de 3 millones de personas menores de 20 años se han vacunado desde 1988.

Al finalizar el presente año debemos tener protegida a toda la población menor de 25 años, así como otros grupos de riesgo.

Los trabajos de ensayo clínico realizados el pasado año con la vacuna recombinante cubana contra la Hepatitis B han podido demostrar sus cualidades de baja reactogenicidad y elevada inmunogenicidad y eficacia. También se logró obtener una gammaglobulina hiperinmune que se encuentra en la fase de ensayo de campo.

En el resto de las enfermedades sujetas a notificación por la Organización Mundial de la Salud se aprecia una notable disminución y en varias de ellas se obtiene la tasa más baja de la historia del país. Mantenemos erradicada la difteria, la rabia humana y el paludismo autóctono.

Con relación al Programa de Control del SIDA, durante el período 1986-91 se han diagnosticado 613 casos seropositivos al VIH. El índice de infección se ha mantenido estabilizado alrededor del 0,006 x 1000.

Se puede afirmar que la penetración del virus en la población general es baja y la tasa de crecimiento anual, aun en los principales grupos de riesgo, no sigue un ritmo exponencial. Situación totalmente diferente al resto de los países donde la positividad se multiplica vertiginosamente.

Mantenemos un estricto control contra el vector *Aedes aegypt*, transmisor de varias enfermedades, del dengue entre otras, lo que nos ha permitido eliminar las posibilidades de una epidemia por los índices de infestación de 0,0015 % que hoy tenemos.

En Cuba no se ha reportado ningún caso de cólera y se han adoptado enérgicas medidas para prevenir su introducción y, caso de producirse cortar de raíz la difusión, evitando situaciones de orden epidemiológico y la endemia permanente. En estos momentos se trabaja intensamente por perfeccionar y fortalecer este Plan de Acción.

El Programa de reducción de la mortalidad por cáncer ha concentrado los esfuerzos principales en la reducción del tabaquismo y el diagnóstico precoz de la neoplasia del cuello del útero y de la mama. En este último se encuentra en fase de extensión a todas las provincias un

plan de despistaje masivo de mujeres en riesgo mediante la utilización de la mamografía y el ultrasonido, para lo cual se han adquirido y habilitado modernas unidades móviles. En el diagnóstico y tratamiento del cáncer se realizan numerosas investigaciones y ensayos con anticuerpos monoclonales, sustancias naturales como el interferón y otras elaboradas por nuestros centros científicos.

Los programas de trasplantología en general han madurado y consolidado, en particular los de corazón, corazón-pulmón, páncreas, riñón, médula ósea y otros. Recientemente, se implantó el primer corazón artificial de fabricación cubana, lo cual nos coloca entre unos pocos países altamente desarrollados que dominan esta tecnología.

Con la creación del Centro Iberoamericano de Trasplante y Regeneración del Sistema Nervioso se ha dado un notable impulso a las actividades encaminadas a desarrollar y promover investigaciones relacionadas con la neuroplasticidad, la regeneración y el trasplante de tejido nervioso.

Hemos elaborado y venimos ejecutando un ambicioso programa de desarrollo de más de 35 especialidades clínico-quirúrgicas.

Nuestro país, a pesar de sus limitaciones en recursos, ha venido introduciendo tecnologías de avanzada, como la resonancia magnética, la tomografía axial computarizada, la litotricia extracorpórea, la oxigenación hiperbárica y el acelerador lineal, entre otras, muchas de las cuales se encuentran ya funcionando en las principales regiones del país.

El desarrollo de la Oftalmología se ha consolidado, la introducción de la microcirugía en serie, la extensión de la cirugía de la miopía, el trasplante de córnea, son solo una pálida muestra de ese desarrollo.

Un gran logro científico ha sido el tratamiento de la retinosis pigmentaria, mediante la aplicación combinada de técnicas quirúrgicas y ozonoterapia, único en el mundo, y la creación del Centro Nacional de Retinosis Pigmentaria. Hemos alcanzado ya una expectativa de vida para ambos sexos de 75,2.

La formación de recursos humanos ha sido un factor estratégico en todo este desarrollo en los resultados obtenidos para el mejoramiento constante de la salud del pueblo y decimos esto porque estamos convencidos del papel primordial que tiene contar con hombres y mujeres que sustenten su responsabilidad por la salud y felicidad de nuestro pueblo en los sólidos pilares de la alta ciencia y el conocimiento de las más avanzadas técnicas, junto a una exquisita sensibilidad y el más acentuado humanismo.

Al triunfo de la Revolución contábamos con una sola Facultad de Medicina en la Universidad de La Habana que graduaba unos 300 médicos y una Facultad de Estomatología que graduaba cada año 60 a 70 odontólogos. No había formación de enfermeras de nivel universitario, ni de especialistas.

En esas condiciones, a inicios de la década del 60, se formuló un programa acelerado de recursos humanos en salud sobre la base de la descentralización de la formación de médicos, estomatólogos y especialistas.

Un hecho importante fue el traspaso de las Facultades de Medicina y de Estomatología al Ministerio de Salud Pública en junio de 1976, al crearse el Ministerio de Educación Superior, lo que dio inicio a la conformación de una red de Centros de Educación Médica Superior, que sirvió de base para avanzar en la integración docente-asistencial. Por decisión del Comandante en Jefe se desarrolló un hermoso programa de construcción de facultades de ciencias médicas en todas las provincias del país, una de las cuales muchos de ustedes tuvieron oportunidad de visitar ayer en Pinar del Río.

Estas Facultades se fueron integrando paulatinamente a la comunidad no sólo a través de la formación de profesionales de salud, sino también al desarrollar la especialización postgraduada, la educación continuada, la investigación y la información científico-técnica de sus territorios.

Prácticamente todos los policlínicos, clínicas estomatológicas, centros de higiene y epidemiología, hospitales e institutos de investigación han sido acreditados para la docencia y están integrados con los 4 Institutos Superiores, las 21 Facultades de Ciencias Médicas y las 4 Facultades de Estomatología, conformando verdaderos complejos de salud en los que tienen lugar los procesos educativos, los servicios y la investigación.

Este programa de desarrollo de los recursos humanos emprendido en estos años ha permitido que actualmente el país cuente con unos 39 000 médicos, 7000 estomatólogos y 4000 licenciados en enfermería, para satisfacer las necesidades de nuestro Sistema Nacional de Salud, y aun para ofrecer ayuda solidaria a muchos otros que nos la solicitan.

Nuestra educación médica superior que actualmente comprende la formación de médicos, estomatólogos, licenciados en enfermería y licenciados en tecnología de la salud, cuenta con más de 8000 profesores universitarios para la atención de 38 326 estudiantes en las diferentes carreras y tipos de cursos, de ellos 31 545 pertenecen al Destacamento de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay", creado por nuestro Comandante en Jefe en 1982 y cuyos miembros son seleccionados rigurosamente para los cursos diurnos de nuestros Centros de Educación Médica Superior.

En el momento actual nuestras universidades y facultades se encuentran enfrascadas en un perfeccionamiento continuo y sistemático.

Especial atención se ha dedicado al sistema de formación de especialistas a través del régimen de residencias de una forma organizada y sistemática, que nos ha permitido graduar hasta el día de hoy más de 17 000 médicos y estomatólogos como especialistas con un alto nivel de preparación técnico profesional.

La introducción en el sistema nacional de salud del modelo de atención primaria basado en el médico y la enfermera de la familia, señala una etapa cualitativamente superior en el desarrollo de los servicios de salud.

Este modelo ha continuado su extensión a todo el país, lográndose una cobertura del 57 % de la población. Los médicos de la familia ascienden hoy a la cifra de 11 901, ubicados en consultorios de atención directa a la población en las zonas urbanas, rurales y montañosas, así como en fábricas, escuelas, círculos infantiles y otras instituciones.

Esto nos ha permitido mejorar cualitativamente todas las actividades de atención primaria, en especial la salud materno infantil, los niveles inmunitarios, los de promoción y educación para la salud por sólo citar algunas de ellas.

El médico de la familia viene a rescatar la dimensión verdaderamente humana de la medicina, por cuanto parte del principio de atender al hombre en su medio natural, en la comunidad donde vive y en el colectivo donde trabaja o estudia, y lo evalúa integralmente en interacción con el ambiente en que se desenvuelve.

El médico que necesitaba este modelo de atención deberá tener un perfil amplio, ya que abarca la atención del adulto, la embarazada y el niño. Este médico tiene que poseer un alto nivel de preparación y formación científica. Con este objetivo surge la Especialidad de Medicina General Integral como una especialidad de nuevo tipo.

La presencia de un profesional de alta calificación científica que reside en la propia comunidad que atiende o trabaja en los propios colectivos laborales, infantiles o estudiantiles por cuya salud responde, materializa el enfoque social de la atención médica.

La Medicina General Integral tiene como premisas fundamentales que las modificaciones en los perfiles de salud-enfermedad sean el resultado, no sólo de los cambios conductuales de los individuos, sino de la adopción comunitaria de un modo de vida más sano.

Hasta el momento se han graduado 1410 especialistas y se encuentran en la residencia más de 6000 médicos de familia.

En las duras condiciones de período especial que nos vienen impuestas, nuestra Revolución otorga la mayor prioridad a un fuerte Programa de Desarrollo de las Investigaciones Científicas en el campo de la salud.

Marchan a todo ritmo los Planes de Desarrollo de la Industria Médica: Biotecnológica, Farmacéutica y de Equipos Médicos. Miles de científicos están en estos momentos consagrados a esta tarea.

Se están construyendo o terminando numerosas instalaciones de investigación y producción como el Instituto de Medicina Tropical, el Centro de Biopreparados, el Centro de Inmunología, el Centro de Química Farmacéutica, plantas de producción de medicamentos, vacunas y otros productos biológicos; la investigación biológica y biotecnológica se está llevando a todas partes.

Hoy ya todas las universidades del país están investigando. Todo este esfuerzo permite mostrar algunos resultados: la vacuna antimeningocócica tipo B, la vacuna recombinante contra la hepatitis B, los anticuerpos monoclonales y los interferones ya mencionados, a lo que debemos agregar el factor de crecimiento epidérmico, la estreptoquinasa recombinante, el desarrollo de equipos médicos de tecnología avanzada como el SUMA, el CARDIOCID, la NEURONICA, por solo citar un grupo de ellos.

En este contexto nuestras universidades y facultades de ciencias médicas se constituyen en verdaderos centros de investigación y de producción a la vez que juegan un importante papel en la formación de estos profesionales, necesarios para los planes de desarrollo.

Distinguidos delegados e invitados,

Esta reunión de los educadores en Ciencias de la Salud en Latinoamérica puede constituir una contribución importante en el fortalecimiento de la interrelación universidad comunidad.

En la medida que se logre la consolidación de los sistemas locales de salud en nuestros países y se concrete en ellos la participación activa de la Universidad, particularmente en las acciones de la atención primaria, se crean condiciones propicias para fortalecer la presencia universitaria en la elevación del nivel de salud de nuestros pueblos.

En nuestra experiencia la participación de la universidad en la formación de estudiantes y especialistas de Medicina General Integral en la propia comunidad, donde los profesores universitarios tienen una decisiva responsabilidad en el propio Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia, ha significado un cambio positivo en la calidad de los servicios de salud; a la vez que los Policlínicos se constituyen en verdaderas Facultades de la Atención Primaria.

Señores delegados,

Apreciamos la celebración de este evento como una contribución importante en el proceso de incorporación de las Universidades de la Región en la búsqueda de soluciones a los graves problemas de salud que afectan a los pueblos de la América Latina y del Caribe.

En este sentido, Cuba está en disposición de compartir sus experiencias con los pueblos hermanos de Latinoamérica y de todo el Tercer Mundo y apoya este esfuerzo por lograr un mayor compromiso de la Universidad con la salud de la población de nuestro continente.

No es posible, en el proceso mundial que estamos inmersos, buscar soluciones aisladas para los grandes problemas que gravitan sobre nuestros pueblos. Hoy, con más urgencias que nunca frente a la unión económica de los poderosos, se impone la unión de nuestros pueblos de América. Estamos obligados como ciudadanos comprometidos de América a trabajar por la realización de los mandatos de los próceres de la Primera Independencia Americana. La previsión de Bolívar y de Martí es hoy la única realidad posible para la solución de nuestros problemas. En ella nuestro pueblo y nuestro gobierno también están comprometidos.

Hoy más que nunca cobran vigencia las palabras pronunciadas hace un siglo por nuestro Héroe Nacional José Martí: **Es hora del recuento y de la marcha unida, y hemos andar en cuadro apretado, como la plata en las raíces de los andes.** Bolívar tiene que hacer hoy mucho todavía en nuestra América y tenemos el deber insoslayable de estar junto a él.

Les deseamos grandes éxitos en el trabajo que inician hoy.

Muchas gracias.

SESION INTRODUCTORIA

R. Yépez / 56

A. Mena / 58

C. Rivalta / 59

J. Delgado / 60

S. Bermann / 62

M.I. Rodríguez / 64

J. Vela Valdés / 71



PALABRAS PRONUNCIADAS POR EL DR. RODRIGO YEPEZ, PRESIDENTE DE LA ALAFEM

Un político notable, gran conductor de su pueblo, dijo alguna vez lo que sigue "Hay algunos hombres, que cuando el viento sopla a la izquierda, van a la izquierda; y hay otros hombres, que cuando el viento sopla a la derecha, van a la derecha ..." por eso, dijo, "lo importante no es saber hacia dónde van los hombres, sino de qué lado sopla el viento".

Tengo la impresión de que estos pensamientos, tienen en estos tiempos mucha actualidad. El viento, ahora, sopla desde el norte y sopla con fuerzas; es un viento que provoca un continuo proceso de reflujo ideológico, al que seguramente no están inmunes las Universidades latinoamericanas.

Este proceso de reflujo ideológico podría tipificarse, por el abandono, primero, de las posiciones revolucionarias de cualquier inspiración que fuesen; por la arremetida, después, contra todo el que, de cerca o de lejos, signifique todavía izquierda, y, finalmente, por los intentos, infelizmente alcanzados, de acabar con los atisbos progresistas de la propia social democracia.

El reflujo ideológico va de la mano de una especie de nueva colonización espiritual, de una suerte de seducción por un cosmopolitismo informe que hace telón de fondo a un escenario donde el mercado, el consumo, el monetarismo, la privatización, alcanzan lugares de privilegio.

Ante estas realidades, los latinoamericanos, los universitarios deberíamos responder con vientos propios, surgidos de nuestras propias entrañas, de nuestras experiencias, las de nuestros hombres y de nuestras mujeres, indios y mestizos, que sufrimos y hemos sufrido dominaciones, pero que luchamos por arrancárnoslas.

Para esto es indispensable perseverar en el ideal de la unión latinoamericana.

Por ventura, existe en el subcontinente, como lo demuestra esta reunión, el anhelo de buscar los caminos que nos lleven hacia la conquista del bien estimable de la unión; más allá de la retórica, hemos de admitir que la unión de nuestros pueblos ha caminado sobre obstáculos, cuando no sobre escombros; las razones para ello han sido tan severas que no han podido salvarles las más clarividentes intenciones; esfuerzos no han faltado, pero generalmente han quedado atrapados en las grandes cúpulas del poder.

La unidad es pues una tarea inconclusa a la par que es una meta posible, una meta necesaria.

No representa un entusiasmo nuevo, inventado por preocupaciones modernas, sino que dimana de la urdimbre misma de la sociedad.

Al dar inicio a este magno certamen, la Asociación Latinoamericana de Facultades de Medicina hace votos porque el ideal de la unidad latinoamericana fructifique en acciones concretas y porque la iniciativa integradora universitaria en salud, que hoy alcanza esta magnífica expresión, contribuya al fortalecimiento de una posición contrahegemónica que enfrente al reflujó ideológico al que aludí antes y que nos permita mantener la dignidad latinoamericana, rescatar las esencias más íntimas de nuestra cultura y hacer de la solidaridad nuestra conducta cotidiana.

Nuestro agradecimiento al gobierno y al pueblo cubanos por su esfuerzo y cálida acogida y nuestro reconocimiento a la Organización Panamericana de la Salud y a su Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos por el apoyo técnico y financiero; a ustedes, apreciados compañeros y amigos gracias por su presencia solidaria.

PALABRAS PRONUNCIADAS POR EL DR. ANTONIO E. MENA PRESIDENTE DE OFEDO

Sin lugar a dudas que los esfuerzos realizados en los últimos años para poder arribar a este momento, a esta semana, han sido muchos y de diferentes niveles de intensidad.

Es una labor muy difícil y compleja hacer una relación pormenorizada de fechas, hechos, personas e instituciones involucradas; primero, por el temor natural a omisiones involuntarias y segundo porque en toda esta fase del proceso previo a esta Conferencia, se produjeron acciones individuales y colectivas cuya intensidad, simultaneidad y niveles de interés y compromiso no pueden simplemente cuantificarse sin caer en un grave error mecanicista.

Sí es preciso destacar, que en lo general, esta etapa ha mostrado un trabajo colectivo; consensual a veces, contradictorio otras, pero dinámico y comprometido en su esencia.

Distinguidos miembros de la Mesa Directiva, distinguidos invitados especiales, estimados participantes, amigos y compañeros de trabajo, señoras y señores:

Realmente constituye un honor y un privilegio hacer uso de la palabra en esta ocasión y aquí, en La Habana, Cuba, donde precisamente, el trabajo colectivo y comprometido ha mostrado de lo que se puede ser capaz cuando se posee la decisión y la voluntad de vencer.

En mis palabras iniciales, he querido destacar la importancia de esta Conferencia y de su proceso de construcción. Sin embargo, lo que deseo enfatizar y priorizar en nombre de la organización que represento y en el propio, es el aspecto que a mi juicio representa mayores expectativas y compromisos.

Después de esta Conferencia: ¿Qué hacer? ¿Recrearnos con la aparente satisfacción de la meta parcial cumplida? ¿Esperar hasta otra actividad similar cual futuro deseable moderado por múltiples variables no precisamente controlables? O abocarnos a un trabajo sistemático y disciplinado, con una base real interdisciplinaria e intersectorial que garantice, en lo concreto, la aplicación de los conceptos y principios que a manera de alternativas surjan como recomendaciones de esta Conferencia.

La integración de las llamadas ciencias de la salud es supuestamente más fácil en las instancias directivas de las organizaciones involucradas en esta Conferencia que en los niveles de país y locales.

Es este un reto que enfrentamos, un desafío al que debemos responder y que ya hemos aceptado desde el momento que conscientemente decidimos llevar a cabo este proceso. Es preciso que podamos concretizar en nuestros barrios, municipios y países este compromiso cuya única razón de ser es la salud de la población.

Gracias.

**PALABRAS PRONUNCIADAS POR LA DRA. CRISTINA RIVALTA FLEITES,
PRESIDENTA DE ALADEFE**

Señor Presidente de la Conferencia,
Señores miembros de la Presidencia,

Queridos delegados e invitados:

La Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Enfermería, ALADEFE, la cual nació en noviembre de 1986 en La Habana, Cuba, se ha reunido en tres ocasiones bajo los auspicios de la UDUAL y las Instituciones Estatales, que le han servido de marco propicio en los países sedes y con el apoyo de la OPS/OMS y otros organismos y organizaciones no gubernamentales. La anterior conferencia se desarrolló en Quito, Ecuador, con excelentes resultados.

Desde sus orígenes nuestra ALADEFE fue sustentada por ideas muy fuertes y altruistas de modo que los enfermeros al servicio de la Educación con la participación de los estudiantes trabajemos con el fin de lograr un mayor desarrollo de la conciencia social en nuestras formas de pensar y quehacer diario, para ubicarnos en el contexto social de nuestros pueblos y en esa reflexión fortalecernos como masa crítica, capaces de actuar como agentes de cambio de la realidad por la que está atravesando América Latina y el Caribe.

El marco conceptual de la Organización ha sido consecuente con nuestro trabajo y es por ello que en la ciudad de Lima, Perú (marzo 1987), se suscribe la "Declaración de Lima", cuyo contenido de base es el propender a un trabajo multidisciplinario entre las profesiones de Ciencias de la Salud, por ello esta Declaración está suscrita por las tres Asociaciones latinoamericanas: ALAFEM, OFEDO y ALADEFE, por eso no es casual que lleguemos hoy a celebrar este magno evento; a la vez deseo expresar nuestro agradecimiento a la OPS/OMS y a los organizadores de esta Conferencia.

Queridos compañeros: nuestro diálogo siempre ha sido franco y abierto, la ALADEFE se ha multiplicado en la correlación de sus fuerzas, por lo cual reiteramos lo que planteamos ya desde entonces en la Declaración de La Habana'86; los exhortamos a luchar por un orden económico social más justo y por alcanzar la paz en el mundo, para que todos los hombres del planeta tengan el legítimo derecho a ser felices.

Muchas gracias.

**PALABRAS PRONUNCIADAS POR EL DR. JOSE RAMON DELGADO SUAREZ,
PRESIDENTE DE LA ASOCIACION LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE
DE EDUCACION EN SALUD PUBLICA**

Con especial complacencia, la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP), participa en esta Conferencia Integrada, animada de los más firmes propósitos de contribuir a desarrollar las líneas prioritarias en el papel que la Universidad Latinoamericana debe jugar en la salud de la población.

Una dilatada trayectoria de nuestra Asociación durante 17 años de intensa actividad de docencia e investigación y a través de XIV Conferencias ha permitido revisar exhaustivamente aspectos que van desde las funciones de las Escuelas de Salud Pública, pasando por la enseñanza de áreas específicas y la participación en los cambios socio-económicos de América Latina, le dan una experiencia en el análisis de situaciones que pone a disposición de las Asociaciones amigas que hoy nos acompañan (ALAMES, OFEDO, ALADEFE, ALADEMES).

En estos momentos de la evolución histórica de nuestros países, cuando se buscan caminos para superar los graves problemas, es propicia la reunión de Asociaciones cuya responsabilidad en la formación de recursos humanos para la salud, rebasa los límites del aula, para insertarse dentro de la problemática social y producir soluciones que den respuestas a las inquietudes de las comunidades.

Se realiza esta Conferencia después de intensas actividades preparatorias y con la revisión de una temática por demás relevante, con diferentes grupos de trabajo. La calidad y dedicación de quienes han asumido estas tareas y el deseo inmenso de responder a las exigencias del momento, auguran un éxito rotundo de este encuentro.

Numerosos retos se nos presentan a quienes tenemos la responsabilidad de conducir el proceso de enseñanza y práctica de salud en Latinoamérica, no sólo por la magnitud de ellos, sino también porque es perentorio que revisemos a la luz de estas situaciones, los aspectos conceptuales, metodológicos y prácticos para adecuar el proceso a la necesaria participación corresponsable que las comunidades quieren asumir, alentadas por los procesos políticos de la región.

Una de las estrategias que debe ponerse en juego para ayudar a que estos propósitos se cumplan, lo constituye la cooperación entre países, la articulación necesaria entre instituciones y asociaciones, por lo que esta Conferencia que acerca a un grupo numeroso de diversas agrupaciones docentes y de servicios que hasta ayer parecían distantes abren un camino sin retorno en la decisión inquebrantable de abordar los problemas en forma integral e independiente.

Han surgido movimientos en todos los sectores importantes de los países, interesados en participar activamente, y en especial debo mencionar que agencias y organizaciones no gubernamentales han generado una amplia cruzada para llenar el espacio que organismos oficiales, por omisión, han dejado desasistidos. Las universidades debemos aprovechar esta circunstancia ya que con ello sumaríamos voluntades tan necesarias para nuestros propósitos de elevar el nivel de vida de nuestros pueblos.

Las miradas de muchos sectores internacionales están atentos a los resultados de esta Conferencia Integrada de Salud, para buscar senderos que faciliten el proceso de integración y dada la calidad de los participantes, los temas escogidos y la organización que la sustenta, aseguran el éxito, como es el deseo de todos los que desde diferentes países nos hemos convocado en esta gran asamblea de la salud. Tendremos oportunidad de participar con nuestros aportes, con nuestro pensamiento en el desarrollo de esta Conferencia. Pero tendremos también la oportunidad de intercambiar ideas sobre el futuro de nuestro continente fuera de las normas protocolares y disciplinarias de una reunión formal.

A nombre de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública y las 31 Instituciones que la integran, quiero trasmitir un cordial saludo a las Asociaciones hermanas, a los asistentes, a los organismos auspiciantes de este magno evento con el deseo de bienestar durante su permanencia y de obtener logros que podamos llevar a nuestros países como una demostración de que es posible alcanzar las metas que nos proponemos si trabajamos juntos.

Mi reconocimiento a los anfitriones cubanos por su amabilidad y atenciones.

Saludos para todos.

**PALABRAS PRONUNCIADAS POR LA DRA. SYLVIA BERMANN,
DE LA COORDINACION GENERAL DE ALAMES, ASOCIACION LATINOAMERICANA
DE MEDICINA SOCIAL**

Señores del Presidium,
Señores delegados,
Compañeros, amigos:

Es con profunda emoción y alto sentido de responsabilidad que asumo la tarea de reemplazar al Dr. Sabastiao Loreiro, Coordinador General de ALAMES, Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Nuestra institución fue fundada hace diez años, con el propósito de poner nuestros conocimientos al servicio de nuestros pueblos, de que las ciencias de la salud sirvan a todos en el afán de lograr una vida más sana e igualitaria. Y porque pensamos que la ciencia no está por encima de la sociedad; está en la sociedad y a ella se debe.

ALAMES nació hace diez años, integrada por profesionales de los diversos países latinoamericanos y ha realizado ya cinco congresos nacionales, con un sentido no estrictamente médico, sino amplio ya que integra a las diversas disciplinas de la salud. En su último Congreso realizado en marzo, en Caracas, agrupó a diecisiete profesiones diferentes, con criterio multiprofesional. Por otra parte fue permanente su solidaridad con la lucha por la independencia y dignidad del pueblo cubano y en su reciente Congreso realizó una Mesa Redonda sobre el tema.

Allí declaramos nuestra preocupación por el marcado deterioro de las condiciones y formas de enfermar y morir para sectores cada vez más numerosos de la población, el aumento del hambre y del desempleo, la disminución del salario real, la creciente deficiencia de viviendas y de servicios higiénicos básicos, el alarmante incremento de la violencia en todas sus formas, el resurgimiento de las enfermedades endémicas y la actual epidemia de cólera. Esta realidad constituye expresión clara de los costos humanos del modelo económico-social dominante en la región y de las drásticas medidas de ajuste neoliberal, que ya muestran su incapacidad para resolver los problemas de la mayoría de los latinoamericanos. Por ello subrayo el llamado a la equidad, la justicia social y a la elevación del nivel de vida hecho por el Rector de la Universidad de Buenos Aires, Profesor Shuberoff.

Y por ello expreso nuestro enérgico rechazo al progresivo distanciamiento del estado del cumplimiento de su irrenunciable papel en la garantía de adecuadas condiciones de vida y salud para todos los ciudadanos, por la drástica reducción del gasto público en general y en el sector salud en particular y la frecuente incapacidad de los gobiernos para garantizar el más elemental de los derechos humanos: el Derecho a la Vida. Consideramos esencial extender una amplia convocatoria a las fuerzas democráticas y progresistas de la región para exigir la reafirmación constitucional y la implementación de una decidida acción estatal en el cumplimiento de sus tareas de defensa de la vida y garantía de condiciones de salud. Porque estamos convencidos que sólo el afianzamiento del poder democrático y popular podrá lograrlo.

Señalamos nuestra preocupación por la onda privatizadora de la prestación de servicios y seguros de salud que viene presentándose como la alternativa eficiente a las crónicas deficiencias del sector. En mi país esta tendencia lleva a extremos absurdos, como la pretensión de privatizar el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas -CONICET-, felizmente detenida por la activa movilización de investigadores y profesionales. También nos inquieta la reducción de la problemática sanitaria a la prestación de los servicios médicos curativos y la conversión de la salud en una mercancía de alta rentabilidad, premisas insostenibles del modo privatizador, y el incremento de los costos, con la consiguiente reducción de la cobertura de los servicios, efectos negativos ya observables en la aplicación de esta política. Llamamos la atención de la sociedad y de la opinión pública sobre el significado, las limitaciones y las consecuencias de la implementación del proceso privatizador en el campo de la salud, reafirmando este como derecho universal, incluidos a los servicios asistenciales eficientes y a la responsabilidad estatal anteriormente señalada.

En nuestra Declaración de Caracas manifestamos asimismo nuestra preocupación por el acelerado y generalizado debilitamiento de las universidades públicas, los centros e instituciones públicas de investigación y en general del aparato educativo estatal.

Y declaramos al ámbito social internacional que apoyamos de manera resuelta y solidaria la lucha que libran los trabajadores de la salud de América Latina en procura de que los gobiernos de la región procedan de manera urgente a mejorar las pésimas condiciones en que se encuentran los centros de atención, así como para alcanzar condiciones económicas y laborales que permitan mejorar el deterioro salarial y las condiciones de vida de los trabajadores de la región.

Toda esta empresa implica retomar en un nivel diferente la conocida declaración de Alma Ata, "salud para todos en el año 2000". Significó una revolución declarada que corresponde transformar en una **revolución realizada**. Y esa es ahora nuestra tarea.

Señores delegados: decía Gregorio Bermann, hombre de la Reforma Universitaria y entrañable amigo de Cuba, que la ciencia del hombre es la ciencia de lo justo. Y que su alma se envenena si no cumple, con los principios éticos y morales que deben inspirarla. Hoy más que nunca debe ser retomada aquella inspiración ética, primer principio de la salud y la salud mental, en el afán de dar un sentido cabal a nuestros empeños, para que alimente nuestras esperanzas y nuestros sueños de una América Latina unida, con una ciencia al servicio de sus pueblos.

Agradezco, en nombre de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, al pueblo y al Gobierno de Cuba la posibilidad de este encuentro y hago votos por su venturosa realización.

**PALABRAS PRONUNCIADAS POR LA DOCTORA MARIA ISABEL RODRIGUEZ DE SUTTER,
CONSULTORA, PROGRAMA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS, OPS/OMS**

Sean mis primeras palabras para agradecer al Comité Organizador de la Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población" su invitación a presentar un breve resumen del proceso desarrollado durante la etapa preparatoria de esta Conferencia.

Estoy segura que cada uno de los presidentes, secretarios y otros directivos de las asociaciones traerían a ustedes con mayor propiedad sus vivencias sobre la actividad realizada por cada uno de los grupos. La selección de mi persona se debe en gran parte al hecho de haber acompañado todo el proceso y compartido todas las vicisitudes y logros de cada uno de los núcleos organizados para la discusión del tema, al mismo tiempo que, gracias a las responsabilidades asignadas por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, he tenido el privilegio de compartir igualmente los esfuerzos de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) en el desarrollo tanto de este proceso, como paralelamente en el esfuerzo global de promover la incorporación de las universidades de la Región en el apoyo al desarrollo de la salud de América Latina y del Caribe.

Entiendo que el Comité Organizador espera que esta presentación no sea una simple comunicación o revisión de las actividades realizadas, sino que se pueda utilizar para traer a ustedes un breve análisis del esfuerzo desarrollado, con miras a enfatizar en los propósitos que guiaron los momentos principales del proceso y las propuestas surgidas de la consulta a los diferentes grupos.

En todo momento se ha pensado que los distintos grupos convocados a lo largo de los tres años de preparación de esta Conferencia deberían ser responsables de recolectar el pensamiento latinoamericano sobre el tema, de interpretarlo y valorarlo en documentos que volvieran a las universidades, a las facultades, escuelas, a los profesores, a los grupos estudiantiles, a los organismos de salud y a la comunidad misma en busca de respuestas; respuestas que debieran ser los insumos que enriquezcan el foro que hoy se inicia. Por eso, por el gran esfuerzo realizado, este foro fue concebido no sólo para escuchar y discutir ponencias por bien elaboradas que fueran, sino fundamentalmente como la oportunidad para construir una postura latinoamericana en el campo de la salud, postura profundamente comprometida con la salud de las grandes mayorías de nuestro continente y con el rescate de nuestras casas de estudio.

Llegar a esta Conferencia representa un avance en el discurso, en el objeto de trabajo y en la práctica de las asociaciones de facultades y escuelas del sector Salud.

A lo largo de 30 años de iniciadas las Conferencias de Facultades y Escuelas de Medicina (1957) en el contexto de las conferencias promovidas por la Unión de Universidades de América Latina, seguidas luego de las de Odontología (1980) y de Enfermería (1986), un primer paso en la consolidación del trabajo de cada área profesional es dado por la constitución de las Asociaciones Latinoamericanas de Odontología (1980), seguido por Medicina (1984) y Enfermería (1986). Este primer paso es importante y creo que vale la pena detenerse a reflexionar en las propuestas mismas y a partir de allí analizar sus logros, sus tropiezos y limitaciones.

Las asociaciones de instituciones, escuelas, facultades, universidades u otros organismos constituyen una gran oportunidad para el enriquecimiento mutuo de sus miembros, para la construcción de una doctrina de pensamiento frente al objeto y compromiso común, ofrecen el espacio propicio para un productivo intercambio a diferentes niveles. Esa tarea en sí conlleva fuertes dificultades porque no es fácil, en instituciones tan complejas como nuestras facultades o escuelas, el involucramiento de sus diferentes actores, autoridades docentes, estudiantes, investigadores, personal administrativo y funcionarios de los organismos con quienes interactúan, base fundamental para la creación de espacios adecuados para el desarrollo de hombres y mujeres al servicio de la salud.

La constitución de las asociaciones constituyó un primer paso para promover una reflexión más permanente y no limitado a reuniones anuales o bianuales.

La revisión de los contenidos de las conferencias muestra el avance en la profundización de la temática correspondiente a cada profesión y da cuenta en buena medida de las tendencias en el desarrollo de los recursos médicos, odontológicos y de enfermería de América Latina en las últimas cuatro décadas, no limitándose al análisis de la teoría y la práctica educativa sino yendo más allá, avanzando en el abordaje de la práctica profesional, sus determinantes y su interacción con la práctica educativa.

Hasta aquí cada asociación venía abordando los problemas de desarrollo de personal de su área aisladamente, y en ocasiones como la IX Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina realizada hace exactamente 15 años en la Facultad de Medicina de la Universidad de La Habana, en 1976, se adoptó como tema central la formación integral de los profesionales de salud. Para entonces se incluyó como tema oficial el papel prospectivo de las universidades en la formación de recursos humanos en salud.

Es la IX Conferencia de la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de la Unión de Universidades de América Latina, OFEDO-UDUAL, en marzo de 1987, lo que rompe con la temática específica de la Odontología para abordar como tema central "Las Universidades de América Latina y la Estrategia de SPT 2000". Este es un primer esfuerzo para enmarcar el desarrollo de la educación odontológica en el contexto integral de la salud y las metas acordadas a nivel internacional, aun cuando en el desarrollo de la reunión se mantiene el abordaje de problemáticas específicas del campo odontológico. Podemos decir que en esta Conferencia se dio un paso más en el abordaje del objeto de estudio más allá de la salud oral hacia Salud y SPT 2000. Otro paso más se da en esta reunión, al incorporarse por primera vez la participación de directivos de las asociaciones no sólo de Odontología, sino además de Medicina y Enfermería, ocasión que sirve de marco para suscribir la Declaración de Lima, la cual, además de proponerse establecer la coordinación entre las tres asociaciones, acuerda institucionalizar reuniones anuales de los tres organismos.

En la misma línea de pensamiento y acción se inscribe la realización, en octubre del mismo año 1988 en Quito, Ecuador, de la XIV Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, que adopta igualmente como tema "Las Universidades de América Latina y la Estrategia para alcanzar Salud para Todos en el Año 2000", la cual avanza en la profundización de las tendencias de la Universidad y la Salud en América Latina como marco de referencia para el posterior análisis de un enfoque más integral de la salud, la fuerza de trabajo médico y de la práctica y la educación médica.



Esta reunión fue igualmente ocasión propicia para un nuevo encuentro de las tres asociaciones latinoamericanas de Facultades y Escuelas de Medicina, Odontología y Enfermería con el propósito de "buscar los puntos en común para un trabajo a largo plazo".

Nuevamente, el 12 de abril de 1988 se genera un salto cualitativo en el abordaje conjunto de la salud como campo de estudio y de práctica de todas las asociaciones latinoamericanas de facultades y escuelas formadoras de personal del sector Salud. Es importante recalcar que el propósito fundamental de desarrollar un trabajo integrado alrededor del tema central "La Universidad y la salud de la población", no implica disminuir el proceso de fortalecimiento y desarrollo de la capacidad y avance de cada campo profesional específico.

Sin embargo, hasta ese momento cada asociación había evolucionado desde el abordaje de su temática específica hacia el análisis de esa problemática en el marco de la estrategia de Salud para Todos, vinculando luego el rol de las universidades en ese proceso.

Pero es a partir de esa reunión de los directivos de asociaciones y funcionarios de OPS/OMS, en abril de 1988 en Caracas, que se define un programa de trabajo que habrá de conjuntar puntos de vista y generar un espacio de reflexión no sólo para las Asociaciones de Medicina, Enfermería y Odontología, como también de las Escuelas de Salud Pública (ALAESp) y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES).

Ese programa contempla la participación activa de profesionales de distintos campos del conocimiento tratando de respetar la representación geográfica por países y por universidades, promoviendo así mismo la participación de grupos que han avanzado en diferentes aspectos de ese esfuerzo en América Latina y que podrían contribuir a enriquecer los abordajes de la temática seleccionada.

El esfuerzo ha sido multiprofesional y multiinstitucional, y la responsabilidad de la conducción de las tres grandes temáticas que se decidió abordar correspondió a cada una de las asociaciones promotoras de la idea desde su condición de asociaciones especializadas de la Unión de Universidades de América Latina. Se nos concedió el honor de que un funcionario de la OPS acompañará en la coordinación de los esfuerzos al grupo de cada núcleo en relación con cada asociación.

Estimo que la gran mayoría de ustedes ha tenido la oportunidad de conocer el material producido por los diferentes grupos designados como núcleos básicos responsables de la discusión de cada tema y que han sido reunidos en el documento que circuló previamente, sobre todo entre los ponentes y comentaristas invitados a esta reunión. Por eso, y porque toda la reunión profundizó en las tres temáticas propuestas y abordadas en una primera etapa de análisis y reflexión, se sale del objetivo de esta presentación traer a ustedes un informe detallado del trabajo realizado, y por ello mismo nos limitaremos a enfatizar en algunos de los rasgos principales de cada reunión.

La discusión del tema uno ofreció la oportunidad para analizar el marco educativo, responsabilidad directa de la Universidad para la formación de personal de salud. Se desarrolló alrededor del enfoque del "Papel de la Universidad en la elevación del nivel de salud de la población", y fue coordinado por la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería, con la cooperación de OPS, y encomendada a un grupo de trabajo multiprofesional que convocó a 30 representantes de las cinco asociaciones aquí presentes, representantes de UDUAL, OPS y funcionarios del país anfitrión, Ecuador, cuya capital Quito tuvo como sede la Universidad Central del Ecuador. Diez ponencias preparatorias permitieron la reflexión sobre tres grandes temáticas:

- Educación y nivel de salud de la población, orientada a profundizar en la relación educación y salud y el rol de la Universidad.
- Orientación programática biológica y social en la educación y nivel de salud de la población, que buscó clarificar en qué sentido las reformulaciones en los procesos educativos en salud que incorporan un abordaje biopsicosocial del proceso salud-enfermedad, pueden llegar a tener un impacto sobre las condiciones de salud de la población.
- La incorporación de nuevas tecnologías y nivel de salud de la población que permitió reflexionar sobre el papel, el significado y el impacto que el acelerado desarrollo tecnológico está teniendo sobre la salud de la región.

El tema dos, "La Universidad y las prácticas de salud en América Latina", cuya coordinación fue encomendada a la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina y que, al igual que en el caso del tema uno, ofreció la oportunidad para que representantes de las cinco asociaciones participaran por igual en las discusiones y la preparación de 15 documentos, que fueron objeto de presentación y análisis en la reunión del Núcleo Básico II reunido en Santo Domingo, teniendo como sede la Universidad Autónoma de Santo Domingo. En ella participaron 46 profesionales procedentes de 11 países de la Región.

Los 15 documentos preparados para la reunión sirvieron de base para la discusión de tres grandes subtemas:

- Contexto y determinantes de la relación Universidad y prácticas de salud en América Latina, cuya discusión se orientó a mirar la realidad científica, económica y político-social de final del 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.
- La Universidad como formadora de profesionales en América Latina se propuso ofrecer una visión analítica y adelantar algunas propuestas en lo que a los diferentes campos profesionales de la Salud, es responsabilidad de la Universidad.
- El papel del diseño curricular dentro de las estrategias de cambio universitario hacia la formación de nuevas prácticas de salud, se propuso socializar y valorar los esfuerzos que se han venido realizando en diferentes regiones del continente.

El tema tres, referido a la "Contribución de la Universidad a la Atención Primaria y a los Sistemas Locales de Salud", coordinado por la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología (OFEDO), desarrolló una actividad continua, particularmente a partir de la reunión de su núcleo básico en Caracas, en noviembre de 1988. Para dicha reunión se prepararon 10 ponencias, las cuales fueron presentadas y sometidas a la consideración de los 18 integrantes de ese núcleo entre médicos, odontólogos, enfermeras, economistas y sociólogos ligados al quehacer universitario procedentes de cinco países del continente, con una importante representación de las universidades venezolanas.

El documento producto de esta reunión fue sometido a una nueva discusión de un grupo multidisciplinario y multiprofesional constituido por 25 profesionales reunidos en Quito, Ecuador, en mayo de 1989. Este núcleo de trabajo orientó sus discusiones en las dos reuniones de Caracas y de Quito, así como el amplio proceso de reflexión generado a partir de ellas, al enfoque de dos grandes temáticas.

Misión y función de la Universidad latinoamericana en la sociedad, en la cual desarrolló como tesis básica, compartida con los otros núcleos, la de que la misión fundamental de la Universidad es contribuir al proyecto histórico de construcción de una sociedad más justa y democrática, enfatizando en que la Universidad debe asumir un liderazgo en defensa de la vida humana y del conjunto de los derechos humanos fundamentales: al trabajo, la educación, la salud, la vivienda y la recreación. Igualmente fue compartida con los diferentes grupos la posición de que la Universidad debe rectificar su aislamiento, incorporándose al trabajo democrático en y con la comunidad.

Se sale de los límites de este resumen entrar en el detalle del contenido de los documentos presentados y profundizar en el análisis de las discusiones. Volviendo a la tarea que nos fue encomendada, nos limitaremos a los rasgos esenciales de este proceso que, como ya señalamos, fue definido a partir del programa de trabajo aprobado en abril de 1988 y, tal como fue planeado, culmina en esta Conferencia Integrada a la cual asisten participantes de todos los países de nuestra América Latina.

Rompiendo con la cadena de tensiones, de preocupaciones que nos acompañó durante estos tres años de trabajo, la respuesta, como lo han señalado los oradores en la ceremonia de inauguración, fue más allá de cualquier expectativa.

Las asociaciones de facultades y escuelas han iniciado un nuevo camino. Médicos, odontólogos, enfermeras, salubristas y profesionales del campo de las ciencias sociales y la salud han iniciado un importante intercambio alrededor de este tema común, la salud de la población en América Latina. En un mundo en donde campea la búsqueda de éxito personal, del individualismo, en donde nuestras debilitadas economías latinoamericanas van cayendo poco a poco en el cerco de los ajustes, de las privatizaciones y del achicamiento del sector social, una acción conjunta de los trabajadores de la salud de nuestras universidades se ha iniciado, y es éste un momento oportuno para valorar hasta dónde se ha llegado, qué tanto hemos avanzado en el conocimiento de la situación actual de la salud de la región y de sus determinantes, y de propuestas-alternativas para enfrentar sus grandes problemas.

Todos los núcleos han concordado en señalar que se inició un camino para trabajar en una interacción multiprofesional alrededor de la problemática específica de salud integral para todos los latinoamericanos, reconociendo que todos sin excepción tienen el derecho a ser educados y a la búsqueda de ese tan disputado y cacareado derecho a la salud y el bienestar.

Una primera ruptura se ha dado. Se ha trabajado en reuniones conjuntas de profesionales de diferentes campos del saber en salud, en su mayoría del mundo académico, que reconocieron su compromiso conjunto pero no pudieron avanzar en el trabajo conjunto más efectivo con los profesionales de los servicios. En dos de las reuniones de los núcleos estuvo presente una representación estudiantil que se espera se incremente en el futuro si se vencen las dificultades, sobre todo de orden económico, y se estimula a las instituciones para que incorporen estudiantes en sus delegaciones.

Se avanzó en reconocer el compromiso de la Universidad frente a la salud de la población, en la necesidad del rescate de la Universidad latinoamericana, en la necesidad de impulsar su producción científica, de impulsar el desarrollo de alternativas coherentes y sólidamente sustentadas frente a una situación política, económica y social de gran deterioro, pero que ofrece condiciones para el inicio de un trabajo concreto, ya no sólo descansando en reuniones esporádicas sino en proyectos multiprofesionales, interdisciplinarios, interuniversitarios alrededor de problemáticas concretas. Las reuniones no fueron mucho más allá del señalamiento de la situación pero insinuaron caminos para un quehacer de nuevo tipo, de proyectos latinoamericanos cooperativos, de trabajo solidario, que es un trabajo de contracorriente en un mundo en donde para muchos la solidaridad es un concepto hueco pero que sigue siendo el único camino para la subsistencia de esta América Latina cuya Universidad tiene una gran responsabilidad, y que aún no ha logrado un involucramiento interno que permita construir hacia adentro y hacia afuera, en un movimiento envolvente que exige la búsqueda de lo que se nos ha pedido esbozar lo que ha representado esta actividad en el contexto de la integración latinoamericana. Es allí donde quisiéramos hacer un llamado a repensar el porqué de una Unión de Universidades de América Latina, el porqué de una Organización Panamericana de la Salud, el porqué de este trabajo de las asociaciones latinoamericanas responsables de contribuir a la orientación en el desarrollo del personal de salud.

Ya para finalizar, nos preguntamos si estaremos muy cerca, o no habremos logrado avanzar mucho más allá del punto de partida, cuáles serían las estrategias para romper las barreras que impiden que se envuelvan en ese gran compromiso solidario las grandes masas de docentes, de investigadores y de estudiantes de nuestras universidades. Digo eso para que pensemos en estrategias de cómo ir más allá pensando en la salud, en la educación y en la vida misma de nuestras poblaciones.

En la IX Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina, el siempre bien recordado Dr. Efrén del Pozo, Secretario General de UDUAL, señalaba que "UDUAL tiene como meta esencial la integración de América Latina". Explicaba que esta organización se llama UNION porque quiso significar "un lazo firme de confraternidad. Su vinculación universitaria significa que en ella caben todas las inquietudes del pensar en cualquiera de las ramas en que se divide el conocimiento; no Medicina, ni Derecho, ni Ingeniería aisladamente, sino todas ellas dentro del contexto histórico y filosófico de nuestros países, inmersos en los problemas de sus carencias, defectos estructurales y vicios político-sociales". Esas palabras de Del Pozo siguen siendo válidas hoy, y pienso que después de este esfuerzo de tres años, que también fue una respuesta al llamado de los países del mundo a trabajar en el rol de la Universidad en la meta de SPT 2000, el esfuerzo realizado es un primer paso que estimula y exige que esta reunión defina estrategias en pro de esa postura latinoamericana que estamos obligados a construir. Este es, a nuestro juicio, el mensaje a ustedes del trabajo hasta hoy realizado.

**PALABRAS PRONUNCIADAS POR EL DR. JUAN VELA VALDES,
RECTOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MEDICAS DE LA HABANA**

Es para nosotros un alto honor poder dirigirnos a esta plenaria, donde se reúnen tantos educadores de "Nuestra América", inspirados en la construcción de un mundo mejor para nuestros pueblos. Conscientes somos de que no son reuniones de este tipo las que resolverán los graves problemas del sub-continente, y mucho menos elaboraciones teóricas que no lleven consigo una práctica consecuente. Pero sí estamos convencidos, que el cerebro colectivo de los latinoamericanos es suficientemente sabio y poderoso, para deslindar todo aquello que sea secundario y no necesario, todo aquello que tienda a confundir y a separarnos, y buscar los puntos comunes, identificando problemas y esclareciendo líneas de acción y de pensamiento que puedan coadyuvar al progreso social de la región. No serán recetas importadas de otros contextos económicos y sociales, con otra idiosincracia, las que nos puedan indicar un camino. Es el análisis y la interpretación adecuada de nuestra realidad social, lo que permitirá desbrozar la senda autóctona.

El tema que nos reúne es de importancia capital: la Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población. ¿Qué papel deben desempeñar nuestros centros en su compromiso con uno de los derechos humanos de mayor trascendencia?

¿En qué contexto económico y sociopolítico desarrollan sus labores nuestras universidades?

Según el balance preliminar de la economía de América Latina y el Caribe en 1990 presentado por el Secretario Ejecutivo de la CEPAL el 19 de diciembre de ese año, el monto de la deuda externa del continente era de 422 645 millones de dólares, creciendo en un 3,4 % desde 1989 y en valores con respecto a 1985 en 39 000 millones. De 1985 a 1990 la transferencia de recursos de América Latina y del Caribe para los centros financieros internacionales fue de 146 500 millones de dólares. O sea, que financiamos el desarrollo de los centros de poder, convirtiéndonos en exportadores de capital y seguimos debiendo más que antes. La deuda externa a que están sometidos nuestros pueblos, impagable e incobrable técnica, jurídica y moralmente, atenaza cualquier esfuerzo de desarrollo.

Si no fuera por lo que esconde de miseria y sufrimiento, es de gran simbolismo el término con que muchos le llaman: "deuda eterna".

Las políticas de reajuste económico, neoliberales y defensoras de las privatizaciones, no han resuelto las deformaciones económicas, y mucho menos las sociales. Partes cada vez mayores del Producto Interno Bruto y de los presupuestos nacionales, se dedican al pago de los intereses y amortizaciones de la deuda y la injusta distribución de la riqueza hace que el 90 % de los latinoamericanos reciban el 40 % de la riqueza.

El Producto Interno Bruto total de América Latina en 1990 con respecto a 1989, descendió en un 0,5 %, pero si se utiliza como indicador el Producto Interno Bruto por habitante, significó un descenso de 2,6 %. Esta misma fuente relaciona que de 1981 a 1990 el Producto Interno Bruto por habitante descendió en un 9,5 % y retrocedió al nivel registrado en 1977.

Es la llamada "década perdida", para el desarrollo en América Latina y el Caribe.

Unido a esto se encuentra el estancamiento y atonía de la economía de la gran mayoría de los países de América Latina, alcanzando la inflación un incremento medio de los precios al consumidor ponderado por la población un máximo cercano al 1500 % anual.

La debilidad de los mercados de exportación, cuyos precios de los productos básicos están situados en el nivel más bajo desde los años 30, la disminución de las importaciones, la insuficiencia de los capitales externos y los ajustes fiscales han condicionado un continuo deterioro económico y la depresión del poder adquisitivo de amplios segmentos de la población.

¿Qué consecuencias lleva consigo esta dramática situación económica? El incremento de la deuda social con el aumento sostenido de la miseria de amplias capas de la población. Al disminuir cada vez más el presupuesto de gastos sociales, se desfinancian los servicios de salud y educacionales estatales, sube vertiginosamente el desempleo y el subempleo, se eleva el costo de los alimentos, de la vivienda, del vestuario, del transporte; la violencia se acentúa.

La población estimada de nuestro continente para 1990 fue de más de 440 millones de personas, siendo el 40 % menor de 15 años, con una tasa de natalidad de más de 20 en 21 países en 1986.

Se ha observado un fuerte movimiento migratorio hacia las ciudades. Para 1985 el 68 % de la población vivía en centros urbanos, y podría llegar a ser más del 75 % en el año 2000. Este crecimiento urbano explosivo, motivado entre otros procesos por el desempleo rural y los bajos precios de los productos agrícolas, condiciona la creación de grandes zonas marginales, sin acceso a los servicios de salud, educacionales, acueductos y alcantarillados, luz eléctrica que para muchas de nuestras grandes ciudades oscila desde el 32 hasta el 65 % de su población.

Producto de las políticas restrictivas, el desempleo y el subempleo se han incrementado. Según fuentes citadas por CEPAL, el desempleo urbano en 1985 fue de un 11 % y el subempleo de un 20 %. El poder adquisitivo de los salarios disminuyó en la región de 1980 a 1985 desde un 12,2 % en la industria manufacturera hasta un 17,8 % en la construcción.

Estudios de la CEPAL muestran que más de 183 millones de latinoamericanos viven en condiciones de pobreza, esto es el 44 % de su población. Al disminuir los salarios, aumentar el desempleo y subir los precios de los productos alimenticios, el nivel de consumo de alimentos tiende a disminuir. A finales del decenio del 80, sólo 3 países latinoamericanos logran alcanzar la disponibilidad teórica de 3000 calorías per cápita diaria. Se estima que la prevalencia promedio de desnutrición global en América Latina y el Caribe en niños menores de 5 años es de 15,9 %.

La cobertura de acueductos y alcantarillados es insuficiente y no se equipara al crecimiento de las áreas urbanas; la contaminación ambiental, producto del aumento del transporte automotor y los procesos tecnológicos agroindustriales no controlados y controlados, así como el daño permanente que se infiere a la naturaleza, hace que el medio ambiente sea cada vez más agresivo.

Si consideramos que la determinación final de la salud es social, y que el proceso salud-enfermedad es un proceso bio-social y que los factores sociales que determinan el modo y condiciones de vida juegan un papel decisivo, ¿cómo han podido influir estos factores en el estado de salud de la población?

Si utilizamos la esperanza de vida al nacer como indicador resumen de los riesgos de morir, para América Latina y el Caribe fue estimada para el quinquenio 1985-1990 en 66,6 años. Aunque ha existido un ascenso sostenido en este indicador a partir de la década del 50, su ritmo de crecimiento disminuyó de 1975 a 1990. La diferencia en este indicador con los países de América del Norte es de tal magnitud, que América Latina y el Caribe, de seguir las tendencias actuales, no alcanzará ni en el año 2025 las cifras que actualmente tienen estos países.

La meta mínima de 70 años, establecidos por los compromisos de "Salud para Todos en el año 2000", sólo podrá ser cumplida por 9 países latinoamericanos y los del Caribe no latinos.

Si tomamos la tasa de mortalidad infantil, como riesgo de morir de nuestros niños antes de cumplir el 1er. año de vida, observamos que para el quinquenio 85-90 se estimó en 55 por 1000 nacidos vivos, donde 10 países tienen tasas superiores a 60 x 1000 nacidos vivos. Si bien es verdad que ha disminuido sustancialmente a partir del año 50, su velocidad de descenso ha disminuido a partir de 1980 y las diferencias entre los distintos grupos sociales de cada país son ostensibles. La región de América del Norte tiene un indicador de 10 en el quinquenio antes mencionado, seis veces menos que América Latina y el Caribe. Si las tendencias actuales se mantienen en el futuro, la tasa de mortalidad infantil que se prevé que pueda alcanzar América Latina en el quinquenio 2020-2025, es decir, en casi 35 años más, es la misma que los Estados Unidos tuvieron hace 30 años, en 1955-1960, lo que significa un desfase temporal de más de medio siglo. Anualmente mueren 500 000 niños menores de 5 años en América.

Las enfermedades transmisibles son causa de muerte importante entre los niños de esta edad. En 14 países de América Latina y el Caribe significa el 50 % o más de los fallecidos en este grupo etáreo.

Las enfermedades diarreicas agudas se mantienen entre las primeras causas de muerte en niños menores de 5 años en muchos países de la región, y se estima que cada niño latinoamericano presente entre 2 y 7 episodios de diarreas por año hasta los 5 años de vida.

A su vez, las enfermedades respiratorias agudas también figuran entre las primeras causas de muerte en niños menores de 5 años, y se estima que un niño latinoamericano presente entre 5 y 7 episodios de ERA por año hasta los 5 años.

Según el documento "Las condiciones de la salud en Las Américas", publicación científica de la OPS/OMS, la hepatitis viral tipo B se ha convertido en un serio problema de salud en muchos de nuestros países, con excepción de Cuba y Costa Rica, la infestación por el **Aedes aegypty** se ha incrementado considerablemente en la última década, por lo que el dengue se ha hecho endémico en la mayoría de las ciudades de clima tropical y la fiebre amarilla se mantiene como una amenaza permanente en nuestras ciudades. El 40 % de la población latinoamericana, 280,7 millones de habitantes, están expuestos al riesgo de enfermar por malaria. En Suramérica, 70 millones están expuestos al riesgo de enfermar de bilharzia.

La lepra, endémica en la mayoría de nuestros países, ha tenido un incremento significativo, siendo su prevalencia de por lo menos 330 000 casos conocidos. El riesgo de infección por tuberculosis es de 1 % para el conjunto de nuestros países y la tendencia a la reducción es prácticamente nula.

El virus de la inmunodeficiencia adquirida humana (VIH) se ha venido a insertar en nuestros países. Se estima que de 750 000 a 1 millón de personas están infectadas por el VIH en América Latina y el Caribe y es un reto para toda la comunidad científica.

Hoy, en este cuadro de salud, varios países hermanos están sufriendo el flagelo del cólera, que ya ha cobrado más de 2000 vidas y enfermado a un cuarto de millón de habitantes, y se cierne como una amenaza cierta y difícilmente evitable para todos los países de la región. El Dr. Guerra de Macedo, Director General de la Organización Panamericana de la Salud, ha planteado que haría falta 200 000 millones de dólares invertidos en el saneamiento ambiental para la erradicación del cólera. Con el deterioro económico, la infraestructura hidrosanitaria, condiciones nutricionales y servicios de salud que presentan nuestros pueblos, ¿cómo se podrá controlar el cólera?

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.

Como bien aparece expuesto en el informe de la reunión del Núcleo Básico II, efectuada en República Dominicana, 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 (hoy se añade también el cólera).

Para ayudar en la solución de esta enorme "deuda sanitaria", ¿cómo se están preparando los servicios de salud?

Es necesario decir que 130 millones de latinoamericanos no tienen acceso regular a los servicios básicos de salud.

La situación no es idéntica ni uniforme en todos los países. Pero se configura una tendencia prevaleciente de que el Estado se desentiende de los problemas de salud. El Estado ha perdido capacidad para garantizar niveles mínimos de solución a las necesidades básicas de la población.

Gana adeptos la corriente ideológica de que la salud es una responsabilidad individual y de estilos de vida. El drenaje de recursos para el pago de la deuda externa que lleva implícito el recorte del gasto social y la desfinanciación de los servicios de salud, junto al encarecimiento de los bienes y servicios de atención a la salud, es la justificación económica para endilgarle la responsabilidad de la salud a los ciudadanos y decirles que depende del estilo de vida que hagan. Sin negarle importancia a los sanos estilos de vida, no se le puede hablar de esto al hombre desnutrido, analfabeto, hacinado y desempleado, y sin acceso a los servicios básicos de salud, sencillamente no lo puede entender.

Los esfuerzos que se hacen, en lo fundamental, van encaminados a resolver las demandas individuales espontáneas, pero no llega a enfrentar las situaciones de fondo que puedan condicionar un cambio cualitativo.

También se desfinancian los seguros sociales por disminución de la población asalariada.

Según el Banco Mundial, en una muestra de 20 países subdesarrollados, los gastos de salud entre 1973 y 1986 bajaron del 5,5 % al 4,2 % del gasto del gobierno central, mientras que los gastos militares se incrementaron del 12,7 % al 15,2 %.

Para nosotros, sin negar que puedan existir otras formas que respondan a los intereses propios de cada país, está refrendado en la Constitución de la República y en la práctica social cubana reflejadas en los indicadores de desarrollo económico, social y sanitarios, que la salud es un deber y una responsabilidad del Estado, y un derecho de cada ciudadano, en condiciones de igualdad para todos.

La salud, al igual que la educación, no pueden estar sujetos a las ciegas leyes del mercado, a las leyes de la oferta y la demanda. Si tengo dinero, tengo salud; si tengo dinero, tengo educación. Para nosotros es un encargo social y la primera responsabilidad del Estado garantizar la salud de su pueblo.

Las inversiones en los servicios de salud han disminuido y los gastos que se realizan en algunos países en la alta tecnología y equipos de última generación, son en lo fundamental, para beneficio de pocos, sustrayendo esos recursos de acciones básicas de salud en la Atención Primaria para perjuicio de las grandes masas.

La gran mayoría de las universidades de América Latina no están ajenas a los efectos de la crisis. El 90 % del tiempo de las autoridades universitarias se dedica a tratar de defender el presupuesto, o al menos que no disminuya en la cuantía que les desean imponer. La desfinanciación de la Universidad trae consigo el atraso en el desarrollo científico-técnico, la disminución de las investigaciones, la reducción del salario profesoral y de sus posibilidades de superación académica y el inadecuado reequipamiento técnico. Esto, unido a los problemas estructurales, inercia y desviaciones, pone a la Universidad latinoamericana de la década de los 90 en situación precaria para cumplir sus compromisos y su papel con la salud de la población.

Sus funciones y tareas fundamentales de generación de nuevos conocimientos, transmitir estos, junto con todos los del saber acumulado en el proceso de formación de personal y participar en la búsqueda de respuestas a las necesidades sociales mediante programas de expansión y servicios, se han visto limitadas durante muchos años y el énfasis fundamental, en gran parte de ellas, ha estado centrado en la formación de personal.

Algunos centros han disminuido su papel al no interpretar adecuadamente las necesidades sociales y no luchar por recomendar, impulsar y participar en programas concretos que tiendan a la solución de los problemas sociales.

La Universidad latinoamericana, históricamente, ha estado en la primera línea en la defensa de la vida humana y del conjunto de derechos humanos fundamentales, como son el derecho al trabajo, a la educación, a la salud, a la vivienda, a la recreación, a una vida digna y libre. Ello implica una Universidad comprometida con su tiempo y con su pueblo.

Para nosotros, la Universidad es un ente vivo de la sociedad, de un gran dinamismo y que responde y aporta al desarrollo económico, político y social de su área de influencia y del país. La Universidad es un espacio abierto a la discusión y a la confrontación ideológica, con suficiente capacidad de resolución, que logre que en todo momento primen los intereses sociales. Las universidades existen, porque hay un pueblo trabajador que las soporta. Y a ese pueblo deben responder las líneas directrices de su trabajo.

En el área de formación de personal para la salud sigue destacándose la formación biológica. El que se logre interiorizar el proceso salud-enfermedad como un proceso social, y que la salud colectiva prime sobre la salud individual, que se ponga el énfasis en la atención integral a los problemas de salud y no sólo en sus aspectos curativos individuales y basar el proceso docente-educativo en la búsqueda de respuestas a procesos reales constituyéndose en objetivos de investigación y transformación, es un ideal a lograr para muchos centros.

La docencia sigue teniendo su base en la enfermedad y no en la salud. Si no hay un contacto adecuado, un comprometimiento con la realidad sanitaria de cada país, y que en la solución de los problemas de salud esté la fuente, el contenido, los métodos y la práctica de los procesos enseñanza-aprendizaje, no podemos aspirar a cumplir nuestro rol.

En el análisis prospectivo de 60 escuelas de medicina de América Latina desarrollado por OPS/OMS y ALAFEM, se puso en evidencia que el 70 % de las escuelas no participa en los servicios de salud ni en la planificación y evaluación del sistema de salud en su área de influencia. Nosotros creemos que el escenario natural del proceso de enseñanza-aprendizaje son los propios servicios de salud y que la labor que realizamos en la investigación y la práctica médica en los mismos son el eje central del proceso y es, a su vez, la oportunidad mayor que tiene la escuela de trabajar en la elevación de la calidad de los servicios.

Referente a las nuevas tecnologías se ha señalado que ha existido un acelerado incremento de las tecnologías de diagnóstico y tratamiento (100 nuevos productos tecnológicos en los últimos 5 años). Esto ha significado un gran avance para la sociedad y contribuye a la solución de problemas individuales y sociales. Pero es que en las condiciones de América Latina, ha devenido en instrumento de poder y de marginación de masas populares.

En muchos países, la alta tecnología viene dada por las leyes del mercado por quien la pueda pagar, pero no por las necesidades sociales. Las divisas se erogan para satisfacer las necesidades de pocos a costa de muchos. No es infrecuente encontrar en un país con una tasa de mortalidad infantil superior a 50 por 1000 nacidos vivos, varios equipos de Tomografía Axial Computarizada y aun otros más complejos y costosos, y sin embargo no hay sales de rehidratación oral al acceso de las grandes mayorías.

Se ha llegado, incluso, a identificar la medicina científica con la medicina de complejos procesos tecnológicos, creando la propaganda un estado de opinión cada vez más creciente, a favor de la misma.

Nosotros creemos que la alta tecnología es conveniente cuando los problemas de salud que se puedan resolver con tecnología más asequibles a las grandes masas, de menor costo y mayor impacto social, estén resueltos. Si la alta tecnología, su acceso a ella, sólo es factible para grupos privilegiados, no es defendible. Las prioridades tecnológicas deben venir dadas por la demanda social y en esto la Universidad juega un gran papel. En definir estas estrategias, evaluar las tecnologías, identificar aquellas de mayor utilidad con mayor eficiencia expresada en bajos costos y altos beneficios sociales, y trazar políticas de investigaciones realistas y oportunas tiene una de sus misiones más importantes.

Si conceptuamos las prácticas en salud 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 la muerte, vemos que es mucho más abarcador que el abordaje que cada profesión hace de su práctica concreta. Hemos planteado, a lo largo de nuestra exposición, cómo al disminuir su papel el Estado en las prácticas de salud, tanto los ministerios de salud como los seguros sociales y otras formas colectivas de enfrentar los problemas de salud, van perdiendo terreno y ganan a su vez la práctica liberal, el ejercicio privado y la agrupación de médicos para realizar una parte del diagnóstico o tratamiento de la salud individual.

En la ya mencionada encuesta realizada a 60 escuelas de medicina por OPS y ALAFEM, sólo el 17 % de ellas fundamenta la formación del personal en la Atención Primaria de Salud. Si la meta de "Salud para Todos en el año 2000" tiene como su estrategia principal la Atención Primaria de Salud, nuestras universidades no pueden darle la espalda, ya que es una necesidad básica de los sectores desposeídos del pueblo. Varios centros presentan experiencias interesantes, pero aún, en la mayoría, es incompleta. Es responsabilidad de la Universidad latinoamericana asumir plenamente la estrategia de Atención Primaria de Salud, pasando de la enfermedad individual a la salud de la comunidad, aplicando los principios metodológicos de la APS en el quehacer académico y ejecutar experiencias interdisciplinarias e intersectoriales.

La experiencia cubana sobre los puntos de la agenda, serán expuestas en detalle en las plenarios, en los trabajos libres, en la exposición, y en las discusiones de grupo, por muchos profesores nuestros.

No obstante, señalaré algunos aspectos generales:

La situación sanitaria del país en 1959 se puede resumir en la ausencia de un Sistema Nacional de Salud, con una pobre cobertura de los servicios médicos, baja calidad de los servicios estatales, predominio de una práctica médica curativa y privada, concentración de los servicios de salud en las grandes ciudades, poco desarrollo de las investigaciones en salud y prácticamente sin ningún apoyo oficial y un mercado farmacéutico controlado por los laboratorios extranjeros; alta tasa de mortalidad infantil, muerte materna, predominio de las enfermedades transmisibles, desnutrición.

Fidel Castro Ruz, en 1953, con motivo de su alegato de autodefensa en la causa por el asalto al Cuartel Moncada, en Santiago de Cuba, conocida por "La Historia me Absolverá", denunció el doloroso cuadro de salud de la población al señalar:

"el noventa por ciento de los niños del campo están devorados por parásitos que se les filtran desde la tierra por las uñas de los pies descalzos.

La sociedad se conmueve ante la noticia del secuestro o asesinato de una criatura, pero permanece criminalmente indiferente ante el asesinato en masa que se comete con tantos miles de niños que se mueren todos los años por falta de recursos médicos. El acceso a los hospitales del Estado, siempre repletos, sólo es posible mediante la recomendación de un magnate político que le exigirá al desdichado su voto y el de toda su familia, para que Cuba siga siempre igual o peor".

En estos más de 30 años, la Revolución ha aplicado consecuentemente los siguientes principios en los cuales se sustenta la política de salud del Estado cubano:

- Orientación profiláctica de la salud pública.
- Carácter estatal socialista.
- Accesibilidad y gratuidad.
- Integridad y desarrollo planificado.
- Unidad de la ciencia, docencia y práctica médica.
- Participación de las masas.
- Internacionalismo.

Estos principios conllevan a un objetivo único: la satisfacción de las necesidades de la población y el mejoramiento constante de su estado de salud.

Trataré de explicar la situación sanitaria en Cuba en 1990.

La población de Cuba en 1990 era de 10 603 200 habitantes, con una densidad de 96 habitantes por km². El porcentaje de menores de 15 años es de 24,0 % y de mayores de 65 años el 8,5 % de la población. La tasa de natalidad es de 17,6 nacidos x 1000 habitantes y la esperanza de vida al nacer es de 75,2 años.

Durante el año 1990 se registró una tasa de mortalidad infantil de 10,7 por 1000 nacidos vivos, la tasa más baja de la historia de la salud pública cubana, proceso sostenido que ha situado al país entre los 22 países de más bajo índice de mortalidad infantil en el mundo, incluso, por debajo de numerosos países desarrollados industrialmente. En el trienio 87-90, la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años fue de 13,8 por 1000 nacidos vivos, existiendo un 98,6 % de sobrevivencia a los 5 años de edad.

La tasa de mortalidad materna fue de 3,1 por 10 000 nacidos vivos. Estos resultados sitúan a Cuba entre los 30 países con mejores indicadores del mundo.

La mortalidad por enfermedades diarreicas agudas representó el 0,5 % del total de defunciones del país. En ese mismo año, el número de defunciones por 100 000 habitantes por tuberculosis fue de 0,5 y de fiebre tifoidea, difteria, tétanos, poliomielitis, sarampión, paludismo, sífilis y tosferina fue de cero.

En morbilidad, la incidencia de algunas enfermedades de declaración obligatoria, tales como meningitis tuberculosa, difteria, tétanos, rabia humana y poliomielitis fue de cero.

En tuberculosis se registra la tasa más baja en la historia de esta enfermedad: 5,1 por 100 000, tasa inferior a la de países desarrollados que incluye a Estados Unidos y Canadá en América del Norte.

En el programa de control del SIDA, Cuba ha desarrollado una experiencia única en el mundo, que constituye el programa más integral para la prevención y el control de tan terrible enfermedad.

Referente a recursos podemos decir que el país cuenta con 77 053 camas, para un indicador de 7,3 camas por 1000 habitantes. Se cuenta con 418 policlínicos y 4904 sillones dentales entre otros recursos.

Cuba cuenta con 298 708 trabajadores en el Sistema Nacional de Salud, que significa 281 trabajadores por 10 000 habitantes; trabajan 38 690 médicos para un indicador de 1 médico por cada 274 habitantes; 6959 estomatólogos, que significa 1 por cada 1524 habitantes y 69 060 enfermeras, que significa el 65,1 personal de enfermería por cada 10 000 habitantes.

El presupuesto de la Salud Pública en 1990 fue de 1045 millones de pesos con un gasto anual por habitante de 98 pesos.

Debo referirme a lo que constituye la transformación más radical del desarrollo de la salud pública cubana: el médico y la enfermera de la familia.

El Médico de la Familia ha devenido en la célula fundamental del Sistema Nacional de Salud, como elemento prioritario del perfeccionamiento de la Atención Primaria, constituyendo el centro de la estrategia para el desarrollo de nuestra salud pública.

En 1990 trabajaron 11 915 médicos de la familia, distribuidos en policlínicos y otras unidades de municipios del país, beneficiándose el 56,5 % de la población con este revolucionario servicio de atención médica. Cada Médico de Familia atiende entre 500 y 700 personas integralmente.

El programa de trabajo del médico y enfermera de la familia parte de la premisa de que el Médico de la Familia es el máximo responsable de la salud de la población y alrededor de él se organiza todo un sistema capaz de brindar una atención médica de calidad, que tenga en cuenta los aspectos preventivos, sociales e higiénico-epidemiológicos y que logre un alto nivel de satisfacción de la población a la cual responde.

Las actividades a desarrollar se han programado teniendo en cuenta a la familia como unidad básica, pero sin olvidar las acciones individuales a realizar en el niño, a la mujer, el adulto y al anciano en forma integral.

En la evaluación del programa se tienen en cuenta, fundamentalmente, los resultados y los progresos en el cumplimiento de los objetivos trazados teniendo como elementos significativos la modificación del cuadro de salud, el grado de satisfacción de la población y la calidad de la atención.

Las características fundamentales del modelo cubano del médico y enfermera de la familia, vienen dados por su carácter de promotor de salud y de prevenir enfermedades, por vivir en la misma comunidad en su casa-consultorio, construida por el Estado, por tener a su disposición todo el Sistema Nacional de Salud desde el policlínico hasta el hospital de tercer nivel de atención, por ser un especialista calificado con 3 años de residencia y tener los profesores junto a él en la comunidad y por ser sus servicios gratuitos al igual que toda la salud pública cubana.

Existe un programa de desarrollo hasta el año 2000 de 38 especialidades médicas priorizadas, donde se contempla la planificación de recursos materiales y humanos, así como su calificación para situarlos al más alto nivel mundial.

Referente a la educación de Ciencias Médicas, la situación en Cuba en 1959 era muy similar a la de muchos países latinoamericanos. Existía un divorcio entre la docencia médica y las necesidades de salud del país, ausencia casi total del enfoque preventivo y predominio del enfoque curativo, individual y biológico con formación exclusiva en el hospital.

A partir de 1959 se comienzan las grandes transformaciones económicas y sociales. Se crea el servicio rural, el internado obligatorio a todos los estudiantes, se inauguran varias escuelas de medicina, estomatología y enfermería en el país; se comenzó la integración docencia-asistencia e investigación, la combinación estudio-trabajo, el enfoque clínico-epidemiológico, preventivo y social en los planes de estudio, comenzó la formación masiva de personal de la salud para dar respuesta a las crecientes necesidades del sistema de salud, que empieza a llegar a todos los rincones de la isla.

Con el objetivo de llevar el país a los niveles más altos de salud, en la década del 80 se toman en la educación médica las siguientes medidas:

- Creación del Destacamento de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay".

Todo joven que aspire a ingresar a estudiar una carrera de Ciencias Médicas pasa por un riguroso proceso de selección, que evalúa las características políticas, morales, humanas, académicas y de vocación.

El Comandante en Jefe Fidel Castro, al sintetizar las características que deben tener los que estudian las carreras de la salud, expresó lo siguiente:

"luego, para estudiar medicina hay que escoger a los mejores entre nuestros estudiantes, los de mejores cualidades intelectuales, académicas, políticas y morales. Un lumpen no puede ser médico, un delincuente, una persona capaz de hacer un fraude, capaz de engañar, no puede ser médico. Es decir, para ser médico, se requiere una sensibilidad exquisita, una gran calidad humana, gran capacidad intelectual y una moral a toda prueba".

- Internado rural y municipal

Desde 1982 en 96 hospitales rurales, 35 hospitales municipales y 30 clínicas dentales se comenzó a realizar la docencia del internado.

- Internado internacionalista

Durante varios años se realizó el internado internacionalista en varios países donde Cuba presta su colaboración médica.

- Se aseguraron los libros de texto para las carreras de la salud a precios módicos, con textos de autores extranjeros y de colectivos de autores cubanos.

Además, se imprimieron más de 200 títulos de libros de consulta.

- Se aumentaron las cifras de ingreso, llegando a tener en el presente curso escolar una matrícula de 26 888 estudiantes de medicina, 7970 de Licenciatura en Enfermería y 2980 en estomatología.

- En la actualidad, hay 21 facultades de Ciencias Médicas y 4 facultades de Estomatología. Todas las provincias del país cuentan con facultades de Ciencias Médicas y algunas con más de una.

Suman más de 100 millones de pesos invertidos en los últimos años en construcción y equipamientos de facultades, con albergues, laboratorios, aulas, instalaciones deportivas, etc.

- Se aumentó la gratificación salarial al personal docente de Ciencias Médicas, como un reconocimiento del Estado cubano a su papel de formador.

- A partir de 1987 se reinicia la formación de enfermeras a nivel de licenciatura.
- La estrategia en este sentido es en el año 1993, eliminar los cursos medios de formación de enfermeras y todos los que se formen en lo adelante serán licenciados de nivel superior a partir del bachillerato.
- En estomatología se aumentó la carrera a 5 años, siendo el último año de práctica profesional y se trabaja en el diseño de un nuevo plan de estudios que comenzará en septiembre de 1991.
- Se elaboró un nuevo plan de estudios de medicina, vigente desde 1985, a partir de las definiciones que la dirección del país realizó sobre el tipo de médico que se necesitaba, se concibió que fuera generalista, con un perfil amplio que diera salida al modelo de Atención Primaria que se venía implantando en el país y que en lo fundamental seguiría la residencia de Medicina General Integral, cerrando un ciclo entre pregrado y postgrado de 9 años.

A partir de este médico se formarían los especialidades.

Se identificaron a nivel de expertos y por estudios de mortalidad y morbilidad 286 problemas de salud del individuo, la familia, la colectividad y el medio ambiente que este médico debe atender y se establecieron las 760 habilidades a aprender por los estudiantes.

Los aspectos conceptuales fundamentales en que se basó el nuevo plan de estudios fueron, entre otros:

- La profundización en la educación integral de los estudiantes que egresarán con sólidos conocimientos y un enfoque científico de las tareas y problemas que la organización de salud impone como encargo social; concebir la medicina como ciencia socio-biológica, mayor participación de las ciencias higiénico-epidemiológicas, y de la Atención Primaria; articulación de los estudios de pre y postgrado; desarrollar métodos activos de aprendizaje; incrementar la educación en el trabajo; creación de departamentos de Medicina General Integral en todas las facultades, y que todas las disciplinas trabajen en función del tipo de médico a egresar.
- Se actualizaron todos los programas de formación de las 51 especialidades médicas y 4 estomatológicas, así como el reglamento docente de postgrado.
- Se creó la residencia de Medicina General Integral, que posibilita formar el especialista desde su propio puesto de trabajo en la comunidad, con un equipo de profesores. En estos momentos hay 6251 residentes de Medicina General Integral, atendidos por cerca de 1000 profesores universitarios.
- Se creó el Centro Nacional de Perfeccionamiento, que rige metodológicamente y ejecuta gran parte de la educación continuada de todo el personal de nivel superior del Sistema Nacional de Salud.

Los estudiantes en la educación superior cubana juegan un papel destacado en todas las esferas del trabajo universitario. Su participación activa en la toma de las principales decisiones de la vida universitaria, los convierte en un factor de impulso y de estímulo a la actividad científica, docente, deportiva, cultural. Su integración a todas las tareas de su tiempo y de su generación, conforta y asegura que el relevo está en buenas manos.

No puedo terminar sin mencionar que en estos logros, la atención prestada por la Revolución a la salud de la población y a la educación en Ciencias Médicas, ha sido el factor determinante. El Presidente Fidel Castro se reunió en 1982 con el claustro de profesores del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; en 1983 con representantes de todos los claustros de las facultades de Ciencias Médicas del país; en 1985, 1986, 1987 y 1989, con representantes de los organismos políticos, de masas, de servicios, docentes y estudiantiles de todos los hospitales de la capital; en dos ocasiones con todos los médicos de la familia y profesores de los policlínicos de la Ciudad de La Habana y en todos los congresos nacionales de los estudiantes universitarios.

En todas estas reuniones y en sus recorridos constantes por las unidades de salud, ha estado el compañero Fidel, abriendo el camino a las ideas nuevas, desbrozando obstáculos, señalando perspectivas, metas, tareas, aunando voluntades, controlando resultados, exigiendo y enseñando. Nos ha dado su ejemplo personal de dedicación a todos los trabajadores de la salud y los educadores de que la línea de la Revolución en salud es la de todo nuestro pueblo, todo nuestro Estado, con sus instituciones y organizaciones.

Definió que la docencia médica se realiza en función de la asistencia médica, y que al convertir prácticamente todo nuestro Sistema Nacional de Salud en una gran universidad médica tendría como consecuencia inevitable el aumento de la calidad en los servicios, y como consecuencia última, el aumento del bienestar y la calidad de la vida de nuestra población. Esto se ha logrado.

No se pueden tener estos resultados en salud y en educación si las mismas no son tareas centrales del gobierno, del Partido Comunista de Cuba, de todos los factores de la sociedad, y se encuentran respaldados por un desarrollo económico, político y social.

Ahora, en que la virulencia del imperialismo yanqui contra Cuba se acentúa, se recrudece el bloqueo económico y las amenazas de agresión militar se incrementan, nuestro pueblo unido se prepara para defender la obra de la Revolución hasta las últimas consecuencias.

La crisis del socialismo en Europa del Este y las dificultades internas por las que atraviesa la Unión Soviética, unido al aumento de la agresividad imperialista, condiciona que se viva lo que hemos denominado "período especial en tiempos de paz", con afectaciones muy serias en la economía cubana.

Pero se enfrentan con más entusiasmo, voluntad y optimismo que nunca y la estrategia para resistir y vencer, está trazada.

Los niveles de salud y educación se mantendrán. Las conquistas sociales se mantendrán. No habrá desempleados, marginados. Las universidades seguirán formando profesionales, y lo mucho o lo poco que tengamos se repartirá equitativamente en toda la población.

Nuestro pueblo tiene plena confianza en ello y por eso está viviendo los momentos más gloriosos de su historia.

Cuba y su proyecto socialista autóctono de amplia equidad social, se mantendrán.

Latinoamérica puede confiar en ello.

PONENCIAS Y COMENTARIOS

F. Ilizástigui / 86

F. Sánchez (c) / 99

M. Rodríguez / 104

C. Bloch / 128

A.L. Velandia (c) / 147

J.F. Sacasas (c) / 149

C. Valdiviezo / 154

N. Núñez / 162

M. Montano (c) / 169

PAPEL DE LA UNIVERSIDAD EN LA ELEVACION DEL NIVEL DE LA SALUD DE LA POBLACION

Fidel Ilizástigui Dupuy
CUBA

INTRODUCCION

El mandato para hablar sobre este tema posee significado para agradecer, por cuanto ningún universitario puede estar ajeno a la importancia de tal problemática.

No obstante, debo hacer dos observaciones: la primera corresponde a que se puede ser superficial tanto por lo complejo del problema como por el escaso tiempo, 72 horas con que contó el autor para abordarlo; y la segunda, que no podré, por las circunstancias señaladas, desprenderme totalmente en mi disertación de ser cubano y de la experiencia vivida en este campo. Pido de antemano, por tanto, indulgencia y comprensión al auditorio que tiene la gentileza de escucharme.

Comenzaré mi exposición transcribiendo parte de algunos párrafos de la declaración general del XVIII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS), celebrada a fines de mayo de este año en la ciudad de La Habana, por considerarlo pertinente al tema que nos ocupa.

"Que la situación social de nuestros pueblos es dramática y desesperanzadora. La franja de la población latinoamericana que se sumerge por debajo de los niveles de pobreza y de indigencia es cada vez mayor, se han agudizado los graves problemas existentes en el terreno de la salud, la educación y las condiciones de vida de amplios sectores de la población."

"Que la viabilidad de proyectos políticos y sociales que respondan genuinamente a las apremiantes demandas de más democracia y más justicia social de nuestros pueblos no será posible mientras persista la endeblez estructural de nuestras economías subyugadas por una creciente subordinación transnacional y asfixiada por la deuda externa."

¿Crisis en salud y educación en toda Latinoamérica?

De la revisión en su oportunidad de los informes correspondientes al resultado de las reuniones que abordaron en Quito, Santo Domingo y Caracas los núcleos básicos I, II y III se tiene la impresión que la mayoría de los ponentes universitarios poseen la convicción que en toda la América Latina se vive una crisis en salud y educación determinada principalmente por la estructura de la sociedad y la dependencia neocolonial de esos países, agravada en el presente por la deuda externa y las consecuencias que de ella se derivan. Correspondería a la Universidad, según muchos, jugar un papel principal en la solución de tal crisis y de la transformación estructural de la sociedad.

En verdad la situación cubana del presente en todos los sectores, y muy en especial en los de la salud y la educación, ha sufrido un desarrollo espectacular con la Revolución. En Cuba, en la actualidad, no existe crisis en salud, no existe crisis en educación, por el contrario, se vive una etapa de florecimiento en estos sectores de la sociedad.

Tal diferencia al compararla con otras sociedades latinoamericanas no permite englobar la situación cubana en salud y educación en un contexto de crisis que no le corresponde, independientemente de su integración como nación latinoamericana y caribeña.

Un abordaje más útil y valedero sería analizar la experiencia cubana y las circunstancias que han posibilitado a Cuba, país latinoamericano subdesarrollado, emerger victorioso de la situación caótica del pasado, para identificar soluciones que pudieran ser extrapoladas por otros países hermanos en la empresa común de todos por brindar niveles de salud más altos a sus respectivos pueblos, y en cuánto y cómo la universidad puede y debe jugar un papel significativo en tal empeño.

Sociedad-salud

La salud, más bien que un estado, es un proceso cualitativo extraordinariamente complejo del hombre (género, familia, individuo). Su estudio y conceptualización rebasa el marco de una disciplina en particular. Ella es posible estudiarla unilateralmente desde la biología, la sociología o la psicología. Tampoco una respuesta plausible constituye una suma mecánica de los aportes de todas las disciplinas que tienen que ver con ella. En una visión integradora cualesquiera que sean las limitaciones actuales se encontrará la respuesta apropiada en el futuro a la correlación de lo social y lo biológico en salud, que permita elaborar científicamente una definición de la salud que supere las limitaciones de la que brinda la OMS en la actualidad.

La salud no es solamente un problema teórico, es también un problema práctico en el cual incide no solo un sector, sino varios sectores de la sociedad: agricultura, ganadería, cultura, educación, vivienda, deportes y otros. No obstante, corresponden a la salud pública y a las ciencias médicas el papel principal en la solución de los problemas de salud de la población.

Esto conlleva que la salud de la población humana no depende para su estudio exclusivamente de las ciencias médicas y de la salud pública para la solución teórico-práctica de los problemas de salud. Otras ciencias y otros sectores no pueden ser menospreciados al logro de tan noble propósito.

La categoría salud-enfermedad, base de la medicina y de la salud pública, no es ni asocial ni ahistórica, sino que se modifica y cambia según las formas económico-sociales y las bases de justicia social y equidad que la fundamentan.



Por tal motivo, para nosotros la salud y las instituciones que deben velar por ella, no pueden ser concebidas como autónomas e independientes de la sociedad en la cual se encuentran inmersas, ya que ellas responden en definitiva al régimen económico-social que define tal o cual forma de sociedad.

El solo hecho de efectuar una revolución social en países subdesarrollados conlleva de por sí, y el progreso social que la acompañaría, niveles de salud más elevados para toda la población.

La salud del hombre tiene que ver con el elemento máspreciado de las fuerzas productivas, el propio hombre, y de ello se deriva que de su salud dependen influencias positivas en el progreso económico social de la sociedad en su conjunto.

Aun en los países capitalistas desarrollados al lado de altos niveles de salud para un sector de la población, otros grupos, las clases más desposeídas al vivir al borde de la miseria, padecen de una salud precaria o caen en la enfermedad permanente.

El nivel de salud tiende a hacerse diferenciado según las clases antagónicas, no a homogenizarse como en la sociedad sin clases antagónicas de mayor equidad.

Ministerio de Salud y salud

En los países capitalistas generalmente los estados y gobiernos no se comprometen con la salud de la población en general. El compromiso, si existe, corresponde a la llamada Salud Pública, en tanto que diversidad de instituciones y médicos privados atienden la salud individual como responsabilidad de cada persona, por lo que el acceso a la salud está vedado para grupos marginales de la sociedad.

A partir de la declaración de Alma-Ata "Salud para todos en el año 2000" y la estrategia de atención primaria de salud (APS) para conseguirla y del replanteamiento por la OPS/OMS del compromiso asignado entonces, las universidades intensifican y amplían su rol en salud, desde las posiciones más conservadoras que limitan sus acciones al discurso, o no rebasan los límites del propio sector de salud, hasta las que consideran que su liderazgo debe llegar hasta los sectores estructurales de la propia sociedad para lograr transformaciones profundas en salud.

Hasta donde el liderazgo en salud de las universidades pueda llegar, dependerá de las condiciones concretas de cada país, historia, recursos económicos, comprometimiento social, balance de poder de los grupos que se mueven en el propio seno de la institución, a favor del progreso, el mantenimiento o el regreso social.

En nuestra sociedad la responsabilidad de la salud de la población recae sobre el Ministerio de Salud Pública como dirigente único del gobierno social para el logro continuado y ascendente de la salud de la población cubana. A él corresponde dirigir, coordinar, orientar y aplicar la política de salud del estado cubano y el cumplimiento del compromiso asignado en Alma-Ata.

Principales medidas adoptadas en Salud

A continuación se enumeran las principales decisiones, orientaciones, medidas tomadas en salud por el estado y gobierno cubanos que han sido cardinales en la obtención de mayores y mejores logros en la salud de la población cubana en el período de 30 años de Revolución:

1. Decisión política del estado y del gobierno para realizar transformaciones profundas en salud.
2. La salud es un derecho de todo el pueblo y un deber y responsabilidad del Estado.
3. -El Estado garantiza la salud a cada ciudadano, haciendo gratis la atención de la salud a grupos, familias e individuos.
4. Creación de un organismo único de salud -Ministerio de Salud Pública- con la responsabilidad principal de garantizar la salud de toda la población.
5. La medicina tiene una base profundamente profiláctica, no curativa; integral, sociobiológica y no exclusivamente biológica.
6. Elevación sustancial del presupuesto en Salud Pública para atender las necesidades crecientes de la medicina hospitalaria y ambulatoria.
7. Garantizar la atención en salud a través de la Medicina Familiar: policlínico y consultorio del Médico de la Familia, para 720 individuos, para toda la población urbana y rural.
8. Participación de las masas en la solución de los problemas de salud de la nación a través de las diferentes instancias del Poder Popular y organizaciones de masas.
9. Desarrollar a todos los niveles de la Salud Pública el proceso de integración de asistencia, docencia e investigación.

Transformaciones en salud

Los cambios sustanciales obtenidos por Cuba en salud, no se lograron de la noche a la mañana, sino con el esfuerzo tesonero y constante y las necesarias rectificaciones y eliminación de tendencias negativas a través de decenios. Aún hoy, todo no está resuelto, nuevos cambios son necesarios para paliar imperfecciones.

Podemos afirmar que los logros obtenidos son importantes para un país subdesarrollado que ya desde el año 1983 ha cumplido con lo establecido en la Conferencia de Alma-Ata de "Salud para todos en el año 2000."

Tal perspectiva parece imposible de alcanzar para muchas de las naciones latinoamericanas en la fecha señalada, año 2000, ya que las condiciones económico-sociales presentes en que han venido viviendo por décadas se suma ahora los efectos de la deuda externa y el intercambio desigual. En tales condiciones la crisis en salud en vez de aminorar se profundizará irremisiblemente con mayor fuerza y los cambios en salud serán imposibles de lograr.

Cuba, que no deja de estar afectada por la crisis económica mundial y las manifestaciones de la deuda externa, debido a su sistema económico social, los logros ya obtenidos económico-sociales y los alcanzados en salud, continúa aún desarrollándose en este sector con la profundización de la atención primaria de salud por intermedio del plan del Médico y la Enfermera de la Familia.

La magistral exposición del Rector, Dr. Juan Vela Valdés, me exime de volver a repetir los logros concretos obtenidos por Cuba en salud.

Sociedad-educación

La educación a todos los niveles de la sociedad, incluyendo sus instituciones y en este caso la universidad, no puede vivir a espaldas, ni permanecer como un quiste dentro de la sociedad a la cual pertenece. Ella al igual que la salud está determinada por la forma económico-social de la cual depende y la autonomía universitaria como tal, no es absoluta.

La educación no es tampoco ahistórica, cambia, se transforma con el tiempo. A cada forma económico-social corresponde en armonía, un tipo particular de educación, a una sociedad esclavista, una educación esclavista, a una sociedad capitalista, una educación capitalista, a una sociedad socialista, una educación socialista. Educación que declarada o no impone su sello desde la primaria hasta la universidad a las nuevas generaciones, permeando todo el proceso de enseñanza aprendizaje.

Cuba al declarar esta formación la identifica como la "Formación comunista de la personalidad".

Otro tanto sucede con las propias universidades que cambian también históricamente; su ritmo de transformación está en dependencia de la situación concreta de cada sociedad en una etapa determinada. De aquí que no existieran dos universidades iguales, aunque puedan compartir toda una misma esencia.

Los tipos de universidades a encontrar pueden variar: enclaustradas en su torre de marfil, desarrollista, humanista renacentistas, abiertas al espacio social en funciones de colaboración o de liderazgo.

La universidad, a nuestro entender, debe sufrir cambios importantes en el presente, cambiar su estructura interna propiciando la interdisciplinaria y eliminando la burocracia académica; extendiéndose por toda la nación, creando vínculos profundos y estables, conservando su independencia relativa, con los sectores de la producción y los servicios; propiciando la enseñanza masiva sin exclusiones no académicas y la democratización de su gobierno en el cual la participación estudiantil es de primer orden.

La universidad debe más que educar para la vida, ser la propia vida, por tanto, corresponde fundirse en el seno mismo de la comunidad.

En nuestro país la universidad actual solo corresponde a los centros que tienen que ver con las ciencias básicas madres. Las facultades de ciencias aplicadas pasaron a ser instituciones o universidades pertenecientes a los ministerios correspondientes, orientados metodológicamente y supervisados por el Ministerio de Educación Superior. Al Ministerio de Salud Pública pasaron las facultades de ciencias médicas (Universidad Médica).

La universidad no puede ser un reflejo calcado de la realidad social, sino más bien una refracción con cierta independencia relativa en su actuación.

Una independencia mayor, necesaria sobre todo en sociedades clasistas en las que es necesario preservar la universidad como institución defensora de las mejores tradiciones de la nación, en opuesta rebeldía a las clases y sectores antidemocráticos dictatoriales y sumisos a la dependencia colonial. Su papel puede ser destacado en esta lucha liberadora del país, pero en definitiva el papel protagónico del cambio económico social pertenecerá a las fuerzas políticas de la nación. En este sentido es comprensible la permanencia de la universidad como conciencia crítica de la sociedad.

En la sociedad socialista auténtica la universidad, identificada con los grandes anhelos y objetivos de la nueva sociedad, no trata de separarse, apartarse o buscar una autonomía para hacer crítica a la sociedad que se construye, sino que se integra al esfuerzo común de toda la sociedad en todos los campos y sectores del saber y en cada uno de ellos se oirá la voz y el esfuerzo universitario para hacer las cosas bien y mejor.

Misiones de la universidad

Las misiones esenciales e históricas de la universidad pueden señalarse como:

1. Formación del ciudadano.
2. Formación de profesionales.
3. Investigación y producción de conocimientos, arte y técnica.
4. Trasmisión del conocimiento y fomento de la cultura.
5. Extensión universitaria.

Las universidades latinoamericanas se han visto obligadas por las condiciones económico-sociales de sus naciones y el recorte de sus presupuestos universitarios a concentrarse especialmente en la formación de profesionales, en detrimento de la investigación, casi siempre con una enseñanza enciclopédica, científicista, reproductora de un conocimiento extranjero de forma acrítica y servil.

La revolución científico-técnica, una de cuyas peculiaridades es la integración de la investigación, la educación, y la producción (servicio) conlleva a que la universidad profundice y amplíe sus misiones futuras.

Una universidad sin investigación es una universidad castrada, que formará un profesional repetitivo, acrítico, no reflexivo, a la vez que como institución no jugará papel alguno en el desarrollo económico-social de la nación.

Aunque en el presente la universidad debe incidir sustantivamente en la investigación, no creemos que ella pueda tener el dominio y control absoluto de la misma. Otros sectores en la actualidad participan en esta industria, que por lo demás, cuesta muy cara, por lo que la universidad deberá buscar fórmulas organizativas, a través de la coordinación e integración multi-interdisciplinaria e intersectorial, que le permitan colaborar en la producción de conocimientos.

La formación de los profesionales debe superar la fase de la enseñanza en las aulas a través de métodos pasivos y prácticas docentes para insertarse en el servicio mismo para, a través del estudio-trabajo y métodos activos de enseñanza, adquirir las habilidades y métodos de trabajo, conocimientos y actitudes que posibiliten el egreso de profesionales capacitados creativamente para enfrentar los problemas nuevos que encontrará en la vida. La educación no se concretará al pregrado, sino también a todas las etapas de la educación del postgrado.

La extensión universitaria desaparece para integrarse en la educación al servicio y el discurso académico al quehacer práctico.

El autor no niega que en ciertas circunstancias especiales en países capitalistas subdesarrollados, frente al desamparo oficial de la salud de grupos marginales prioritarios, la universidad pueda y deba coyunturalmente trabajar en defensa de esos grupos, creando mecanismos organizativos de servicio para brindar salud a esos sectores que en países capitalistas desarrollados, sin Ministerio de Salud, organizaciones autónomas universitarias puedan hacerse cargo de la salud de los sectores de la población más pobre, a fin de brindarles servicios de salud.

Cuando nosotros hablamos de la salud de la población, nos referimos a toda la población de la nación y no a grupos desamparados o marginados que no existen en Cuba. Tal tarea escapa a la universidad, y no puede ser resuelta por ella, ya que se encuentra incapacitada para hacerse responsable de tamaño empresa humana.

¿Cómo la universidad puede participar en elevar el nivel de salud de la población?

La revolución científico-técnica del presente tiende cada vez más a unir la educación, la producción (o servicio) y la investigación. Aquí se encuentra la clave que le permite a la universidad participar profundamente en las tareas de educación, servicio o investigación que se ejecutan en salud.

Las medidas que históricamente se tomaron en la educación que han permitido alcanzar en Cuba metas altas de salud en permanente rectificación de errores fueron:

1. Alfabetización de toda la población.
2. Gratuidad de la educación en todos los niveles.
3. Creación de un Ministerio de Educación único, con un Viceministerio de Educación Superior.
4. La Reforma Universitaria de 1962.
5. Descentralización de la educación superior por todo el país con la creación de centros universitarios.
6. Ampliación de los tipos de carreras universitarias.
7. Democratización de la Educación Superior.
8. Estructuras para carreras según las necesidades del desarrollo económico social del país.

9. Compenetración de la educación superior con los ideales de la revolución.
10. Abolición del "cientificismo" y del "enciclopedismo". Propiciar en el desarrollo en todos los niveles de la educación cubana una pedagogía moderna.
11. Creación de centros de investigación ligados a la universidad.
12. Integración de la educación, la producción y la investigación.
13. Nueva estructura organizativa de la Educación Superior: creación del Ministerio de Educación Superior, universidades e institutos especializados. Función metodológica en la Educación Superior.
14. Sustitución del perfil estrecho del egresado por un perfil amplio.
15. Adopción de medidas para el ingreso a la universidad.
16. Metodología para la elaboración de planes de estudio.
17. Todos los egresados se incorporan de inmediato al trabajo. No hay desempleo.

Consideramos importante que en Cuba, al ser la salud un problema que compete a casi todas las disciplinas científicas, las universidades no médicas participan y colaboran en tareas relacionadas con la salud.

En lo conceptual y metodológico la universidad no médica podría contribuir a elaborar teorías conjuntamente con las ciencias médicas con respecto a la categoría salud y la correlación biosocial en su determinación.

En el aspecto docente educar a los estudiantes no médicos en la concepción de la salud y las causas que la determinan. Esta situación no debe entrar en contradicción con la conceptualización sostenida por el Ministerio de Salud Pública, lo que no significa no pueda sufrir modificaciones en seminarios inter y multidisciplinarios, dirigidos y orientados por el Ministerio de Salud Pública.

En lo investigativo los problemas a investigar debieran ser los identificados y aprobados por el Ministerio de Salud Pública, según las necesidades prioritarias bajo la concepción biosocial de la salud.

Los centros de investigación en salud que se establezcan: interdisciplinarios, interuniversitarios, interinstitucionales (Frente Biológico, Academia de Ciencias y la Universidad) o por problemas no deberán ser creados sin los criterios y participación del Ministerio de Salud Pública. Consideramos que en nuestro país la solución más atendible sería la participación de la organización de Salud Pública y de las Ciencias Médicas en cualquier tipo de centro de investigación que se cree.

La tecnología de la salud es algo más que la tecnología médica y deberá recibir también un abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial.

¿Cómo ha participado y participa la universidad médica (institutos de ciencias médicas) en elevar los niveles de salud de la población?

En Cuba se han ido madurando las condiciones desde los inicios de la Revolución para que la universidad, y muy en especial la facultad de ciencias de salud, participen conjuntamente y jueguen un papel importante, pero no de liderazgo, en brindar salud a la población.

Se puede decir que todos los logros obtenidos en Cuba en salud, en atención, educación o investigación, no pueden ser considerados como un logro exclusivo de los servicios de salud. De una u otra forma, en mayor o menor medida la universidad médica ha jugado o tenido un papel a tener en cuenta.

Tal participación, desde hace más de tres décadas, puede ser desde una simple consulta sobre un proyecto, hasta la valoración y aceptación de una idea, pasando por comisiones conjuntas de análisis de proyectos, evaluación de programas, participación recíproca en direcciones de trabajo entre otras, y la presencia permanente y universal de universitarios médicos en toda la estructura del Ministerio de Salud Pública.

Pero la presencia de la universidad médica no se hace solo sentir en acciones administrativas y de gestión, sino que juega un papel destacado en la formación y no solo en la enseñanza de los profesionales de salud.

Parte del criterio que los cambios que se demandan en la etapa presente de la educación médica no pueden obtenerse sino en la vinculación más estrecha posible con la atención médica y la investigación, y en esta integración compleja e interactuante, lo primero a lograr es el cambio en la práctica médica, y su filosofía si se desean verdaderas transformaciones en la educación médica a nivel de toda la sociedad.

Es posible que determinadas sociedades, y en forma parcial esta transformación a la que se aspira, pueda dar resultados parciales que no se coronan con el éxito, ni perduran mucho tiempo. La experiencia de los últimos tiempos así lo confirman en los predios educacionales de América Latina.

Tales transformaciones constituirán toda una etapa histórica de algunos años para lograr vencer los obstáculos objetivos y las barreras subjetivas imperantes en las instituciones médicas y educacionales.

¿Cómo Cuba enfoca este cambio transformador?

1. Decisión política del estado y del gobierno del partido y del Jefe de la Revolución en aras de una transformación verdadera en salud pública.
2. Aportar los recursos necesarios humanos y financieros que posibiliten un equilibrio real y armónico entre la atención médico-hospitalaria y la atención primaria de salud.
3. Dar un giro de 180 grados en salud: poner el centro en la atención primaria de salud (APS) y no en el hospital.
4. Creación de la medicina familiar poniendo como pivote el Médico General Integral (MGI) y la Enfermera de Familia.
5. Creación de un programa único de salud en APS en instalaciones apropiadas para cubrir toda la nación en el año 2000. (Un MGI por cada 600 ó 720 habitantes. Un policlínico controlando varios consultorios para la atención de familias y comunidades e individuos, 30 000 a 40 000 habitantes.)
6. Elaboración y diseño de los nuevos planes de estudio de los profesionales de la salud, a partir de las condiciones sanitarias y problemas de salud prioritarios de la comunidad, y no de las disciplinas científicas.
7. El egreso de un médico de perfil amplio a cargo de comunidades, familias, individuos y ambiente.
8. Elaboración y diseño de un programa de residencia en Medicina Familiar a partir de las necesidades de salud de la comunidad.
9. Acentuar la formación del egresado como ciudadano de un país socialista.
10. Educar a los profesionales de la salud en una concepción sociobiológica de la medicina (comunidad, familia e individuo), poniendo en un lugar primario la promoción, la prevención y la rehabilitación y no la reparación de la salud.

Para esta tarea urgente y extraordinariamente compleja, no tienen éxito ni la presencia de las ciencias sociales en el plan de estudio, ni los diseños integrados. Nuestra experiencia nos conduce a pensar que tales medidas no lograrán los objetivos deseados, si no es posible al unisóno; (aun con diseños innovadores) educar a los profesionales de salud en el mismo escenario donde se ejecuta la práctica médica integrada.

Como no es posible para ningún país efectuar cambios en esta práctica de un día para otro, habrá necesidad aún por algún tiempo, de tener a los estudiantes predominantemente en las estancias clínicas, con respecto a las estancias en las ciencias sociomédicas. Cuando las condiciones estén maduras y se consolide la APS en el país, será entonces posible desplazar la educación médica de su sitio histórico a aquel más prometedor. Siempre habrá necesidad de contar con el personal docente de esas instalaciones y los nuevos programas de educación médica podrán ser más innovadores para toda la nación.

La conceptualización del proceso salud-enfermedad y la medicina como ciencia socio-biológica, debe ser el desideratum de la formación de todos los profesionales de la salud, su verdadera filosofía independientemente de la especialidad que practiquen en el futuro.

Esta conceptualización debe ser el fundamento de la medicina y la salud pública y no la concepción biológica, cada vez más reduccionista que desatiende los factores sociales, psicológicos y de integridad biosocial del hombre.

La educación en esta concepción no puede limitarse a los profesionales de la salud; debe ser más abarcadora e incluir:

- personalidades del gobierno,
- administradores de la salud,
- educadores médicos,
- estudiantes no universitarios, y
- población en general.

Las formas y métodos varían según grupos y sectores pero, independientemente de ellos, los medios de comunicación masivos son básicos en lograr y afianzar tales logros en la educación de la población.

La lucha por la medicina preventiva y de los grandes grupos por la sanalogía no debe nunca olvidar que la medicina clínica existe y existirá en el porvenir como una realidad insoslayable y debe ejecutarse con excelencia. Como medicina práctica, humana, que es, posee un método, el método clínico, la desatención del cual (acentuando lo biológico) con desprecio de la relación médico-paciente, el examen físico, la hipótesis diagnóstica y el juicio clínico pueden conducir a verdaderos desastres médicos.

La tecnología médica y la nueva farmacología son esenciales para la buena atención médica individual, pero nunca deberán ser utilizados al margen del método clínico, si se desea sacarle el máximo provecho. Una y otra la consideramos cuando son probadas y apropiadas para todos los pacientes que la necesiten. No aceptamos el criterio que ella solo sea para ciertos grupos, instituciones hospitalarias o para los ricos y que la APS solo necesita de una tecnología barata, simple o para pobres o marginados.

La presencia de un sistema único de salud, perfectamente coordinado y gerarquizado, con la gratuidad de base, es lo que posibilita que la ciencia de nuestra filosofía -que es el hombre- se haga evidente en proporcionar a cada persona enferma, cualquiera que sea su status económico y social, todos los recursos disponibles para la solución de su problema individual.

En la educación médica avanzamos en las tareas prioritarias de:

- La combinación de los métodos activos con los métodos pasivos y el desarrollo del método de solución de problemas como necesidad de primer orden.
- El uso de la computación como herramienta en la educación de los profesionales de la salud, es la tarea principal para egresar profesionales con conocimientos y dominio de la tecnología del mundo de hoy.
- Continuar progresando en el diseño de los planes de estudio, introduciendo las innovaciones posibles y efectuando los ajustes necesarios que demanden la experiencia práctica y su ejecución.
- La educación permanente de nuestros docentes como guías y maestros y no como profesores.
- La evaluación del programa de estudios, las facultades, los departamentos, los docentes y los estudiantes. La evaluación no es exclusivamente teórica y tiene como divisa no solo la teoría, sino la habilidad práctica y la conducta que se derive de la filosofía del plan de estudio.

Cada orientación, cada medida, cada tarea por sí sola exige gran esfuerzo y trabajo para concretarlo en la práctica. Todas en conjunto forman el armazón de un nuevo tipo de medicina con divisa en el hombre y su salud. Orientadas por la dirección de la Revolución cubana y muy en especial desde ideas elaboradas por el Comandante Fidel Castro Ruz, en salud y educación, que no por difícil será imposible de alcanzar como quimera de universitarios, médicos, sanitaristas y políticos progresistas de todos los tiempos.

Las bases de esa futura salud pública y medicina están establecidas, los logros están a la vista y la potencialidad mundial de la medicina cubana ya se hace sentir.

Estas ideas y prácticas es con lo que Cuba puede contribuir en la búsqueda de los universitarios a las soluciones en salud de países hermanos latinoamericanos para el bienestar y la salud de la población del continente.

COMENTARIO

PAPEL DE LA UNIVERSIDAD EN LA ELEVACION DEL NIVEL DE SALUD DE LA POBLACION

Fernando Sánchez Martínez

República Dominicana

Introducción

Desde los años sesenta en que comienzan a producirse importantes cambios políticos en la región, se siente un fervor latinoamericano cada vez más creciente en la búsqueda del bienestar, la autodeterminación y la identidad cultural.

La celebración de esta conferencia integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población", es una prueba contundente de nuestra aseveración. Este trabajo arduo es tanto más necesario, en atención a la crisis económica de nuestros países, la cual nos obliga a dar una respuesta común para enfrentar una deuda consensualmente aceptada como impagable.

En el caso específico de esta ponencia, se trata de comentar la exposición central del Tema I acerca del "Papel de la Universidad en la elevación del nivel de salud de la población". Este tema fascinante constituye un reto para todos los universitarios del sector salud y para todos los ciudadanos de la región conscientes de la gran responsabilidad que tenemos en la ejecución del programa de Atención Primaria para elevar la calidad de vida de la población y para dar respuestas adecuadas a las necesidades sociales de nuestros países ante el nuevo milenio.

La Crisis Latinoamericana

Desde la independencia política en el siglo pasado, los países latinoamericanos han vivido un proceso de lucha constante en la búsqueda de su bienestar. Hoy, en los albores del siglo XXI, esta lucha continúa honrando los ideales bolivarianos de la identidad latinoamericana.

En el momento actual, los países del Tercer Mundo en general, y los países latinoamericanos en particular, enfrentan una grave crisis económica, resultado del endeudamiento externo por la aplicación por parte del Fondo Monetario Internacional de una serie de ajustes externos e internos en nuestros países que han deteriorado las condiciones de vida de la inmensa mayoría de la población, de por sí tradicionalmente deplorables.

La magnitud de la crisis es tal, que pese a los pagos efectuados, la misma sigue creciendo cada año. Esta situación ha suscitado gran preocupación en los pueblos y gobiernos latinoamericanos; así, varios presidentes y dirigentes políticos han expresado que la deuda es impagable. A la vez, crece con mayor intensidad la búsqueda de la integración latinoamericana, capaz de crear las condiciones para el fortalecimiento regional que garantice el desarrollo económico, la identidad cultural y el respeto a la autodeterminación.

La crisis se refleja en todos los órdenes de la sociedad, sobre todo en los derechos económicos y sociales consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), la cual proclama el derecho a la alimentación, la salud, el trabajo, la vivienda, la educación y la seguridad social.

Aunque la crisis económica ha agravado las condiciones de vida de la población en todos los aspectos, para los fines del presente trabajo sólo nos referimos a la repercusión de la crisis en el sector salud.

La crisis y la salud

En la edición de 1990 sobre "Las condiciones de salud en Las Américas",¹ se enumeran las principales consecuencias de la crisis económica en el sector salud:

- a) Los recursos disponibles para el sector salud pública disminuyeron en la misma proporción que el gasto público general,
- b) Los servicios de seguridad social sufrieron los mismos efectos que los de salud pública,
- c) Las reducciones presupuestarias se hicieron sentir con más fuerza en la inversión,
- d) Se han reducido los programas, actividades y organismos del sector público, salvo la cobertura de inmunización que se ha mantenido o se ha ampliado,
- e) Al igual que los demás trabajadores, los trabajadores del sector salud están pagando una parte sustancial del costo del ajuste a la crisis, sobre todo en la reducción de sus salarios reales,
- f) Los ajustes económicos han significado una merma en la calidad de la atención,
- g) Se ha producido un incremento en la morbilidad infantil provocada por diarrea, al igual que en la mortalidad infantil,
- h) Los trastornos económicos de la crisis provocaron un aumento en el número de suicidios; al igual que en el número de homicidios.

Al evaluar el impacto de la crisis en la salud de la población debemos tener presente que el nivel de recursos en cada país tiene una distribución desigual, y que, en consecuencia, "pequeñas pérdidas económicas pueden tener consecuencias significativas para los pobres, en tanto que pérdidas mayores acusan poca trascendencia si son distribuidas equitativamente o afectan principalmente a los grupos más pudientes".²

La recesión económica puede originar más enfermedades, de manera que se requiera más atención médica; de igual modo, puede hacer más difícil conseguir los servicios necesarios. Esta segunda situación va en correspondencia con la constricción general en la inversión pública, lo cual se refleja en el sector salud por el deterioro de los servicios en los ministerios de salud y en la seguridad social. Esta situación se agrava por el hecho de que pacientes que anteriormente podían pagar médicos particulares, ahora acuden a los servicios de salud pública.

Junto a esta situación, debemos considerar que el proceso inflacionario y el estancamiento económico, aumentan los precios de los biológicos, equipos, medicamentos y otros insumos, a la vez que se torna cada vez más difícil la posibilidad de adquirirlos.

Los efectos más directos de la crisis se manifiestan en la desnutrición, las enfermedades intestinales y respiratorias y en el aumento de la mortalidad infantil, efectos de por sí altos antes de que empezara la crisis actual. También se observa la pérdida de empleos y de ingresos, junto a la emigración, la migración rural a las ciudades, la falta de recreación adecuada, el incremento en el uso de alcohol y drogas. Todo estos factores conjugados contribuyen a la aparición de trastornos mentales que culminan a veces en asaltos, homicidios y suicidios.

De todos modos, es lógico suponer que el impacto de la crisis en la salud de la población varía conforme a las medidas adoptadas en cada país, o sea que la crisis afecta a la salud del pueblo de acuerdo a la forma en que el gobierno responde y trata de proteger la salud. Lamentablemente los informes más recientes son desalentadores y plantean graves preocupaciones.³

Universidad y crisis

La crisis que desde los años setenta viene afectando de manera global a nuestros países, y que de manera particular acabamos de ver en el sector salud, también ha producido una profunda conmoción en las universidades latinoamericanas, expresándose "en el desarrollo científico-tecnológico, en la actualización del personal, en la adquisición de materiales y equipos, en el incentivo de la investigación y en general, en las necesidades de sintonizarse adecuadamente con las necesidades e intereses sociales".⁴

De todos modos no se trata tan solo de los efectos directos de la crisis y de la propia incapacidad universitaria, sino que debemos tener siempre presente la política norteamericana, planificada desde el gobierno de Reagan y continuada por Bush, contenida en el "Documento de Sante Fe". En este documento los estrategas de la política norteamericana trazan entre sus objetivos privatizar la educación superior y escindir la relación universidad-sectores populares y la posible influencia de la universidad sobre estos.

Debemos reconocer los evidentes logros obtenidos por la política norteamericana en perjuicios de nuestras instituciones de educación superior; este reconocimiento nos obliga a la reflexión y a fijar nuestra posición en relación al papel de la universidad ante la crisis que viene arrastrando en las tres últimas décadas, ante la crisis económica actual y ante las perspectivas del nuevo milenio.

No en balde estamos aquí reunidos, conscientes del papel que reclaman nuestros pueblos a las universidades; y de manera específica, estamos reunidos aquí para asumir el gran reto de elaborar los planes y programas que puedan conducir a ejecutar el "Papel de las universidades latinoamericanas para elevar el nivel de salud de la población".

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

Hoy día existe la convicción generalizada de que la universidad debe "ajustar sus actividades al desarrollo nacional" y de que a partir de Alma Ata la Universidad tiene un importante papel a jugar con el objetivo de contribuir a lograr para los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva".⁵ Pero junto a estas auspiciosas perspectivas, debemos tomar en cuenta las dos premisas fundamentales a que hemos hecho referencia: la situación de la universidad latinoamericana actual y el impacto de la crisis en el sector salud.

Consideramos como tarea para plantearnos objetivos que puedan alcanzar a que la universidad juegue un papel importante en la elevación del nivel de salud de la población, el que haya una claridad meridiana en el sentido de que no se trata de elaborar nuevos documentos y manifiestos, sino de cumplir objetivos específicos a corto, mediano y largo plazos, de parte de una institución que desde su fundación colonial anda en la búsqueda de su verdadera función en la sociedad en que se desenvuelve.

La universidad latinoamericana, como hemos dicho, no solo está gravemente afectada por la crisis económica; otros males, incluso más graves, la envuelven en una telaraña de la que es preciso liberarse.

Haremos algunas reflexiones en torno a la situación que planteamos:

1. Para la universidad participar en la vida social activa y contribuir a la elevación de la salud de la población, no sólo tiene que tener bien definido su papel, lo cual es obvio, sino que todo el personal -docente, estudiantil, administrativo- tiene que estar preparado para estos fines. No es temerario afirmar que muchos de los docentes no conocen, y otros no están identificados con el programa de Atención Primaria en Salud; además de que prefieren la enseñanza hospitalaria y de aulas y están identificados con el ejercicio clínico individual, biólogo y especializado. A nuestro juicio, si hay obstáculos importantes para que la universidad cumpla su misión de elevar el nivel de salud de la población, son los de crear conciencia en los universitarios acerca de esta estrategia.

2. La transformación del plan de estudios de los profesionales del sector salud es el paso siguiente. Un plan de estudio acorde con la estrategia de lograr salud para todos en el año 2000, o sea, la aplicación del Programa de Atención Primaria en Salud (APS). En este sentido, hay numerosos factores que deben tomarse en cuenta, entre los cuales podemos citar los siguientes:

- Generalmente los docentes universitarios se distinguen por un alto nivel en la especialidad médica; fuera de ese ámbito no muestran interés o incluso pueden constituirse en obstáculo, sea ideológico o administrativo.

- Dado los intereses involucrados en la transformación de un plan de estudios, a veces es necesario comenzar por determinadas áreas, sobre todo relacionadas a la salud pública. Esto puede beneficiar en dos aspectos: no hay que esperar los prolongados períodos que se toma la transformación curricular y, además, el trabajo comunitario que se realiza puede ir sirviendo de estímulo y paradigma para las áreas refractarias al cambio.

- Debe tenerse en cuenta que las actividades comunitarias por las que aquí abogamos, no se refieren a las labores que desde hace años vienen realizándose en nuestras universidades: extracurriculares, sin coordinación con el ministerio de salud, con escasa o ninguna participación de la comunidad; en general, suelen degenerar en un "turismo académico" cuyos resultados suelen ser negativos.

3. Las investigaciones en muchas universidades latinoamericanas no están respaldadas económicamente y en los casos en que tal respaldo existe, las investigaciones no están ligadas a las necesidades más perentorias de la población. En este sentido, cada Facultad de Ciencias de la Salud debe elaborar su programa de investigación, basado en las necesidades del Programa de Atención Primaria, apoyado con financiamiento institucional, en la medida de las posibilidades, y con financiamiento internacional.

4. Es necesario establecer una mayor relación entre los docentes y estudiantes de las diferentes áreas de la salud; establecer desde el principio de la carrera la especificidad de cada área profesional, a la vez que se va fomentando el trabajo en equipo, el respeto mutuo y la responsabilidad general.

5. La enseñanza al nuevo personal de salud debería superar el tradicional enfoque biólogo, para incorporar con un mayor peso la epidemiología, las ciencias económicas y sociales, del comportamiento y la administración. Lo que deberá cuidarse en este aspecto es que no se trata de incorporar nuevas asignaturas para "enriquecer" el plan de estudios; de lo que se trata es de formar el nuevo profesional con una visión biopsicosocial, que aprenda a distinguir en el proceso salud-enfermedad la interacción de estos componentes indisolubles.

6. La coordinación e interacción con las demás facultades es una necesidad, sobre todo en la educación de los profesionales de otras áreas para que asimilen la salud dentro del campo de sus respectivos ejercicios profesionales. Tales son los casos de ingeniería, educación, veterinaria, arquitectura y otras.

7. La universidad puede lograr aportes notables en la elevación del nivel de salud de la población, coordinando a los ministerios de salud y educación para la ejecución de un proyecto común. Es indispensable que desde la educación primaria los niños adquieran conciencia de que la salud es un derecho y de que cada ciudadano es responsable de hacerlo realidad, tanto a nivel individual como comunitario, regional y nacional.

8. La elaboración y ejecución de una política nacional de salud basada en el Programa de Atención Primaria, tiene que ser el resultado de una necesidad sentida por la población; en consecuencia debe contar con la participación de todas las instituciones oficiales y privadas del sector salud y con la participación de los sectores sociales organizados.

9. Nuevos Indicadores en Salud son necesarios. Indicadores que traduzcan la forma en que la gente vive y muere; en que trabaja y se recrea. Indicadores que dejen de ser fórmula técnica de estadísticos y epidemiólogos, para convertirse en medidas claras que la gente identifique y procure satisfacer por los medios adecuados en cada coyuntura.

10. Hay que rescatar el significado ideológico de la ciencia y la tecnología; desmitificar la creencia de que la "buena" medicina está basada en los equipos y aparatos.

Al término de estas reflexiones habrán quedado numerosas ideas por formular; pero también muchas otras para la continuación del debate, como medio de llegar al entendimiento y a la posibilidad de elaborar un proyecto en cada uno de nuestros países, que a la vez sirva para la integración latinoamericana a que aspiramos.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. **Las condiciones de Salud en Las Américas.** Washington. 1990. Vol. I.
2. Idem.
3. Organización Panamericana de la Salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 100, No. 6. Junio 1986. pp. 648-659.
4. Organización Panamericana de la Salud. Unión de Universidades de América Latina. **La Universidad Latinoamericana y la salud de la población.** Quito, 1989.
5. Organización Panamericana de la Salud. **Función de las universidades en las estrategias de salud para todos.** Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 67. Washington, 1985

LA UNIVERSIDAD Y LA PRACTICA DE SALUD

Marta Rodríguez
VENEZUELA

Gracias a la gentileza de ALAFEM dentro del tema "Universidad Latinoamericana y Salud de la Poblacion", me corresponde desarrollar parte de la temática relacionada con "La Universidad y las prácticas de Salud

Esta reunión constituye la continuación de un proceso de discusión que se viene dando, hace varios años, desde la UDUAL a nivel regional y subregional a fin de construir una América Latina más justa, menos desigual, más sana, menos dependiente y más democrática.

En el marco de la UDUAL, auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ALAFEM, OFEDO y ALADEFE se han realizado una serie de reuniones, Lima en julio de 1988¹, Caracas en noviembre de 1988², Quito en mayo y noviembre de 1989³, Santo Domingo en marzo de 1990⁴ con el objeto de analizar el papel de las universidades en la salud de la población a partir tanto del diagnóstico y del análisis de la situación política, económica y social existente en la región, como del diagnóstico de las universidades, sus condiciones de funcionamiento, los cambios curriculares introducidos y las estrategias docentes utilizadas. Las discusiones generadas y los materiales producidos constituyen estímulo y base para continuar la discusión y profundizar en esta reunión en las propuestas que nos lleven a definir estrategias posibles para hacer concreto un mayor compromiso de las universidades con la salud de la población.

Constituye para mí una gran dificultad abordar este tema, en parte debido a la multiplicidad de factores que condicionan y determinan las prácticas de salud desde los diferentes sectores que lo integran y en parte también por mi formación y mi condición de clínico, que indudablemente introduce limitaciones en el abordaje teórico-conceptual del tema. Afortunadamente me acompaña el Dr. Carlos Bloch en esta tarea, quien compensará con creces mis limitaciones. Por lo tanto trataré de desarrollar algunas ideas desde la perspectiva de un profesor universitario de clínica, que ha transitado por la dirección de una Escuela de Medicina en la Universidad Central de Venezuela, que dio inicio junto con un equipo interdisciplinario a un proceso de transformación curricular "cualitativo", que espero permanezca el tiempo suficiente para generar impacto en los profesionales que forma y sobre los servicios y las comunidades donde se inserta.

Entendiendo las prácticas en salud 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 y por los requerimientos de las enfermedades y la muerte.⁵ Estas "se expresan en el modo de producir servicios de atención a la salud por parte de efectores específicos. Y en su desarrollo se establecen relaciones sociales, económicas e institucionales entre los trabajadores de la salud, las instituciones y la población".⁶

Se trata de diseñar, desde las universidades, en cada uno de los ámbitos que le corresponde (docencia, asistencia, investigación y extensión) propuestas y estrategias que permitan ampliar, construir mayores espacios democráticos, que permitan movilizar y desarrollar la capacidad colectiva -profesionales y comunidades- de plantear y reconocer problemas, de analizar los determinantes esenciales y sus relaciones con las realidades del país con el fin de desarrollar conciencia crítica, organización interna y de las comunidades con el propósito de formar personal con una visión integral que contribuya a la transformación de la problemática de salud que confronta la mayoría de la población de nuestros países.

Reconocemos que no se puede cambiar lo global con modificaciones y cambios en un solo sector, sin embargo creemos que desde lo sectorial se puede contribuir a dichos procesos de transformación y en esto las universidades tienen un papel importante que jugar. Las propuestas que se hagan tienen que insertarse en un planteamiento global de lo político y de la realidad nacional. Necesariamente tienen que ir en el marco de una concepción objetiva de la sociedad y con una posición definida frente a los intereses contrapuestos que en ella se producen.⁷⁻⁸

Sin pretender hacer un análisis global de la situación latinoamericana actual, creo que es indispensable comentar los aspectos más relevantes de la crisis, las medidas de ajuste y las repercusiones de las mismas a nivel de la población, las prácticas de salud y las universidades.

LA CRISIS Y LAS MEDIDAS DE AJUSTE

La calidad de vida

Los países de América Latina, capitalistas subdesarrollados y dependientes, se encuentran sometidos en la presente década a un proceso de ajuste económico que ha profundizado y puesto en evidencia, hasta límites dramáticos y probablemente insostenibles, las diferencias existentes, ya desde hace largas décadas, entre las clases sociales y cómo el impacto de estas medidas ha tenido un peso diferente sobre los distintos sectores de la población, siendo afectados en forma predominante los grupos menos favorecidos en la distribución del ingreso y de la riqueza, y también la clase media. La clase alta no se ha visto mayormente afectada e incluso ha obtenido beneficios de la situación, dado que las propuestas neoliberales favorecen la economía de mercado, la circulación y la acumulación del capital hacia los grupos de poder.

El manejo de la economía de los países latinoamericanos ha conducido a lo largo de las últimas décadas a acumular una considerable deuda externa, que no ha servido para generar los esperados procesos de desarrollo que llevarán a los países a una situación de menor dependencia y a una redistribución de la riqueza más democrática e igualitaria.

Por el contrario han favorecido el despilfarro, la profundización de las diferencias, la exportación de capitales y el enriquecimiento de unos pocos bajo el manto protector de las políticas de los Estados.

Las duras políticas recesivas diseñadas para el enfrentamiento de la deuda, han traído como consecuencia el incremento del desempleo el cual, según cifras de la CEPAL, aumentó de un 8,9 % en el año 80 a 11 % y más para el año 85, con tendencia a crecer en los últimos años. El desempleo en los adultos jóvenes es sumamente elevado con las consecuencias que ello implica. El subempleo urbano que en 1950 era de 13 % supera en la actualidad el 20 % de la población económicamente activa.⁹ Ha crecido el sector informal de la economía, la especulación, la caída de los salarios reales, el empeoramiento de las condiciones de vida de vastos sectores de la población y las políticas sociales compensatorias que se venían aplicando en las décadas del 60 y 70, dadas las políticas de disminución del gasto social, son insuficientes para seguir tapando la situación real. El deterioro de la calidad de vida ha profundizado los conflictos sociales, produciéndose un incremento notable de la delincuencia y una respuesta estatal dirigida a incrementar el parque tecnológico represivo y de control de la insatisfacción general. Hasta el punto que se plantea que la sola situación económica, dada su gravedad, constituye el principal elemento de represión y agresión estatal.¹⁰ Aun los indicadores económicos tradicionales permiten identificar la gravedad de los problemas y la repercusión en la situación de la región.

Si bien hasta mediados de la década del 70 las tendencias generales de los países de América Latina y el Caribe, como promedio, fueron favorables en la mayoría de los países, a partir de los años 80 se ha producido un retroceso económico significativo para vastos sectores de la población. Con excepción de Colombia y Chile, todos tuvieron un crecimiento económico negativo. La disminución del gasto social condujo al deterioro de los servicios públicos y de la calidad de vida, incluso en aquellos países que tuvieron un crecimiento positivo. En Chile, por ejemplo, entre 1969 y 1989 se reporta incremento de la pobreza del 20,1 a 41,2 % y la indigencia de 8,4 % a 14,9 %.¹¹ La proporción de pobreza crítica que para 1975 estaba alrededor del 26 % supera en la actualidad el 50 % en varios países.¹²

El crecimiento de las áreas urbanas, que se ha producido en las últimas décadas, ha contribuido al mayor deterioro de las condiciones de vida por cuanto han crecido las áreas marginales, con servicios incompletos, malos o ausentes. Se calcula que para el año 2000 el 65 % de la población de la región será urbana. Para Bogotá en 1972 el 65 % de la población se encontraba ubicada en barrios marginales, para 1980 México, Lima y São Paulo, tenían 40 %, 33 % y 32 % respectivamente. Caracas para 1985, 50 %.

El suministro de agua y alcantarillado aun cuando en términos generales cubre el 86,1 % de la población urbana de América Latina, es sabido que la distribución es discriminativa en cuanto a cantidad, continuidad y disponibilidad. El 45 % del área rural no tiene servicio de agua potable. Por otra parte 5 países del área reportan oficialmente un descenso de la cobertura. El alcantarillado es deficiente en la mayoría de los centros urbanos y por lo menos en 7 países hay una cobertura urbana inferior al 50 %. El 68 % de la población

rural no tiene recolección de escretas.¹³ Por otra parte, el crecimiento de las ciudades no ha ido acompañado de las políticas mínimas de control de la contaminación, en muchas ciudades las industrias han quedado en su interior y contaminan el ambiente con serio peligro para la población que se encuentra alrededor.

No puede pasarse por alto el cambio cualitativo que se ha producido en los aspectos morales y éticos, en tanto ha aparecido, como consecuencia del ajuste, pobreza crítica, miseria, violencia extrema en grandes sectores de la población, la despreocupación, la superficialidad, la frivolidad, y la indiferencia prevalece en los sectores no afectados por las medidas.¹⁴ Las deficiencias de la sociedad se van incorporando a la cotidianidad del ciudadano, aceptándose éstas como un hecho ineludible e irreversible.¹⁵

SECTOR SALUD

En el sector salud las medidas de ajuste han generado la suspensión de programas prioritarios de cobertura, reducción importante de los recursos de operación y de adquisición de materiales y mantenimiento de los mismos, que en algunos países ya eran insuficientes desde mucho antes de la aparición de estas medidas, con lo cual la operatividad del sector ha venido decayendo progresivamente y ha generado junto con la malnutrición y el deterioro de las condiciones de vida y de ambiente el recrudecimiento y eclosión de epidemias de enfermedades que habían sido controladas o habían desaparecido en la región.

De continuar las condiciones mencionadas, Latinoamérica en su conjunto no alcanzará ni siquiera en el año 2025 las cifras de expectativa de vida que tienen los países desarrollados del continente. En la región, la esperanza de vida al nacer fluctúa entre 53,1 en Bolivia y 75,2 en Cuba. Teniendo para el año 50 expectativas de vida al nacer inferiores a los 60 años, Cuba y Costa Rica son los únicos países que tienen actualmente cifras similares a Estados Unidos y Canadá.¹⁶ Demostración evidente de las posibilidades de logro.

En cuanto a la mortalidad por causas y por grupos de edad, a pesar de las limitaciones que pueda imponer el subregistro, que es un problema muy importante en la región, es claro que las muertes por enfermedades transmisibles, representan más del 60 % en menores de 15 años y más del 30 % en todos los grupos etáreos, menos entre los 16-39 años. Esto debe llamar a la reflexión porque no existiendo un desagregado de las cifras por estratos sociales, es un índice de lo que pueden ser las cifras en los grupos más marginados de la sociedad, en los cuales sabemos que la mortalidad infantil puede ser dos y tres veces mayores según el estrato socioeconómico de la población y esto también es válido para otros indicadores de salud.¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹

Para países como México, Colombia, Ecuador, Venezuela, Brasil, las muertes por enfermedades transmisibles representan más del 50 % en menores de 5 años, y menos del 20 % en los países como Argentina.¹⁷



LAS PRACTICAS DE SALUD Y EL MERCADO DE TRABAJO

La crisis y las medidas de ajuste han generado una serie de cambios con diversas características en cada uno de los subsectores que lo integran y que a nivel de la región tienen bastante similitud aun cuando existen diferencias entre los países.

Exceptuando Costa Rica y Cuba, los países de la región tienen una organización de los servicios de salud bastante parecida, aun cuando las diferencias están dadas por el mayor desarrollo y poder de los subsectores que lo integran, público, privado y militar.

Los servicios nacionales de salud, en los diferentes países, tienen diferentes grados de desarrollo. En general está lejos de concretarse la cobertura universal y se han hecho demasiadas concesiones a los grupos de poder.

El subsector público

Está conformado por una multiplicidad de sistemas, aislados entre sí, con una organización poco eficiente. En la práctica no existe una sectorización o es incipiente, el paciente consulta a cualquiera de los niveles de atención y prefiere una atención tardía o de emergencia en un hospital, que le garantiza un mínimo de exámenes, a una atención en un ambulatorio habitualmente mal dotado. Esto genera subutilización de algunos niveles y saturación de los otros. Es un sistema socialmente discriminativo en calidad y en cantidad.

- los Ministerios prestan atención a los sectores más pobres de la población y de las capas medias bajas, tienen una alta burocracia, escaso personal profesional, deficientes recursos materiales,²⁰ organización y administración ineficientes, con escasa capacidad operativa.²¹ Presta atención esporádica, con muy escasa participación de la comunidad aun cuando en los últimos años se están generando movimientos de las comunidades y algunos grupos hacen esfuerzos de organización, sin embargo la mayoría de las veces no pasa de una colaboración en el trabajo de campañas.
- Otro grupo asistencial está constituido por el Seguro Social (mixto), tiene una cobertura muy variable de un país a otro, para la población asalariada y sus familiares, con una heterogeneidad bastante grande en cuanto al servicio que prestan y la cobertura que otorga. Desde el punto de vista de administración y gerencia, en muchos países, comparte la caracterización del grupo anterior, aunque tiene mayor cantidad de recursos y mayor organización.²²⁻²³

La multiplicidad de organismos se traduce en un aumento de la burocracia en la cual se establecen una serie de relaciones políticas de poder que responden más a las necesidades de conservación del mismo que a las necesidades de la población a servir. Por otra parte esta situación beneficia a las industrias vinculadas con los insumos terapéuticos y médicos, que se manejan, muchas veces, sobre la base de clientelismo político,

con todo lo que ello significa. La industria quimiofarmacéutica es la más poderosa y de mayor desarrollo en el subsector, su capital es monopolista transnacional en su mayoría y en general modela la demanda del mercado a través de su capacidad publicitaria, visitantes médicos y la inexistencia de adecuadas normas de procedimientos terapéuticos. Algunos países han hecho adelantos en la distribución de medicamentos y por ausencia de una política de comunicación y coordinación adecuada inter e intrainstitucional ha llevado a que se pierdan los esfuerzos y la inversión.²⁴ Algunos han hecho adelantos en la producción de genéricos, con grandes luchas con el sector privado y en ocasiones han resultado estar mediatizadas por la "colaboración" de estas empresas. La mayoría de los países y de las instituciones han elaborado listas de medicamentos básicos, la cual la mayoría del personal no conoce, por lo cual continúa recetando los productos comerciales.²⁵

La industria tecno-médica constituye otro elemento que marca la dependencia del sector. Esta modula la demanda a través del modelo de práctica médica hospitalaria que exige el consumo de alta tecnología, la multiplicidad de organismos dispensadores de servicios, que generan subutilización de los equipos e incrementos de costos injustificados. La exclusividad de la tecnología de reparación que produce altos costos de mantenimiento, la venta de aparatos en etapa de obsolescencia y promoción a través de aportes a "trabajos de investigación" o a los investigadores, aportes a Congresos, constituyen un círculo del cual es difícil escapar.

La reducción de los gastos para el sector, además de la ineficiente administración, ha generado un deterioro progresivo de la estructura de estas instituciones, con pérdida de la capacidad de actualización de la tecnología y mantenimiento de los equipos, lo que ha generado el deterioro del sector y contribuir al mismo tiempo al financiamiento del sector privado al derivarse y contratarse los servicios del mismo. El deterioro de los mismos ha generado en algunos países la aparición de conflictos con los gremios por la mala dotación e insuficiencia de insumo y por el incremento que se ha venido dando de las denuncias de mala práctica. Esta situación es mucho más seria para el personal de médicos residentes, fuerza de choque del sistema en estos hospitales, por lo cual incluso se han paralizado. Esto constituye un elemento nuevo, que debería ser utilizado por los sectores de avanzada de los gremios, en una política de información de la población, por cuanto el problema se revierte contra los sectores más necesitados de esto, favoreciendo por otra parte los argumentos sobre las bondades de las políticas de privatización.

En relación con la fuerza de trabajo, se produjeron cambios significativos en la región; en la década del 70 se produce un incremento importante, que sobrepasa incluso el crecimiento demográfico y económico. En este proceso parece haber intervenido una serie de factores, la expansión de matrícula como política estatal para contribuir al proceso de expansión del sector, este último enmarcado en la carta de Punta del Este y el plan decenal de 1973, la adopción de políticas no restrictivas de matrícula y el ascenso de las clases medias a través de los estudios profesionales.²⁶ En la década del 80 se desacelera el proceso para disminuir francamente a finales de la misma, sobre todo a nivel médico y por distintas vías, falta de demanda, disminución del cupo por limitaciones presupuestarias, incapacidad

del sector para absorber a los egresados. Pero esta disminución en la formación de médicos no es consecuencia de una política dirigida a producir un cambio en el modelo de práctica médica, a modificar la inadecuada distribución de personal, por cuanto en general no se produce un incremento en la matrícula de otras profesiones de salud.²⁷

Por otra parte, el deterioro del mercado de trabajo ha traído nuevamente un incremento de la salida de profesionales fuera del país, fenómeno muy marcado en la década del 60 y que se ha vuelto a reactivar en los últimos años.²⁸⁻²⁹

Hasta finales de la década del 60, se produjo a nivel de la región un incremento de los servicios de salud, desarrollándose infraestructura fundamentalmente en el área de los servicios curativos, con mayor énfasis en instituciones de alta tecnología. A partir del año 74 la tendencia en todo el continente, excepto Cuba que tuvo un incremento entre el 78-84, es a la disminución de camas hospitalarias. Esto pudiera llevarnos a pensar que obedece a un cambio del modelo de práctica médica hospitalaria hacia un modelo de atención ambulatoria y de prevención, necesidad planteada en el discurso de los gobiernos. Sin embargo, hay evidencias en muchos países que junto con la disminución del número de camas hospitalarias no se ha producido un incremento de las consultas curativas o preventivas ni se han incrementado las acciones de promoción y/o prevención, y que esto sucede tanto a nivel del sector público como de la seguridad social, coincidiendo con la política de recortes de los programas de promoción, prevención, y mantenimiento de infraestructura.³⁰

El subsector privado

Representado en un inicio por el ejercicio liberal de la profesión a nivel de los consultorios, tiene actualmente numerosos modos de organización que van desde el ejercicio artesanal de la profesión hasta la medicina empresarial más sofisticada, pasando por fundaciones benéficas, mutuales y grandes organismos financiadores de los sistemas de prepago. Esta organización, en parte, producto del desarrollo científico y tecnológico en el cual un solo individuo no está en capacidad de desarrollar todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, por lo amplio del adiestramiento y el costo de la tecnología, ha abierto la entrada de capitales privados, pasando el capital mercantil a invadir el área, imponiendo una nueva realidad, el negocio. Si bien no todas las formas de organización del sector tienen esta característica, parece ser la dominante y no promete mejoras en la equidad o eficiencia del sistema.³¹

LA UNIVERSIDAD

No vamos a realizar aquí nuevamente el diagnóstico de los modelos docentes de las Universidades Latinoamericanas, por cuanto ya esto ha sido planteado en reuniones anteriores y existe un amplio material al respecto.³²⁻³³⁻³⁴⁻³⁵⁻³⁶

De manera general, ha sido muy difícil introducir y sobre todo mantener cambios curriculares dirigidos a lograr un cambio cualitativo en el personal de salud y más aún en las prácticas de salud. Estas últimas están fundamentalmente determinadas por las características del sistema y por los modos de utilización del personal de salud en el mismo y no por las características de los planes de estudios.³⁷ De hecho algunos países de la región tuvieron cambios significativos del perfil de salud, antes de introducir grandes cambios en sus modelos docentes. No creo que hoy en día esté en discusión que lo que determina las prácticas de salud de los países son las políticas que establecen los estados con respecto a ellas.

La docencia continúa siendo en su mayoría tradicional, induce escasamente a la reflexión y a la generación de un pensamiento propio. Continúa siendo predominantemente hospitalaria y cuando se inserta en los ambulatorios continúa centrada en la curación. Esto refleja la adecuación existente entre las exigencias del modelo de práctica médica prevalente y la formación de personal de salud. En general, la universidad continúa cumpliendo un papel reproductor del modelo dominante, bastante alejado de las necesidades de salud de la mayoría de la población.

Por otra parte, hay una insuficiencia significativa de recursos financieros para el trabajo universitario y en especial para la investigación. Sin embargo, en la mayoría de los países, las universidades constituyen la fuente de la mayor parte de la investigación.³⁸ La investigación que se hace se encuentra fundamentalmente en el área biomédica aplicada, y en muchas ocasiones ha asumido rasgos de dependencia y de subordinación.³⁹ Por otra parte, existe poca investigación sobre las necesidades prioritarias de salud, con escasa priorización del trabajo universitario en los problemas de salud colectiva. La investigación de los servicios es muy escasa, casi nula por parte de las universidades y en los últimos años está siendo realizada fuera de ellas y con el financiamiento de otros organismos, como planificación, sectores privados o fundaciones.

Pero por otra parte no hay duda que desde diversos puntos de la región, se está haciendo un trabajo de conceptualización para la construcción democrática, transformadora de nuestras realidades, como lo muestran los trabajos que se vienen presentando en los Congresos Latinoamericanos y Congresos Mundiales de Medicina Social. Sin embargo, continúan siendo marginales a las políticas del Estado. No existen en los países de la región las vías de comunicación interinstitucionales e intersectoriales que permitan, por parte del sector productivo o del sector oficial, la utilización de los resultados de los trabajos realizados por los investigadores en el campo de lo social ni tampoco en el campo técnico.⁴⁰ En los hospitales la industria farmacéutica y de tecnología diagnóstica ha hecho importantes inversiones en una serie de investigaciones, muy mediatizadas a los intereses de las empresas. Las investigaciones con mucha frecuencia no trascienden la simple descripción, con escasa profundización en los fenómenos explicativos.⁴¹⁻⁴²

A nivel de los planes de estudio, los esfuerzos que se han realizado para incorporar las estrategias de APS o de cualquier plan que implique un cuestionamiento al modelo prevalente, han sido titánicos al interior de las universidades dadas las características del personal de nuestras facultades. La experiencia descrita por Jorge Izquierdo, de Perú ⁴³ es representativa de lo acontecido en muchas universidades. Por otra parte, la inserción a nivel de ambulatorios y de las comunidades, en un sistema de salud que tiende permanentemente, en su práctica, a desvirtuar la concepción inicial de la propuesta de Alma-Atá coloca a los grupos de avanzada de las universidades en la peligrosa situación de convalidar una práctica que no comparten, "ATENCIÓN DE SEGUNDA PARA UNA POBLACION DE SEGUNDA", o de encontrar un franco bloqueo cuando se generan acciones de participación popular efectiva o de cuestionamiento por parte de la universidad, que llevan a la suspensión de los programas, bien directamente o por recortes del financiamiento o generando fallas en el apoyo logístico de las actividades que dan al traste con la programación. Muchas dificultades se generan por la existencia de un personal escasamente comprometido con los problemas que afectan a la comunidad y con escasa conciencia de clase, espacio este que debe ser necesariamente trabajado por todos los sectores y especialmente por el universitario, por cuanto constituye un problema del grupo social a quien se pretende incorporar y beneficiar.

¿Deben las universidades esperar a ver si efectivamente la política sanitaria del país se concreta en torno a la estrategia de APS y sólo después sumarse a ella o debemos participar en esa construcción, tratando de liderizar, de conceptualizar, analizar críticamente y de incorporar mayores espacios de democracia social, con el objetivo de discutir y manejar con los grupos, tan heterogéneos como los existentes en todos los sectores, los elementos que no son explicitados en el discurso por las estructuras de poder a fin de ir formando una masa crítica, de ir sumando esfuerzos y descubriendo los grupos más avanzados existentes en cada sector, construyendo una sociedad más democrática y participativa?⁴⁴ No hay duda que se trata de una lucha para lograr espacios, desde posiciones que adversan a los grupos dominantes, presentes en todos los sectores, buscando nuevos avances, aprovechando las coyunturas.⁴⁵

Pensamos que la respuesta es afirmativa y en ese sentido van las próximas reflexiones y proposiciones.

En los últimos años, los ministerios, el seguro, las universidades están haciendo propuestas y trabajo concreto siguiendo los lineamientos de las estrategias de A.P.S., y pareciera que hubiera más concreción que en períodos anteriores. Pero es necesario tener presente que estas propuestas se están desarrollando precisamente en el momento de crisis y de los ajustes mencionados, muy claros en sus definiciones de disminución del gasto social y de recortes presupuestarios en salud y educación, generándose el peligro de que las estrategias de A.P.S. se desvirtúen y se conviertan como dice Testa no en una atención primaria sino primitiva,⁴⁶ una medicina para los pobres, para los grupos sin capacidad de

respuesta social. Es por ello que en este momento es fundamental que las universidades tengan claro el papel que pueden y tienen que jugar, a nivel de la formación de pregrado y postgrado y sobre todo en la acción extramuros o de extensión, esto es, en la inserción y el trabajo con las comunidades y con los sistemas locales de salud.

Las estrategias de A.P.S. y los Servicios Nacionales de Salud sin las perversiones a las cuales han sido sometidos sus planteamientos iniciales, permiten racionalizar el gasto, aumentar la eficiencia y la eficacia del servicio, permiten disminuir la incidencia de las enfermedades prevenibles a través del desarrollo de políticas que incrementen la calidad de vida, y permiten interactuar con la comunidad, elemento esencial de la relación universidad-sociedad. Esto unido a un sistema de atención organizado por niveles de complejidad creciente, adecuadamente dotado e interrelacionado, permite prestar una atención digna y científicamente aceptable, en función de los conocimientos vigentes para el momento. Pero estas estrategias son muy difíciles de realizar en el contexto de las medidas de ajuste en que se encuentra sometida Latinoamérica a menos de que exista la férrea voluntad política de hacerlo, que se priorice dicha política con todo lo que significa de enfrentamiento a los grupos de poder. La crisis económica no puede ser el pretexto, sabemos que la seguridad social surge en Alemania en tiempos de crisis y el sistema de salud inglés también.⁴⁷⁻⁴⁸

Existen serias contradicciones en las políticas económicas y de salud de los países que de no ser develadas y discutidas por los sectores progresistas y democráticos de las universidades y de todos los sectores involucrados en el problema de la salud, llevarán a que la intervención y la participación en las propuestas sólo contribuya a actuar como paliativo, a reforzar las características del sistema y a profundizar las diferencias de la atención que se presta a las diferentes clases sociales. Es por ello que la acción sectorial, para ser realmente exitosa, debe estar necesariamente inscrita en el ámbito de una política global.

Los cambios reales implican a mediano y largo plazos, un sistema nacional de salud, que garantice una oferta de servicios igualitaria y universal, eficiente y racionalizada sobre el principio básico de la obligación del Estado de garantizar el derecho a la salud. Exige también un incremento de la calidad de vida, que implica defensa de las condiciones de trabajo, consumo de alimentos adecuado, acceso a la educación y a la cultura, saneamiento ambiental y transporte.

No hay dudas que hay esfuerzos de los Estados por sentar las bases del Sistema Nacional de Salud, existen planteamientos sobre estrategias de integración de los servicios de salud, sin embargo las posiciones son heterogéneas, ambiguas, no hay un planteamiento firme y claro ni en el estatal ni en los sectores profesionales y populares, sustentada en un conocimiento que sirva de apoyo al trabajo a realizar.

En general se han ido haciendo demasiadas concesiones a los grupos de poder, produciéndose grandes contradicciones y prácticamente el desmantelamiento de las propuestas, México y Venezuela pueden servir como ejemplos de la situación. Mientras se

sientan las bases jurídicas y normativas, leyes y reglamentos del Servicio, los subsectores continúan desarrollándose en función de su poder y aparece la presión de la privatización, uno de los principios fundamentales de las políticas neoliberales, en franca contradicción con el discurso de la integración del Sistema Nacional de Salud y de las estrategias de atención primaria. Sin que realmente se sepa hacia dónde va la política del Estado, aunque cada vez parece más evidente que está dirigida a descargarse del peso y del costo de la atención de salud, de la educación y de servicios en general.⁴⁹⁻⁵⁰⁻⁵¹⁻⁵²

Así presentados los hechos, el Sistema Nacional de Salud con las características que tenga en los diferentes países y el desarrollo alcanzado y las estrategias de Atención Primaria de Salud deben ser tomadas como espacios de trabajo para enfrentar el proyecto hegemónico neoliberal. Por el momento los Sistemas Nacionales de Salud constituyen el instrumento oficial que se contrapone a las políticas de privatización, su fortalecimiento forma parte de la política global democrática que venimos hablando.

En el campo específico de la docencia, es fundamental como nueva metodología de abordaje, el desarrollo y el fortalecimiento de las experiencias de docencia aprendizaje con entrenamiento en servicio o eje de estudio-trabajo e investigación-acción, también llamada participativa,⁵³⁻⁵⁴⁻⁵⁵ integrándose con los organismos de prestación de servicios de salud, con las instituciones de planificación, con las organizaciones de la sociedad civil que coordinan y regulan la vida comunal de la población a servir, comedores escolares, escuelas, y con las organizaciones comunales y de participación popular, utilizando los programas que el Estado ha establecido tanto en el área de salud como de otros servicios.⁵⁶ Es necesario, además, la interrelación con los gremios y con los sindicatos, que en la mayoría de las ocasiones por estar en manos de los grupos de poder han sido uno de los principales opositores a las políticas de democratización de los servicios de salud.⁵⁷ Sólo últimamente, cuando el deterioro de los salarios y la incorporación del proceso de mercantilización y corporativismo ha hecho su entrada tienen un discurso y una práctica abierta no solo a la lucha reivindicativa sino también a las condiciones de la práctica médica y rescate de los servicios públicos, de manera que en los últimos años estas instituciones que habían sido legitimadoras del Estado, son centro de movimientos de los trabajadores de la salud, que plantean el deterioro salarial y las malas condiciones de trabajo.⁵⁸

1. LA INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL Y DE INVESTIGACION (IDAI) EN LA PRACTICA DE SALUD

En el marco de lo planteado, pensamos tal como fue discutido en la reunión sobre Análisis Prospectivo de las universidades de América Latina, realizada en Lima-Perú en julio de 1988⁵⁹ que en el campo de las prácticas de salud, la IDAI es una estrategia que puede permitir una acción universitaria transformadora, a través de la formación de recursos humanos para la salud, la participación en los servicios y la extensión.

Entendiendo la IDAI como el proceso mediante el cual los organismos administradores de salud y las instituciones formadoras de personal se vinculan con la sociedad y utilizan los recursos materiales y humanos para la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud, a fin de elevar la calidad de la asistencia, de la docencia y de transformar las condiciones de salud del país.⁶⁰

En la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para los nuevos programas de la línea curricular APS-MPS desarrollados por los Departamentos de Salud Pública, la IDAI representa un modelo potencial en el cual el equipo de enseñanza-aprendizaje opera en relación directa con la realidad sanitaria e histórica (sociopolítica, económica, cultural) del país, con el objeto de que el estudiante desde el comienzo hasta el final de su proceso de formación académica se constituya en un verdadero agente de salud, científicamente competente, ético, democrático, participativo y socialmente comprometido.⁶¹

Concebida en términos transformadores, permite introducir e instrumentar, fuera del ámbito tradicional de la universidad, es decir, a nivel de la población, del personal de salud, de los organismos prestadores de servicios y de planificación, nuevos espacios de discusión y nuevas formas de intervención a través de la docencia, de la administración y de la investigación que contribuyen a ampliar los espacios democráticos de participación y a incrementar la conciencia social a través de la difusión y el replanteo de la problemática de salud enfermedad con una dimensión colectiva, donde ésta es una expresión particular de las condiciones de vida que tienen las diferentes clases sociales. La IDAI debe permitir en la práctica la expresión del compromiso de la universidad con el Estado, el cual se concreta en el compromiso que esta tiene con las mayorías de la población.⁶²

La investigación-acción y el estudio-trabajo, como estrategias transformadoras, necesitan los espacios cotidianos y las estructuras existentes como objeto de su trabajo, por lo cual la IDAI constituye un requisito fundamental.

Siendo las universidades uno de los sectores que puede y tiene que contribuir al proceso de transformación de la sociedad, tienen que tomar como espacios para su trabajo diario, además de los hospitales, los otros servicios de salud y las comunidades. Esto constituye un reto y un riesgo que tienen que asumir consciente y críticamente. Las universidades deben estar conscientes de su capacidad de generar conocimiento para la transformación social, identificando los problemas, y evidenciando sus determinaciones y mediaciones en la estructura social. Pero tienen que tener conciencia de la debilidad inicial sobre la cual se construye el proceso de cambio. Así, los cambios que se generen con la participación de las universidades, tendrán sentido en la medida que no se pierda la perspectiva de la necesaria transformación cualitativa del todo social. De no ser así, su inserción será sólo un paliativo y un elemento reproductor y de consolidación de una sociedad profundamente desigual e injusta.

Estos cambios no pueden ser generados sólo por las universidades, sino a través de la interacción multidisciplinaria, intersectorial y comunitaria (participación popular) por lo cual la política y la función de EXTENSION UNIVERSITARIA adquiere en este caso una dimensión de construcción de alta capacidad que debe ser cuidadosamente desarrollada.⁶³

Estas experiencias de IDAI deben ser cuidadosamente programadas, delimitados los espacios y responsabilidades que le corresponde a cada sector, cuidadas y protegidas por los sectores involucrados, para evitar el fracaso esperado y a veces fraguado por grupos de las instituciones mismas que adversan las propuestas.

Trabajar el proceso docente en la realidad y en la cotidianidad de esa realidad, en las comunidades y con la población significa un cambio profundo, por cuanto las experiencias están sujetas al riesgo de lo que ocurre y cómo. Sin la disposición adecuada esa experiencia fracasa. Hay que convertir las frustraciones y las dificultades en nuevas oportunidades de aprendizaje. Se requiere de una flexibilidad, mística y una capacidad no sospechadas dentro del laboratorio o del hospital.

Por lo tanto la IDAI debe asumirse como:

1. Un trabajo compartido, democrático, donde existen compromisos bilaterales que deben estar claramente establecidos y que cada sector se compromete a cumplir. Con los procesos incipientes de descentralización que se están llevando a cabo este espacio puede llegar a ser muy rico y tiende a facilitar el proceso, por cuanto se encuentra mucho más cerca el organismo o los sectores efectores y populares. Pero no hay todavía suficiente tradición al respecto y consideramos que esta es una oportunidad de fortalecerlos.
2. Cada institución tiene responsabilidades específicas y claramente definidas, aunque en un momento dado tienen que complementarse. En este sentido es fundamental la operacionalización de normas y regulaciones sobre las características de los ambientes y la modalidad de trabajo de los servicios en los cuales se insertan los estudiantes, lo cual contribuye al mejoramiento y a la transformación de la práctica médica y de salud. Esto implica atención a la infraestructura, recursos materiales y humanos donde se integran los programas de docencia-asistencia. Contribuye a la consolidación del trabajo médico extramural mediante la promoción de salud.
3. Los resultados del trabajo generado en el proceso de IDAI, una vez definidos los problemas que se van a abordar, deben ser incorporados a las acciones que ambas instituciones vayan a realizar, de modo que el proceso sea dinámico y transformador. Por lo tanto la programación docente debe ser parte de la institución y reconocerse como trabajo productivo, incorporando a los planes y metas de los equipos de salud. No se trata de utilizar el servicio como simple recurso didáctico, para absorber conocimientos, ni se trata de utilizar al estudiante o a la universidad para cubrir las deficiencias del sector con mano de obra barata o de insumos a bajo costo, como paliativo de una situación desesperada. Se trata de generar, a través de la metodología estudio-trabajo y de un proceso sistemático

de estudio crítico, de investigación en el área, una actividad que contribuya a superar las deficiencias a través del diagnóstico para la toma de decisiones y de propuestas reales de acción. Como señala Silvia Bermann es una práctica al servicio del cambio social y busca la identificación totalizante entre sujeto y objeto.⁶⁴

2. LA INTERDISCIPLINARIEDAD, EL ESTUDIO-TRABAJO Y LA INVESTIGACION-ACCION POR PROBLEMAS

"La interdisciplinariedad, en el contexto de salud es un concepto que tiene definida ubicación cuando se trata de interacción entre los niveles básico y aplicativo, individual y colectivo, y entre la dimensión biológica y social. Debe establecerse la cooperación y la coordinación entre las disciplinas, bajo la perspectiva de reciprocidad de los intercambios y de su integración a un proyecto específico tanto en lo conceptual como en lo metodológico."⁶⁵⁻⁶⁶

Estas reflexiones constituyen las primeras respuestas teóricas y de conceptualización que encontré a mis preguntas desde la Dirección de una Escuela de Medicina, en lo referente a la instrumentación de la vinculación entre estas áreas, tan cercanas en la teoría y en el ámbito de la reflexión y tan distantes en el ámbito de la práctica, tan fundamentales en su potencial transformador de la realidad concreta. A pesar de los esfuerzos, la concreción del trabajo interdisciplinario continúa siendo un reto para todos.

Encontrar las interrelaciones en los planes de estudio y desarrollarlas, constituye una de las tareas de construcción que deben perseguir nuestras universidades.

Es fundamental generar los esfuerzos que permitan el trabajo conjunto con otras facultades, de modo que desde los primeros años del pregrado se constituya el equipo interdisciplinario de salud y se haga patente como estructura indispensable para la búsqueda de soluciones a los problemas de salud.

Ha sido característico de las universidades el abordaje del aprendizaje y del servicio por disciplinas, los esfuerzos de integración de disciplinas han fracasado en la gran mayoría de las oportunidades. El abordaje por problemas puede ser la estrategia que permita la integración de las disciplinas. De hecho se constituye en la práctica diaria como el elemento unificador. La aproximación a los problemas desde la dimensión colectiva del proceso de salud-enfermedad, lleva directamente a la interdisciplinariedad y a la intersectorialidad, camino largo a construir tanto desde las universidades como desde el Estado.

El estudio-trabajo y aprendizaje por áreas problemas como eje integrador de los estudios médicos, permite incorporar al estudiante en actividades concretas de prevención, promoción, control, restitución de la salud mediante acciones efectivas concretas y mediante la investigación de acuerdo al nivel en que se encuentre. Permite a las universidades formar y capacitar egresados para abordar y contribuir a solucionar los problemas reales de la

población, de los servicios y de los programas de salud en beneficio de la comunidad en la cual están insertos, identificando además los límites y las responsabilidades que le corresponden al sector salud, y destacando la necesidad de la vinculación intersectorial para su resolución.⁶⁷

Esta estrategia abre un camino donde "la cotidianidad es el espacio de aprendizaje y de construcción, que permite identificar el dinamismo que posee la vida diaria de los sectores populares. Donde se toma conciencia, de la presencia de la dinámica de sobrevivencia, cuya finalidad es garantizar la vida (alimentación, educación, salud, servicios básicos). Se reivindica la dinámica de resistencia: donde se aprende a encarar el poder, a cuestionarlo, a impugnarlo a través del reconocimiento de entidades culturales propias. Obliga a la búsqueda. Permite participar en el proceso de educación popular y favorecer el protagonismo de bases".⁶⁸

El desarrollo que se está dando en la epidemiología con el fin de superar las limitaciones de la epidemiología tradicional, permite un verdadero replanteamiento del papel de la misma en el proceso de transformación, a partir de la aproximación integral del proceso de salud enfermedad como un hecho social, busca nuevas formas de interpretación, de producción de conocimientos y de intervención.

Los trabajos en Latinoamérica de Asa Cristina Laurell y el grupo de Xochimilco, Ana María Tambellini y el grupo de Salud Pública de Río y de Jaime Breilh y el grupo del CEAS en Ecuador, los planteamientos de Gianni Tognoni de Medicina Comunitaria en Italia son expresiones de este movimiento. Sin embargo, la incorporación de estos trabajos, incluso, al interior de los departamentos de Medicina Preventiva de las universidades, es lento y son, en general, absolutamente desconocidos en los departamentos clínicos.^{69 70}

Con la introducción de la investigación socioepidemiológica, el estudio-trabajo con el equipo de salud no sólo contribuye a la generación de conocimiento nuevo sobre las realidades locales, permitiendo proponer medidas e incidir en el tratamiento individual o de la comunidad para así superar las deficiencias identificadas en el proceso, sino que le da al personal de servicio de salud una aproximación diferente al análisis de los problemas de salud, una aproximación hasta ahora desconocida por las bases trabajadoras del sector.

El programa de estudio-trabajo-investigación-acción debe ser concebido con el fin de rendir un servicio concreto y efectivo, cuyos resultados sean susceptibles de evaluación a corto, mediano y largo plazos. Las áreas problema a trabajar deben seleccionarse en base a las demandas planteadas como necesidades de los servicios insertos en las comunidades a estudiar y de las comunidades mismas. Por supuesto esto implica abordaje interdisciplinario al interior de la universidad e intersectorialidad desde el Estado.

No escapa a nadie que ESTO SIGNIFICA POR ENCIMA DE TODO UN TRABAJO ABRUMADOR, por cuanto implica formación no sólo del estudiante sino de los profesores, del personal del equipo de salud, implica infinidad de reuniones de trabajo, que demandan muchas horas de estudio y sobre todo una actividad docente que se va construyendo sobre la información y el hecho recogido y vivido, que coloca al docente en una nueva situación la mayoría de las veces no prevista, situación para la cual no está preparado. Obstáculo a veces insalvable a la luz de las experiencias iniciadas.⁷¹⁻⁷²

Esto incorpora un nuevo problema administrativo, la mayoría de las universidades han ido reduciendo las horas de contratación de los profesores, por lo cual el número de profesores a dedicación exclusiva es cada vez menor. El trabajo intersectorial y especialmente con las comunidades, no es factible con profesores a medio tiempo o convencional, por cuanto las comunidades se reúnen, deliberan después del trabajo, en horas nocturnas, lo cual introduce elementos adicionales de compromiso que hay que resolver.

Con la inserción del estudiante en establecimientos del MSAS y de los seguros sociales, con una infraestructura deficiente y un personal escasamente comprometido, se corre el peligro de ser avasallado por la forma de práctica prevalente en estos centros. Este es un nuevo reto a resolver. Implica por una parte, una toma de posición del lado de los sectores populares, frente a la tradicional toma de posición a priori del lado del Estado.⁷³ Por otra parte, deben estar claramente delimitadas en los convenios interinstitucionales y debe manejarse en las reuniones con el personal de los SILOS los objetivos de esta inserción y del trabajo a realizar con el fin de poder generar propuestas alternativas a partir del trabajo realizado y de la participación de los diferentes actores.

3. INCORPORACION TEMPRANA DEL ESTUDIANTE AL SISTEMA DE SALUD

La modificación de los planes de estudio en el sentido de producir la incorporación temprana del estudiante en las comunidades y en los servicios de salud, implica por un lado la imposibilidad de eludir en el proceso docente la discusión de la determinación de lo social en los procesos de salud-enfermedad y sus determinantes económicos y políticos en la prestación de los servicios.

El enfrentamiento diario con los problemas en su globalidad, hace concretos conflictos y contradicciones que la comunidad universitaria discute habitualmente en abstracto.⁷⁴ Obliga además a la búsqueda de soluciones y al establecimiento de estrategias que necesariamente tienen que ser interdisciplinarias e intersectoriales. Implica también desde el inicio de la formación el reconocimiento de la necesidad y de la posibilidad real de la participación popular en la organización de las acciones tendientes a transformar sus propios procesos de salud-enfermedad.

Cabe preguntar si las universidades y los universitarios están preparados para esto. ¿Están dispuestos a ceder terrenos de saber y de poder?

Pero además la incorporación temprana del estudiante obliga prácticamente al sector prestador a cumplir y desarrollar estrategias de acción que hasta ahora en muchos aspectos están solo a nivel de discurso o que se realizan esporádicamente, como por ejemplo, el trabajo con la comunidad en actividades de promoción, y prevención, por cuanto la presencia de la universidad constituye un elemento de superación y de supervisión y recíprocamente también el servicio se constituye en supervisor de la actividad docente del profesorado. Es conveniente tener claro que esta no es una situación deseada ni por la mayoría de los profesores ni tampoco por la mayoría del personal de salud. Para ello se necesita una solidez y un compromiso social que la mayoría no tiene. Lo cual por supuesto genera serias dificultades en su ejecución.

4. CAPACIDAD RESOLUTIVA Y LA PRACTICA DE SALUD

En el marco de la construcción de un sistema de salud, organizado por niveles de complejidad creciente, que permita una atención oportuna, de buena calidad de acuerdo a los conocimientos y los avances de la medicina actual, que permita el uso racional del sistema, que solucione los problemas de salud del individuo y de la comunidad, es fundamental la discusión con los organismos planificadores y dispensadores de servicio para aclarar conceptos y elaborar normas de evaluación y de control sobre la capacidad resolutive.

Los organismos dispensadores de servicios tienen como meta el 80 % de resolución en el primer nivel y algunos afirman haberla alcanzado, sin embargo, con las características de la mayoría de los sistemas de salud latinoamericanos, la desigualdad en la calidad de los servicios, la dotación inadecuada, la ausencia de referencia y contrarreferencia, hace dudar de estas cifras. Es fundamental incorporar el elemento cualitativo de la prestación de servicio y ese es un papel relevante que debe cumplir la universidad. Definir qué es capacidad resolutive, para cada uno de los actores es mucho más que un mero ejercicio académico. ¿Para el médico y el paciente, es desaparición de los síntomas? ¿Es el no regreso del paciente a la consulta? ¿Es llegar al diagnóstico etiológico del problema? ¿Cómo incorporamos los determinantes socioeconómicos en este proceso de resolución y de diagnóstico del servicio prestado? ¿Cuándo se considera que la referencia a otro nivel es un caso resuelto o una falla del mismo? Existen a nivel administrativo y gerencial elementos que definen capacidad resolutive de un nivel o de un servicio.⁷⁵

Se necesita una tecnología adecuada para gerenciar la prestación de un servicio efectivo, y ésta varía de acuerdo a la función que tenga que realizarse sea de promoción, prevención, diagnóstico-restauración, y/o administración. En este aspecto las universidades tienen un espacio de investigación interdisciplinario no transitado, el cual tiene un campo de acción en los acuerdos y propuestas de IDAI.⁷⁶

Es necesario identificar y crear indicadores cualitativos y cuantitativos que superen la interpretación funcionalista y descriptiva, incorporando los aportes teórico-metodológicos de la epidemiología social que permitan evaluar el servicio prestado y el impacto.

Sin embargo, con nuevas perspectivas abiertas, la simple utilización de los indicadores tradicionales, por regiones y por grupos socioeconómicos, incorpora al conocimiento de la situación elementos hasta ahora encubiertos por el manejo tradicional de los mismos. Es fundamental el trabajo concreto en estos aspectos, pues los avances que se están dando en la mayoría de los países con las políticas de descentralización ameritan un apoyo y una reorientación y constituyen espacios valiosísimos de inserción.

5. PARTICIPACION COMUNITARIA

La participación popular constituye uno de los pilares fundamentales de las estrategias de APS. Quizás la mejor forma de plantear lo que debe ser la participación comunitaria en las acciones de salud es exponer LO QUE NO DEBE SER Y LO QUE HA SIDO hasta ahora el común denominador de la mayoría de las acciones de participación popular en la región. Para ello, no creo que haya otro análisis crítico como el hecho por el Dr. Francisco Rojas Ochoa, presentado en el V Congreso Latinoamericano de Medicina Social, realizado en Caracas en marzo de 1991. A partir de la revisión de las publicaciones hechas por la Organización Panamericana de la Salud "Los sistemas locales de Salud, Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. La participación social" y la edición especial del boletín de la Oficina Panamericana de noviembre del '90 que recogen las experiencias de la región, encuentra el autor lo siguiente en cuanto a las características de la participación social:⁷⁷

- para algunos, "la utilización de los servicios de salud por parte de la población es la única expresión de participación social encontrada en las comunidades estudiadas, esto no es participación comunitaria".
- muchos, "entienden participación, como la colaboración, apoyo en campañas de vacunación, planificación familiar, saneamiento, ampliación y reacondicionamiento de centros de salud, queda claro que hay una limitación en el entendimiento de cuál es el papel que debe jugar la población en el proceso de transformación de los sistemas de salud, por otra parte estas acciones así planteadas se reducen al empleo de mano de obra no pagada".
- Para otros, "esta escasa participación social no conduce al grado máximo de autorresponsabilidad de la salud, ni a la participación en la planificación, la organización de los servicios, el funcionamiento y el control de los servicios. Si bien para el autor la crítica es válida, introduce dos elementos si los SILOS toman la responsabilidad total del problema, se hace recaer la carga del esfuerzo para la solución del problema sobre las estructuras con menor desarrollo tecnológico, con menores recursos. Entregar al individuo la responsabilidad total de su salud y a las pequeñas comunidades la salud colectiva es un complemento sólido a la política de privatización, a la política de reducción del presupuesto estatal para la salud".

Es difícil pensar, tal como lo plantea Rojas Ochoa, que se trata de una limitada comprensión de lo que debe ser la participación popular, más bien tras ello se oculta la manipulación de la población y sobre todo la limitación del ejercicio democrático a nivel local, que exige la real participación social de la población y que implica en primer término el ejercicio de su capacidad de decisión sobre problemas que lo afectan directamente. Así pues en el proceso de inserción de las universidades en las comunidades a través de los programas de IDAI y de extensión se abre un amplísimo espacio de trabajo, de formación, de concientización, de compromiso orgánico con las luchas populares y no de reflexión especulativa "a nombre de los sectores populares".⁷⁸ Se trata de investigar la realidad para generar acciones en las cuales la población investigada es motivada a participar en la investigación, produciendo conocimiento e interviniendo la propia realidad.⁷⁹

6. FORMACION DE PERSONAL

Es indiscutible que un trabajo como el planteado requiere un conocimiento por parte del personal de salud, de una información que hasta ahora no posee, bien porque no la ha recibido durante su proceso de formación, bien por estar inscrito en una visión diferente del problema. Tal como lo plantea Jorge Izquierdo en la ponencia citada, se presentan varios tipos de comportamiento bien diferenciados en el profesorado, un grupo que asume plenamente el compromiso que integra grupos multiprofesionales, abiertos a la crítica y al replanteamiento del trabajo y su gradual perfeccionamiento. Otros que a pesar de ser responsables, mostraron limitaciones en su capacidad de manejar simultánea y satisfactoriamente la identidad individual de su profesión de origen y la nueva identidad plural, como miembro de un equipo multiprofesional que replantea y reorganiza actividades que hasta entonces parecían claras y definidas. Algunos superaron la situación, otros se aislaron y trabajaron individualmente su grupo y otros abandonaron la propuesta y por último el que adversa frontalmente la propuesta.

Es a veces sorprendente el desconocimiento por gran parte del profesorado de la realidad nacional y regional en relación a todos los aspectos que hemos venido planteando, indicadores de salud, de desarrollo social, determinantes del proceso salud-enfermedad, ni siquiera desde la aproximación más tradicional. Por lo tanto, es obligación de las facultades instrumentar los procedimientos para que estos conocimientos sean manejados e interpretados por su personal docente, con la misma seguridad con que manejan, por ejemplo, en el caso de medicina, el conocimiento de los gérmenes gram negativos y gram positivos y la sensibilidad de los antibióticos, con el fin de proporcionarles las herramientas que pueden facilitar la captación de algunos para las propuestas. La universidad debe promover la discusión de las experiencias docentes, exitosas unas, parcialmente exitosas otras para conocer y aprender de ellas a través del análisis crítico, con el fin de fortalecer y acelerar el proceso no cometiendo los mismos errores.⁸⁰⁻⁸¹⁻⁸²⁻⁸³⁻⁸⁴⁻⁸⁵

Por otra parte es obligación y es función de las universidades dar a conocer las experiencias internacionales en relación a la aplicación de las políticas de salud, de las políticas de ajuste y de privatización, las cuales están muy distantes de conducir a la superación de los problemas de accesibilidad y cobertura universal a los servicios.⁸⁶⁻⁸⁷

Es fundamental establecer redes de comunicación entre los grupos que trabajan en las diferentes regiones de modo que el material producido, las experiencias realizadas puedan ser conocidas.

Valgan para terminar esta exposición, las palabras presentadas por Mario Testa en el seminario realizado en Caracas sobre La Universidad y la Investigación Científica en Salud en noviembre de 1990.(88) "Después de un profundo análisis de las contradicciones presentes en los países de la región considero que en las actuales circunstancias del capitalismo subdesarrollado y dependiente no hay soluciones económicas ni tecnológicas a la crisis tal como se manifiesta en la salud de la población. Pienso que es a partir de las respuestas sociales, mediadas por la militancia sociopolítica de científicos y no científicos, como se deben buscar las condiciones organizativas que permitirán generar respuestas positivas a niveles individual y colectivo a las acentuadas contradicciones y conflictos de la prolongada crisis Latinoamericana."

REFERENCIAS

- 1 OPS/ALAFEM. (1988). Relato final. Reunión de Lima, Perú. 18-22, julio, 1988. Las universidades y la salud de la población. Análisis prospectivo. Informe presentado al Decano de la Facultad de Medicina Luis López Grillo por la Dra. Marta Rodríguez, agosto 1988.
- 2 UDUAL/ALAFEM/ALADEFE/OFEDO/OPS (1991). La Universidad Latinoamericana y la salud de la población. Contribución de la universidad a la Atención Primaria y a los Sistemas Locales de Salud. Caracas. 7-11 noviembre, 1988. En la Universidad Latinoamericana y la salud de la población. pp. 252-306. Litobrit.
- 3 UDUAL/ALAFEM/ALADEFE/OFEDO/OPS (1991). Contribución de la universidad a la Atención Primaria y a los Sistemas Locales de Salud, Quito 24-26 mayo, 1989. pp. 312-327; y El papel de la universidad en la elevación del nivel de salud de la población, Quito, 7-9, noviembre 1989, pp. 7-86. En la Universidad Latinoamericana y la salud de la población.
- 4 UDUAL/ALAFEM/ALADEFE/OFEDO/OPS (1991). La universidad y las prácticas de salud en América Latina. Santo Domingo, 19-22 marzo 1990. En la Universidad Latinoamericana y la salud de la población. pp. 87-248. Litobrit.
- 5 Borrell Bentz, Rosa María, Franco, Saúl (1991). Relato final. La Universidad Latinoamericana y las prácticas de salud en UDUAL/ALAFEM/ALADEFE/OFEDO/OPS. La Universidad Latinoamericana y la salud de la población. pp. 33-104. Litobrit.
- 6 Brito, Pedro (1991). La universidad y las prácticas de salud en el contexto actual de América Latina en UDUAL/ALAFEM/ALADEFE/OFEDO/OPS. La Universidad Latinoamericana y la salud de la población. pp. 107-117. Litobrit.

7. Breilh, J.; Granda E. Campana; A. Yépez; J. Páez; R. Costales. (1990). Deterioro de la vida. p. 139. Corporación Editorial Nacional. Quito.
8. Fuenmayor, Luis (1991). La lucha por la salud no puede estar desvinculada de las otras luchas de nuestro pueblo. Discurso de Instalación. II Taller Latinoamericano de Medicina Social, marzo. Caracas. Foro Democrático. Año 3, abril.
9. Castellanos, Pedro Luis (1991). Perfil socioepidemiológico y escenarios cambiantes para las prácticas de salud en América Latina en UDUAL/ALAFEM/ALADEFE/OFEDO/OPS. pp. 121-163. La Universidad Latinoamericana y la salud de la población. Litobrit.
10. Testa, Mario (1990). La universidad y la investigación científica en salud. Relación entre las políticas de desarrollo social, las políticas de salud y las políticas de investigación en América Latina y el Caribe. Centro Estudios Sanitarios y Sociales. Ponencia. Seminario USALC. XXI. Caracas.(mimeo)
11. Castellanos, Pedro Luis (1991). op. cit. p. 47.
12. _____ op. cit. p. 122.
13. _____ op. cit. p. 123.
14. Testa, Mario (1990), op. cit. p. 4.
15. Brito, Pedro (1991), op. cit. p. 110.
16. Castellanos, Pedro Luis (1991), op. cit. 124.
17. _____ (1991), op. cit. 124.
18. Bidegain, Gabriel (1988). Ponencia. Repercusiones de los escenarios económicos en la demanda de servicios del sector salud. Presentada en el Coloquio VENEZUELA 1988-1990. Desigualdades económico-sociales, necesidades de salud y formación de médicos. OPS/FAC.MED.UCV, octubre 1988 (en prensa).
19. Evans, Ronald y col. (1987). La mortalidad bajo el microscopio. Diferenciales de mortalidad por causas, grupos socioeconómicos y por municipios en el Distrito Sucre, Estado Miranda, Caracas. Ed. Consucre.
20. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1990). Las condiciones de salud en las Américas. I Edición de 1990. p. 290, Washington, D.C.
21. op. cit. 274.
22. Brito, Pedro (1991) op. cit. pp. 111-112
23. Rodríguez, Marta (1982). La formación del personal docente en la Facultad de Medicina. pp. 45-53. Publ. Fac. Medicina. Caracas.
24. Granda, Edmundo (1990). El sistema de suministros en los programas sociales de medicamentos. p. 228. CEAS/MIN.SALUD PUBLICA.
25. _____ op. cit. p. 224.

26. De Campos, Francisco Eduardo (1991). Estructura y dinámica de la fuerza de trabajo en salud en América Latina y su interacción con las prácticas en salud en UDUAL/ALAFEM/ALADEFE/OFEDO/OPS. La Universidad Latinoamericana y la salud de la población. pp. 166.
27. Rodríguez, Marta; Quesada, Tirsis (1987). Recursos humanos en salud. El caso de Venezuela. AVEDIS/OPS. pp. 21-23.(mimeo)
28. Navarro, Vicente (1978). La medicina bajo el capitalismo. pp. 40-42. Grijalbo. Barcelona.
29. Brito, Pedro (1991). op. cit., p. 108.
30. Rodríguez, Marta (1991). Gasto social, crisis y salud. ULTIMAS NOTICIAS. Suplemento Cultural No. 1191. 17 de marzo de 1991.
31. Brito, Pedro (1991). op. cit., p. 114
32. García, Juan César (1972). La educación médica en América Latina. OPS/OMS.
33. UDUAL XII Conferencia de facultades/escuelas de Medicina en América Latina. Tegucigalpa, 1982.
34. UDUAL XIII Conferencia de facultades/escuelas de Medicina en América Latina. Managua, 1984.
35. UDUAL XIV Conferencia de facultades/escuelas de Medicina en América Latina. Las universidades de América Latina y la estrategia mundial para la atención de salud para todos en el año 2000. Relato general. Quito, 87.
36. Yépez, Rodrigo (1988). Desigualdades económico-sociales, necesidades de salud y formación de médicos. El análisis prospectivo. Una estrategia de transformación hacia el futuro. OPS/OMS.(mimeo)
37. Ferreira, José Roberto (1978). El médico general. Una respuesta al futuro. Seminario sobre el médico general. Bogotá.(mimeo)
38. OPS/UDUAL/UCV (1990). Seminario Internacional USALC XXI. Relato final. La universidad y la investigación científica en salud. Caracas.
39. Rodríguez, Marta (1989). Contribución de la Universidad a la salud de la población. Ponencia. Seminario Bajo Seco en Memorias de la gestión Decanal del Dr. Luis López Grillo, 1987-1990.(en prensa)
40. OPS/UDUAL/UCV (1990). USALC XXI. op. cit.
41. OPS/ALAFEM. (1988). op. cit.
42. OPS/UDUAL/UCV (1990). USALC XXI. op. cit.
43. Izquierdo, Jorge (1991). Una experiencia de docencia-servicio, comunitaria, multidisciplinaria. Universidad Cayetano Heredia. Ponencia V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Caracas, marzo 91.
44. Núñez, Norma (1990). Hacia el segundo encuentro. La Universidad Latinoamericana y la salud de la población. Núcleo de trabajo sobre capacidad resolutoria de clínicas básicas y preclínicas. Ponencia. Maracaibo, septiembre.(mimeo)
45. Testa, Mario (1986). Pensar la Salud. p. 47.(mimeo)



46. _____ (1986). Atención Primaria o primitiva. Cuadernos Médicos del Rosario, Argentina.
47. Navarro, Vicente (1972). Clase, poder político y Estado en la medicina bajo el capitalismo. p. 243.
48. _____ (1990). El Estado de Bienestar y sus efectos distributivos. ¿Parte del problema o parte de la solución? p. 16 en Divulgaçao em saude para debate. Memorias del VI Congreso Mundial de Medicina Social. Canarias, 1989.
49. Brito, Pedro (1991). op. cit., pp. 107-117.
50. De Campos, Francisco Eduardo (1991). op. cit., pp. 164-170.
51. Eibenschutz, Catalina (1991). La reforma sanitaria mexicana en el marco de la transformación del Estado. Trabajo libre presentado en el V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. (mimeo)
52. Laurell, Asa Cristina (1991). Proyectos políticos y opciones de salud en América Latina. Ideología, discurso y realidades. Conferencia Juan César García. V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Caracas, marzo 1991. (mimeo)
53. Salamanca, Fabio (1984). Estudio-Trabajo. Plan de estudios Facultad de Medicina de León. XIII Conferencia UDUAL. Managua, 1984. (mimeo)
54. Núñez, N.; Machado, Y.; Medina, M. (1988). APS-MPS, un proyecto de línea curricular. Caracas.
55. Bermann, Silvia (1991). Política científica y democratización de la producción de conocimientos. Conferencia presentada V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Caracas, marzo. (mimeo)
56. Núñez, N. (1990). op. cit., p. 6.
57. Méndez, C. Absalon (1983). Influencia de los grupos de presión en la definición y ejecución de políticas estatales. Trabajo de ascenso. UCV. Caracas.
58. Laurell, Asa Cristina (1991). op. cit., p. 2.
59. OPS/ALAFEM (1988). op. cit.
60. Rodríguez, Marta (1986). Integración docente asistencial. Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud. La Habana, Cuba.
61. Núñez, Norma (1991). La medicina social, la universidad y la salud de la población. (mimeo)
62. Núñez, Norma (1989). Relato del Encuentro de Bajo Seco. La universidad y la salud de la población, noviembre. En Memorias de la gestión decanal del Dr. Luis López Grillo. (en prensa).
63. Universidad Central de Venezuela. Comisión de extensión. Rectorado (1989). Hacia una política de extensión Ucevista. Caracas, Venezuela.
64. Bermann, Silvia (1991). op. cit., p. 34.
65. Rodríguez, María Isabel; Villarreal, R. (1986). La administración del conocimiento. Lo biológico y lo social en la formación del personal de salud en América Latina. Ed. Med. Sal. 20(4): 1-20.

66. OPS/OMS (1987). El conocimiento básico en la formación profesional. Consideraciones acerca de la articulación de lo biológico en su interacción con lo social. Washington, D.C., 7-11 de diciembre de 1987.(mimeo)
67. Núñez, N.; Machado, Y.; Medina, M. (1988). op. cit., p. 9.
68. Lanz, Carlos R. (1991). Lucha de clases y nuevos paradigmas. Las actuales exigencias del proyecto alternativo. Ultimas noticias. Suplemento Cultural 1186, 10 de febrero.
69. Granda, Edmundo (1991). Avances conceptuales y metodológicos sobre condiciones de vida y salud. Ponencia V Congreso Latinoamericano de Medicina Social, marzo. Caracas.
70. Bermann, Silvia (1991). op. cit., p. 33.
71. Izquierdo, Jorge (1991). op. cit.
72. Núñez, Norma (1991). Documento presentado al Consejo de Escuela Luis Razetti, enero.
73. Izquierdo, Jorge (1991). op. cit.
74. Rodríguez, Marta (1986). op. cit., p. 17.
75. _____ (1990). El problema de la capacidad resolutive en atención primaria de salud, marzo. Maracay, Venezuela.
76. Núñez, Norma (1990). op. cit., pp. 12-15.
77. Rojas, O. Francisco (1991). Estrategias internacionales, políticas nacionales y proyectos de salud. Ponencia V Congreso Latinoamericano de Medicina Social, marzo. Caracas.
78. Izquierdo, Jorge (1991). op. cit.
79. Bermann, Silvia (1991). op. cit., p. 5.
80. Izquierdo, Jorge (1991). op. cit.
81. Valdivia P., Dante (1991). Enseñanza de la atención primaria de salud en la Facultad de Medicina Humana del Cuzco, Perú. V Congreso Latinoamericano de Medicina Social.(trabajo libre), marzo. Caracas.(mimeo)
82. Núñez, N.; Machado, Y.; Medina, M. (1988). op. cit.
83. Universidad Francisco de Miranda. Venezuela. Plan de Estudios de Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud.(mimeo)
84. Delens, Michel (1991). Educación para el trabajo comunitario factor democratizante de la salud. Ponencia V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Caracas.
85. Solarte, Rodrigo (1991). Universidad y Salud. Ponencia V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Caracas.
86. Laurell, Asa Cristina (1991). op. cit.
87. Navarro, Vicente (1990). op. cit.
88. Testa, Mario (1990). op. cit., p 27

LA UNIVERSIDAD Y LA PRACTICA EN SALUD EN AMERICA LATINA

Carlos Bloch
ARGENTINA

El marco socio-político

"Las sociedades latinoamericanas viven actualmente circunstancias particularmente difíciles, derivadas de un sinnúmero de privaciones económicas y de complejas mutaciones socio-políticas que no alcanzan a revertir las perspectivas de la región en el mundo. La inmediatez de las situaciones de caos generalizado resulta innegable, como también, en algunos casos, los riesgos de destrucción nacional.

"Ciertamente, en medio de la crisis, la región también ha avanzado en un proceso de racionalización económica y política, muy a menudo con costos sociales altísimos, pero ha avanzado. (...) No obstante esto, las tendencias económicas prospectivas se presentan como amenazadoras del orden democrático -que tanto cuesta mantener- y asimismo, como amenazadores de las potencialidades de desarrollo."¹

Los párrafos que inician nuestro análisis sirven también de introducción a las conclusiones de una investigación sobre las posibilidades de instauración de un nuevo orden estatal en América Latina. Ese es el eje que proponemos para ordenar nuestra problemática. Los sistemas de atención médica deben ser pensados en relación con las propuestas y posibilidades de transformación de la sociedad que los incluye.

En respaldo de esa idea, intentaremos la compleja tarea de articular el análisis de las condiciones de los servicios de atención médica y de las nuevas exigencias que impone la situación de crisis al sistema formador de los recursos humanos destinados a asegurar su funcionamiento, recuperando el conjunto de valores que puede orientar su regulación futura, con las líneas más generales de transformación que nuestras sociedades comienzan a plantearse como respuesta a los problemas estructurales puestos en evidencia por la coyuntura crítica.

El análisis de los sistemas de salud y de las instituciones universitarias del sector, en tanto concreción de opciones políticas, no puede desvincularse de los procesos de transformación del Estado y redefinición de sus vinculaciones con los diferentes sectores que conforman la Sociedad. El eje conceptual del análisis de las perspectivas de reformulación de los servicios de atención médica deberá integrarse con el desarrollo de nuevas modalidades de articulación entre Estado y Sociedad.

A esas nuevas modalidades de vinculación remiten los principales desafíos impuestos hoy a Latinoamérica: democratización/modernización del Estado, innovación en políticas económico-sociales, valorización crítica de las pautas culturales predominantes. Las opciones que se afirmen en estos terrenos afectarán sin duda la dinámica y organización del sector salud.

En términos de política económica, la palabra de orden es ajuste. Ajuste de la pugna distributiva interna, ajuste del aparato productivo a las condiciones del mercado mundial, ajuste del sistema financiero a los niveles de producción, ajuste del gasto estatal en función de recursos genuinos y mecanismos de recaudación. Las modalidades y alcances del ajuste no están predeterminados, los costos sociales, aunque insoslayables, son materia de discusión y negociación entre los actores sociales y políticos más significativos. Los comportamientos de estos actores pueden modelar la reestructuración del aparato productivo, del sistema financiero, del ordenamiento fiscal. Pueden orientarla, otorgarle impulso o interponer obstáculos más o menos difíciles de superar.

Esta dimensión política asignada a los procesos de integración al mercado mundial niega el carácter de "opción única e irremplazable" que los sectores más conservadores adjudican a su propuesta. Según la diferente articulación de los intereses sectoriales en el sistema político, la readecuación asumirá la forma de mera racionalización económica, se presentará como reconversión parcial desindustrializante, o se plegará a metas consensuales de desarrollo nacional.²

La misma consideración de la reconversión económica como supeditada a decisiones políticas la vincula conflictivamente con las necesidades de reforma del aparato estatal. La aspiración a una mayor apertura democratizadora de las instituciones políticas parece contradictoria cuando se la piensa en función de los costos sociales del proceso de reconversión. La también indispensable modernización del Estado puede reforzar los aspectos socialmente excluyentes de la política económica adoptada. La democratización del Estado y su modernización parecen remitir a objetivos sociales recíprocamente contradictorios, adscribiéndose a modelos de organización social contrapuestos.

Las líneas predominantes en la política de modernización del Estado -privatización, aumento de tarifas, reducción del empleo estatal, reducción del gasto social- parecen incompatibles con una instancia democratizadora del sistema político que potencie la presencia de los sectores tradicionalmente excluidos en los ámbitos de discusión, formulación y aplicación de las políticas públicas.

Sin embargo, la democratización, aun reconociendo su carácter contradictorio con las políticas de reconversión económica y modernización del aparato estatal, es indispensable para otorgar legitimidad a la transformación y garantizar el mantenimiento de las instituciones representativas.

La crisis de la Universidad

El párrafo que transcribimos a continuación sintetiza de algún modo el impacto de la crisis en las instituciones universitarias:

"...no hay quien dude que la producción de saber crítico requiere el análisis riguroso de las condiciones de esta producción, lo que exige identificar problemas estructurales y enfoques comunes que permitan la comparación.

Además, no es exagerado afirmar que en toda América Latina estas condiciones son en la actualidad simplemente catastróficas, porque se están mezclando problemas y fallas estructurales del pasado (nunca enfrentados ni resueltos) con la actual crisis económica y social, (...) con los retos y exigencias del futuro, que a su vez solicitan el diseño de una educación superior para el desarrollo de nuestras sociedades."³

En esas pocas frases se ponen claramente de manifiesto los problemas que enfrentan hoy nuestras Universidades: la eclosión de las contradicciones del pasado agudiza la incertidumbre del presente a la vez que obstruye la formulación de perspectivas de futuro. La necesidad de dar cuenta de un proceso de transición hacia condiciones que permitan la superación de la crisis no afecta sólo a la Universidad latinoamericana, sino al conjunto de las relaciones sociales en los países de la región. En la esfera de salud la indispensable reformulación de los sistemas de atención médica, que reactualiza la discusión sobre el perfil del recurso humano necesario, y los dramáticos retrocesos en el perfil de morbilidad, que complejizan la perspectiva de las condiciones extrasectoriales, de alguna manera tornan más imperiosas las soluciones y más tortuoso el camino para encontrarlas.

Algunos diagnósticos resultan particularmente estremecedores, aunque sólo confirmen el desaliento cotidiano que produce el contacto con nuestras instituciones universitarias. Valga como ejemplo el siguiente párrafo, extraído de una publicación reciente:

"Universidades sobrepobladas e infradotadas; en la práctica, ingobernables. Que reciben por lo mismo exiguo apoyo de sus gobiernos nacionales. Con profesores mal pagados y muchas veces desmoralizados. Con estudiantes descontentos y expuestos a un futuro laboral incierto. (...) Los académicos producen escasamente o lo hacen de manera poco relevante para la sociedad; los cursos que se imparten son obsoletos y aburridos: la vida en la Facultad es muchas veces sólo un remedo del trabajo que se supone debe realizar un equipo intelectual."⁴

Con ese instrumental francamente devaluado, la formación universitaria de los profesionales en salud debe hacer frente a los nuevos desafíos que les impondrá un ejercicio profesional adecuado a las exigencias del medio. Problemas relacionados con la inserción laboral en un mercado en rápida transformación, exigencias resultantes de las transformaciones relativas al orden de los valores a los que deberán adscribir su práctica y de las necesidades a las que se verán obligados a dar respuesta.

La burocratización del ejercicio profesional como resultado de su inserción en grandes organizaciones prestadores de servicios es uno de los temas de debate en la esfera de la sociología de las profesiones, y aunque no exista consenso sobre las verdaderas consecuencias del fenómeno nadie desconoce su existencia. En medicina la diferenciación de especialidades y subespecialidades y los contradictorios procesos decurrentes de la masiva incorporación de recursos tecnológicos conforman también un núcleo conflictivo de cuestiones sin respuestas. Como consecuencia natural del desarrollo técnico científico, la diferenciación de especialidades médicas va unida a un proceso de crecimiento de la información, que se traduce en una constante redefinición de los límites entre lo normal y lo patológico, un aumento de la capacidad de intervención en los problemas asociados con la enfermedad, y la necesaria ampliación de la división técnica del trabajo en el interior del cuerpo profesional.

Mientras la formación y la práctica del profesional se va paulatinamente fragmentando en unidades fuertemente especializadas, las condiciones organizativas lo obligan a articularse en lo que Tenti llama espacios sociales complejos, interactuando con colegas, con otros especialistas, administradores y clientes colectivos con necesidades crecientemente difusas.⁵

Pero no sólo la complejidad organizativa torna indispensable el trabajo en equipo. Nuevas necesidades sociales convocan necesariamente al trabajo interdisciplinario -olvidado, negado o relegado en la esfera formativa- en nuevos escenarios donde el personal de salud se encuentra enfrentado al desafío de constituir grupos de trabajo formados por especialistas de diferente procedencia, estilos y lenguajes teóricos y técnicos. Como el mismo Tenti señala, las transformaciones sociales han roto la relación de correspondencia entre profesión y problema a resolver, mientras una perspectiva estrecha en la delimitación de los intereses profesionales y la inercia propia de los procesos de formación "conspiran contra los intentos de organizar respuestas integradas a los problemas planteados".⁶

En el análisis de los efectos que el acelerado desarrollo científico tecnológico está produciendo sobre las condiciones de trabajo profesional se señalan:

- a) Un fuerte estímulo para la especialización y la consiguiente aparición de nuevos campos relativamente autónomos. La mayor valoración social del especialista se refleja en el campo de las "vocaciones" en relación a las carreras de salud. Por esa vía las expectativas de desarrollo personal de los profesionales no se adecuan con los planes de salud pública, en tanto estos dan prioridad a los problemas de salud de los sectores de menores recursos, que se insertan prioritariamente en el ámbito de conocimiento de los médicos generalistas de alta capacitación.
- b) El desarrollo técnico científico acelerado incrementa la probabilidad de obsolescencia del conocimiento profesional, dando origen a una necesidad de actualización y educación permanente que es un nuevo desafío para las instituciones formadoras.

Esta es también una de las razones del comprobado desfase entre el conocimiento disponible y el incorporado a los currículos de las instituciones formadoras. El ritmo actual de producción de conocimientos obliga a modificar los criterios de planificación curricular y redefinir los procesos de selección para la incorporación de contenidos a los currículos.

- c) El trabajo cooperativo entre diferentes especialistas se dificulta, dando que la hiperespecialización genera un conjunto de intereses, actitudes y lenguajes que dificultan la comunicación y la interacción.⁷

En síntesis, la aceptación mecánica de los avances técnicos producidos en los países centrales supone un énfasis en patologías que no siempre representan los problemas más relevantes en las sociedades donde esos conocimientos se trasplantan. Tampoco el desarrollo de las especialidades está siempre asociado a la necesidad de dominar un cuerpo de conocimientos en continuo crecimiento. En ocasiones se trata del dominio de una técnica o la utilización de un aparato que por su rentabilidad justifican la dedicación exclusiva del profesional a su aplicación.

Por otra parte, aun cuando el trabajo se efectúe en instituciones complejas y se desarrolle una cierta interdependencia entre profesionales, la tarea de cada uno de ellos, por lo menos en países como el nuestro, donde no se ha producido una introducción masiva de aparatología electrónica computarizada, sigue dependiendo en buena medida de sus conocimientos, destrezas y aptitudes individuales.

Esas circunstancias puede constituir uno de los factores, entre otros, que respaldan el mantenimiento de una concepción individualista de la práctica: la convicción de que el individuo es la verdadera unidad de servicio, dado que la calidad de este depende de lo acertado de su juicio y da lugar a una responsabilidad intransferible. Enfrentadas a esta concepción, la normatización de las actividades, la racionalización del uso de instrumentos de trabajo, el establecimiento de vías institucionalizadas de cooperación entre especialistas, encuentran obstáculos en la resistencia del profesional a someterse a normas capaces de interferir en su autonomía en la ejecución del trabajo y en la espontaneidad de la relación médico-paciente, encarada como una relación singular y exclusiva.⁸

La definición de un nuevo perfil profesional que responda a las exigencias del sistema prestador de servicios se inscribe también en las polémicas abiertas en el sector, en tanto el debate en torno a la adecuación del sistema prestador a las necesidades sociales de las que supuestamente da cuenta circular -de manera paradójica, pero no inusual- por otros carriles.

La delimitación de un nuevo perfil profesional necesita dar cuenta de dos procesos sociales complejamente articulados: el proceso de producción de capacidad de trabajo médico (educación médica) y el proceso de producción de servicios de salud (práctica médica).

Aunque estrechamente relacionados, dado que la educación médica tiene por finalidad exclusiva la formación del recurso humano técnico indispensable para la satisfacción de las necesidades de salud de la población, ambos procesos son independientes y están sometidos a un conjunto de determinaciones socio-políticas, económicas e ideológicas, que hacen que no siempre el recurso humano resultante del proceso formativo se adecue ajustadamente a las necesidades de producción de los servicios. Los posibles desajustes suelen estar referidos no sólo a cantidades, sino también a conocimientos, aptitudes, actitudes y sistemas de valores incorporados, y son un elemento más entre los que dificultan la inserción del médico en el mercado de trabajo.

En general, aunque la relación entre el sistema de educación médica y el sistema prestador de servicios puede considerarse sobre la base de una interacción recíproca, para existir consenso sobre la existencia de una determinación más fuerte, que en última instancia supone que sea la práctica médica la que regula la formación del recurso humano. Frenk y colaboradores distinguen tres niveles sobre los cuales se manifiesta dicha determinación. El primero resulta de la adopción de un determinado currículo en respuesta a la demanda de las instituciones asistenciales por un determinado tipo de médico; el segundo estriba en la capacidad del sistema asistencial para hacer o no viables las reformas propuestas por el sistema educativo; el tercero se refiere al hecho de que el sistema de atención médica imprime sus modalidades específicas a los programas educativos al proveer los espacios para la práctica de los educandos.⁹

En lo relacionado con la formación de pregrado la situación actual puede caracterizarse de la siguiente manera: a) se otorga importancia particular al tipo de práctica que se realiza en las instituciones hospitalarias dedicadas a la atención de enfermedades agudas con baja prevalencia; b) se pone énfasis en la función asistencial dirigida sobre las fases más activas de la enfermedad, relegando a segundo plano aspectos tales como: rehabilitación, reinserción, seguimiento de crónicos, etcétera; c) se privilegia la función curativa ignorando la importancia de la promoción y prevención; d) no se tienen en cuenta los factores psicológicos, sociales y ambientales de la salud/enfermedad, ni se integran eficazmente al currículo los aportes de las ciencias sociales, las ciencias humanas y la epidemiología; e) se acentúan los aspectos memorísticos del aprendizaje, descuidando la capacidad de raciocinio y el desarrollo del criterio clínico para la evaluación de la condición del paciente.¹⁰

De manera relativamente contradictoria, esa sobredeterminación del proceso formativo por las condiciones generalizadas de la práctica en el sistema de servicios no proporciona una respuesta adecuada a las necesidades de capacitación profesional, aun dentro del limitado esquema de inserción en el modelo de práctica individualista, biologista y fundamentalmente dirigido a la cura que se reconoce como predominante, Joao Amilcar Salgado¹¹ constataba que aquellos conocimientos, habilidades y destrezas que la mayoría de

los médicos utilizan en su práctica concreta son incorporados fuera de la escuela de medicina, en el mecanismo que identifica como "currículo paralelo". Este currículo, al contrario del formal, refleja todas las distorsiones presentes en la práctica médica, poniendo al estudiante en contacto con la mercantilización de las actividades de salud.

Esta simple enumeración de características muestra de manera suficiente cómo los sistemas formadores -tanto institucional como "paralelo"- proporcionan las bases intelectuales de la reproducción del modelo médico hegemónico.

Considerando el problema desde el ángulo de la inserción en el mercado de trabajo, es necesario tener en cuenta que la complejización y tecnificación de la práctica y las notorias deficiencias de la carrera de grado han convertido a la formación de posgrado en un requisito indispensable para completar el adiestramiento profesional. El tipo de carrera de posgrado al que el joven profesional puede acceder y la especialidad elegida se convierten en elementos diferenciadores en su posterior integración al mercado de trabajo.

Esto se traduce en que una adecuada inserción laboral exige una previa inversión en capacitación, en razón de las escasas posibilidades de formación de posgrado disponible. Es en ese terreno donde las elecciones y las posibilidades individuales comenzarán a pesar en cuanto a la futura calificación y consiguiente definición de los límites de la competencia en el mercado para cada profesional.

Es en este aspecto de la formación de posgrado donde se interconectan el sector privado y el público. Las instituciones estatales brindan prácticamente las únicas posibilidades sistemáticas de formación a través del sistema de residencias, las carreras y los cursos formalizados de posgrado; pero las condiciones de la enseñanza y la elección de los contenidos se rigen por las condiciones prevalecientes en el sector privado, que orientan también las expectativas de los educandos.

En estas condiciones no parece de ninguna manera arbitraria la evaluación de Juan Carlos Tedesco, en torno al proceso que caracteriza como devaluación de las credenciales educativas en el mercado de trabajo. Interesa recuperar aquí, entre las diferentes hipótesis explicativas del fenómeno, aquella que considera los aspectos educativos que están en la base del fenómeno de la devaluación. Desde esta perspectiva se sostiene que la devaluación educativa se explica en términos de un descenso de la calidad de los aprendizajes realizados, que obligaría a los estudiantes a permanecer más años en el sistema educativo para aprender lo mismo. Como evidencias empíricas que avalan el diagnóstico se señala:

- a) La tendencia a distribuir el mismo caudal de contenidos en mayor cantidad de años de estudio, provocando la pérdida en importancia de los primeros años de cada ciclo o nivel educacional.
- b) Las tendencias habituales en la incorporación de nuevos contenidos curriculares, producto del avance científico. Dicha incorporación

generalmente se yuxtapone a lo existente, con lo cual aumenta la cantidad de elementos obsoletos y se favorece la prolongación del tiempo necesario para el logro de calificaciones útiles.

- c) La tendencia a la estabilización o descenso en los esfuerzos financieros destinados a la educación, mientras se mantiene la expansión cuantitativa.

Otras perspectivas, recogidas por el mismo Tedesco, sostienen que las dificultades para encontrar empleos adecuados y la devaluación de las credenciales en el mercado estarían provocando una disminución en el esfuerzo educativo de los estudiantes.¹²

En la búsqueda de circunstancias explicativas, Tedesco recoge las transformaciones sufridas por las instituciones de enseñanza superior en América Latina durante las últimas tres décadas que sintetiza en dos fenómenos: por un lado, notable **expansión cuantitativa**, por otro, intensa **diferenciación institucional**, que acompañó a la primera.

Junto a la diferenciación, la expansión cuantitativa se ha realizado en un contexto de ruptura de la homogeneidad cualitativa, de manera que, aún en el interior de una misma universidad las diferencias de calidad pueden ser significativas.

Algunas lecturas explican estas diferencias en términos de una segmentación asociada al origen social de los estudiantes y al destino ocupacional posterior, respondiendo por consiguiente a criterios de reproducción social.

Otra hipótesis analiza al sistema educativo en términos de mercado, alentando la inserción de las instituciones en una lógica de oferta y demanda.

Ambas explicaciones no consideran el proceso histórico concreto que condujo a la consolidación de tales situaciones. Los fenómenos educativos, señala Tedesco, deben ser analizados teniendo en cuenta la doble lógica que opera en cualquier proceso social: "la perteneciente a los requerimientos de producción del orden social (lógica del sistema) y la perteneciente a los actores sociales concretos que definen estrategias de escolarización en base al reconocimiento (o no) del valor que tiene para su perpetuación ocupar ciertas posiciones dentro del campo escolar".¹³

Modalidades del sistema prestador

Es necesario tener en cuenta que en la conformación del sistema de servicios de salud inciden una serie de determinaciones histórico-estructurales que se expresan a través de la interacción de factores -económicos, políticos, sociales y culturales- derivados del conjunto de relaciones establecidas entre los diferentes grupos que la conforman.

Relaciones que, en última instancia, remiten no solo a una diferente capacidad de apropiación de los bienes y servicios productivos, sino también a diferente capacidad de acceso a los canales de decisión, diferente capacidad de discernir opciones y, consiguientemente, de realizar elecciones.¹⁴

Cuando se reflexiona en particular sobre el fundamento de las políticas sociales del Estado, se apela en general a la doble necesidad de satisfacer las exigencias del aparato productivo (mantenimiento y reproducción de la fuerza de trabajo) y asegurar la conservación del orden político (legitimación, búsqueda de consensos). Esa definición del problema no 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 financiamiento de servicio de salud y la diferente accesibilidad a los mismos para diferentes sectores sociales, puede afirmarse que dependió, tanto en nuestro país como en otros de la región, de la interacción de tres grandes conjuntos de variables:

- a) Las necesidades del aparato productivo, medidas no solo 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 satisfacer las concepciones dominantes en torno a las posibilidades y límites de la "intervención" médica y la definición de las condiciones de "excelencia" de la atención.
- c) Las estrategias de desarrollo implementadas 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 compleja interacción determinó, en las últimas décadas, la delimitación de los tres subsectores en que se divide el sistema de atención médica, las interrelaciones, cada vez más complejas, que se establecen entre sus instituciones, la diferenciación de los sectores de población a cargo y los alcances y límites de cada una de las formas de cobertura. También incidió, por supuesto, en las modalidades que asume la práctica médica en cada uno de los subsectores, presentando diferencias en cuanto a la organización del proceso de trabajo, la índole de las prestaciones más frecuentes, el énfasis en las prácticas preventivas o curativas, las actividades dirigidas a la formación del recurso humano, las formas dominantes de captación y utilización de dicho recurso, etcétera.

En ese desarrollo, no solo las acciones sino también las omisiones del Estado han tenido peso, contribuyendo a la conformación de un determinado modelo de utilización del recurso humano en salud. La falta de control sobre la incorporación de tecnología, la abdicación por parte de los organismos públicos de su derecho a controlar la eficacia y seguridad de los recursos técnicos utilizados -ya se trate de equipos, drogas o procedimientos diagnósticos y terapéuticos- a supervisar su utilización en base a normas de acreditación y habilitación y a evaluar si su incorporación responde a las prioridades emergentes de las condiciones de salud de la población es, sin dudas, fuente de las graves distorsiones que hoy presenta la distribución de los recursos si se la correlaciona con el tipo de patología predominante.

Inserción laboral y expectativas profesionales

La importancia que tiene para el conjunto de la profesión, en algunos países de Latinoamérica, la vinculación con los sistemas de seguridad social, se pone claramente de manifiesto si se considera que aproximadamente un 80 % de los médicos tiene alguna vinculación con ese sistema. Esto no significa, sin embargo, homogeneidad de intereses en la negociación de condiciones de trabajo. Aunque los clivajes no son nítidos por la generalización del multiempleo -que supone diferentes modalidades de inserción laboral en cuanto a falta de retribución y subsector- la heterogeneidad del mercado de trabajo, la fuerte concentración de los ingresos que se hace más evidente en las últimas décadas, y la diferenciación regional en las condiciones de organización de los servicios del sector privado, suponen en buena medida la coexistencia de intereses efectiva o potencialmente conflictivos. Para obtener una mayor precisión en el análisis centraremos nuestra exposición sobre las condiciones en Argentina que, con matices, pueden generalizarse a otros países de la región.

En nuestro país la prestación de servicios a los beneficiarios de las obras sociales bajo el régimen de contratos administrados por las entidades gremiales constituyó durante muchos años la forma de ejercicio mejor considerada y retribuida en el interior de la profesión, salvo, por supuesto, aquella vinculación privilegiada con el paciente que paga su atención de manera directa, restringida a un porcentaje mínimo de la población y a un muy selecto grupo de profesionales hasta la reciente generalización de los prepagos dirigidos a los sectores de alto ingreso, que retribuyen el trabajo médico con honorarios muy superiores a los de la seguridad social. De todos modos para el conjunto de los profesionales el trabajo en la seguridad social sigue constituyendo una forma de inserción en el mercado valorizada no solo por las posibilidades de mejores ingresos, sino también porque se adecua a las tradicionales condiciones de ejercicio retribuido en base a honorarios por acto médico y libre elección por parte del paciente.

Las modalidades de trabajo asalariado, relativamente diferentes según las instituciones contratantes, son sin duda menos atractivas, en particular a partir de la declinación del prestigio del hospital público como lugar de excelencia, tanto en términos de disposición de instrumental técnico, como de formación del recurso humano profesional.

Sin embargo, un importante porcentaje de los médicos tiene al menos un trabajo en relación de dependencia. Un 50 % tiene este tipo de vinculación con el subsector privado, un porcentaje más o menos similar se inserta en el sector público, de jurisdicción universitaria, nacional, provincial o municipal. Alrededor del 20 % trabaja por salario en efectores propios de obras sociales y un 10 % lo hace en instituciones mutuales.

Aunque el referente general sea la retribución por salario y el reconocimiento de los beneficios laborales asociados a la relación de dependencia, puede haber diferencias significativas en los regímenes de trabajo. En el sector público rigen leyes de Carrera Médica a nivel nacional y en la mayoría de las provincias, pero no sucede lo mismo en algunas de las instituciones de jurisdicción municipal. La Carrera Médica supone en general garantías de ingreso por concurso, estabilidad, escalafonamiento, régimen especial de licencias y de remuneraciones, pero su vigencia puede resultar relativamente inefectiva a raíz de circunstancias políticas. Tanto bajo gobiernos militares como democráticos con alguna frecuencia se abandona la práctica del ingreso por concurso y tanto la incorporación de nuevos profesionales como el acceso a cargos jerárquicos suelen estar teñidos de discrecionalidad política.

Ese tipo de discrecionalidad suele ser también la regla para el trabajo médico en los efectores propios de la seguridad social. Las instituciones privadas, en cambio, aceptan en general las disposiciones de los respectivos Colegios (instituciones encargadas del otorgamiento y regulación de matrícula, el reconocimiento de las especialidades y la aplicación de la normativa ética) respecto a condiciones de trabajo y retribución; las mutualidades, por su parte, aplican criterios propios a la regulación del trabajo profesional.

Esa diversidad de relaciones laborales en las que puede encontrarse comprometido el mismo profesional en función del multiempleo, casi generalizado, se traduce en la práctica en una amplia estratificación de ingresos, acompañada -pero no explicada- de jornadas de trabajo de muy diferente duración aunque, en general, superiores a las 48 horas semanales que nos hemos acostumbrado a utilizar como patrón de referencia.

A esta multiforme inserción de la fuerza de trabajo médica en el sistema de servicios se suman, para acrecentar la diferenciación interna del gremio a nivel nacional, características peculiares en la organización de la oferta de servicios que en general acompañan las diferencias en el desarrollo socioeconómico de cada región.

En las provincias más desarrolladas la diversificación organizativa de la oferta de servicios es mayor, y el organismo gremial médico agrupa por lo general a los profesionales que desarrollan su práctica en consultorios individuales o agrupados en clínicas de especialidades, sin capacidad instalada de internación. Las instituciones de internación tienen su propia asociación representativa, de tipo empresarial, no gremial, al igual que las entidades dedicadas a la financiación de los sistemas de prepago, con o sin capacidad instalada propia.

En las capitales del interior, en cambio, y en las ciudades de menor tamaño en las provincias de mayor desarrollo, la diversificación es menor, y suele existir una sola entidad que nuclea conjuntamente a los profesionales y a las instituciones de internación. En estas no tiene significación el capital extramédico, y son consideradas por los profesionales como una posibilidad de ampliación en el ejercicio de su práctica y no como un lugar de valorización de capital o un competidor en el mercado. Muy por el contrario, su posición en la oferta de servicios tiene características de oligopolio, aunque su participación en la seguridad social limite parcialmente su capacidad de fijar autónomamente el precio de sus prestaciones.

Los años ochenta: crisis y agudización de la pugna distributiva

El sistema de obras sociales comenzó a "achicarse" en forma paralela al estrechamiento de la estructura productiva argentina, a partir del proceso de desindustrialización producido como consecuencia de la política económica del gobierno militar, la quiebra de pequeñas y medianas empresas, la concentración del ingreso y el crecimiento del sector informal. Todos ellos, fenómenos que comienzan a hacerse visibles en la segunda mitad de los setenta, pero se agudizan a partir de la crisis de la deuda, las políticas de ajuste que se implementan, con contradicciones, a lo largo de los años ochenta y la estanflación que constituye su único resultado tangible.

Las obras sociales ven sus recursos considerablemente disminuidos por la contracción del salario real y el crecimiento del trabajo autónomo e informal, mientras la demanda de atención médica y el costo de las prestaciones siguen una curva francamente ascendente.

La crisis fiscal y la considerable reducción del gasto estatal agudiza el deterioro de los efectores del subsector público que, sin embargo, se ven obligados a dar respuesta no solo a su clientela tradicional, la población pauperizada, sino también a los "nuevos pobres", desplazados del sistema de cobertura social por la pérdida de su empleo o bien por no poder hacer frente a la exigencia de pago de coseguros por parte de las obras sociales y/o de honorarios diferenciales por cuenta de los médicos.

También las mutualidades y prepagos dirigidos a los sectores más débiles de la clase media comienzan a tener dificultades financieras.

La percepción generalizada de la insuficiencia del sistema de servicios para cubrir la demanda de atención médica de la población y, al mismo tiempo, las expectativas de ingreso de los profesionales y técnicos integrados al sistema, desencadenó la pugna distributiva.

En una aproximación muy general, pueden detectarse referentes de la misma por lo menos a nivel de las conductas individuales y grupales de los prestadores, los conflictos con otros prestadores del sistema de obras sociales y con las entidades financieras y la diferenciación que se produce en el interior del gremio.

En un lúcido análisis de la morfología y dinámica de los mercados de salud, Jorge Katz afirma:

"En los hechos, estos grandes grupos de prestadores productores de bienes y servicios para el cuidado de la salud, compiten entre sí por una cierta masa de recursos fungibles, cuya transferencia en una u otra dirección ocurre por vía del sistema de precios. Así, los precios relativos arancel médico/arancel sanatorial, arancel médico/precio de medicamentos, arancel sanatorial/precio de medicamentos, etcétera, se constituyen en poderosos instrumentos de transferencia de ingresos en el seno del mercado de la salud y, por ende, en tema central de negociación y presión política entre los varios agentes participantes, los entes "paraestatales" -INOS y Obras Sociales individuales y la Secretaría de Salud Pública de la Nación."

Poco más adelante, después de un desarrollo particularizado que no es posible incorporar aquí, concluye:

"...llegados a este punto de nuestra argumentación, estamos en condiciones de comprender un hecho crucial relacionado con la organización social de la medicina en nuestro medio, así como la creciente nómina de conductas restrictivas sobre prestación en materia de consultas y prácticas médicas, uso excesivo de medicamentos, sobrefacturación de insumos, tasas de cirugía anormalmente elevadas, cobro de "bonos complementarios", etcétera, que gradualmente fueron apareciendo y consolidándose en el escenario local.

"Esas conductas constituyen sin duda la respuesta de los varios agentes prestadores que operan en mercados imperfectamente competitivos y que enfrentan la creciente restricción de recursos que padece el sector y la sostenida puja distributiva, a través de acciones "perversas" destinadas a captar recursos relativamente móviles".¹⁵

En esa pugna, uno de los objetivos manifiestos de la corporación médica fue redimensionar el gasto en medicamentos, que cubría proporciones variables, pero significativas y crecientes del gasto en atención médica en los tres subsectores. El compromiso de la profesión con la racionalización del gasto en fármacos la condujo a abandonar uno de sus principios más arraigados, la defensa de la libertad de prescripción, haciéndose cargo el gremio de la elaboración y aplicación de un formulario terapéutico.

También reaccionó defensivamente la profesión médica ante la puesta en marcha por parte de las instituciones financiadoras de nuevas modalidades de contratación y remuneración: convenios cerrados, sistemas modulares o de pago globalizado. Tales intentos de racionalización del gasto, junto a otros -a veces permeados de presión corporativa sindical- de mayor control y fiscalización por parte del Estado, han provocado alarma y oposición en las entidades gremiales prestadoras.

Principales problemas detectados en el sistema formador de recursos humanos y el sistema prestados de servicios de salud en Argentina

1. Fuerte contradicción entre lo que se postula como objetivo de la formación de pregrado (énfasis en medicina general, atención primaria de la salud, respuesta a las necesidades prioritarias de salud de la población) y una práctica orientada hacia la especialización temprana y la sobreespecialización, fenómeno que se visualiza desde los últimos años del pregrado.
2. La oferta educativa de posgrado, orientada a la formación de especialistas, no constituye un sistema coherente en función de objetivos claramente definidos, respondiendo en los hechos a los requerimientos del mercado de servicios de salud. Esta oferta educativa tiene un carácter anárquico, fragmentario, con regulaciones muy débiles, con bajos niveles de exigencia que posibilitan acceder a la especialidad a través de diversos mecanismos disímiles que, además, se han deteriorado en los últimos años: carreras de posgrado, residencias, concurrencias y cursos de actualización y perfeccionamiento. Estos últimos de muy diversa calidad y que generalmente no responden a requisitos que garanticen una adecuada capacitación.
3. La orientación de los contenidos en los diversos mecanismos de formación de especialistas responde a la misma concepción biologista, reparadora e individualista del pregrado y que conforman el modelo de práctica dominante.
4. Creciente devaluación de los créditos educativos de pre y posgrado frente a las mayores exigencias de los mercados de servicios de salud.
5. Disminución marcada de la oferta educativa en relación a la creciente demanda de estudios de posgrado.
6. La subutilización de profesionales calificados desarrollando tareas de baja calificación (subocupación por calificación).
7. Deterioro, desactualización e inadecuación de las tradicionales escuelas de salud pública frente a desafío que imponen los cambios sociales, culturales y sanitarios vividos en el país en la última década.
8. Aumento significativo de la demanda de capacitación en el área de epidemiología, ciencias sociales aplicada a salud y administración de servicios, que no es satisfecha adecuadamente por las instituciones responsables de la formación y desarrollo del recurso humano en salud.

9. El deterioro de las instituciones encargadas de la formación en las áreas tradicionalmente asociadas a la salud pública y la demanda emergente han producido la aparición de gran variedad de cursos que solo satisfacen parcialmente las necesidades de formación en el campo, particularmente en lo que respecta al insuficiente desarrollo de los instrumentos que permitan operar con eficacia sobre la realidad. El predominio de los contenidos teóricos determina su carácter motivacional, limitándolos a la trasmisión de información, carecen de sistematización, son episódicos y en su mayoría quedan en un nivel introductorio de las disciplinas que abordan. Las exigencias de dedicación en tiempo e intensidad impiden un adecuado proceso de aprendizaje que signifique enriquecimiento de la práctica profesional.

10. En el campo de las ciencias sociales en salud y epidemiología se carece de residencias, maestrías y, por consiguiente, niveles académicos de jerarquía superior.

11. La fuerza de trabajo en salud que desarrolla su actividad en los programas de atención primaria en zona urbana, no ha recibido una capacitación que dé respuesta satisfactoria a los servicios de los mismos, desempeñándose de acuerdo a las pautas tradicionales que caracterizan la atención médica de demanda espontánea.

12. En un contexto de grave crisis socioeconómica, con políticas sociales profundamente afectadas por ella, el sistema de servicios de salud padece restricciones crecientes que no aseguran una adecuada inserción laboral a la fuerza de trabajo en salud, particularmente los profesionales, que se siguen produciendo en gran número por las universidades argentinas.

13. El impacto de la crisis, agudizado por los recientes fenómenos de hiperinflación y recesión consiguiente, afecta en forma diferente los distintos componentes del sistema de salud.

En el sector público, la severa restricción presupuestaria determina por un lado escasez de recursos materiales y humanos y, por el otro, un incremento de la demanda de atención por parte de una población con cobertura teórica a través de la seguridad social que en la práctica, como consecuencia de la crisis se ha transformado en población en situación de indigencia médica.

En el sector vinculado a la seguridad social la desfinanciación supone una reducción marcada de los efectores privados, con el consiguiente cierre parcial o total de fuentes de trabajo, provocando fenómenos de subocupación y desocupación.

14. El deterioro de las condiciones de trabajo profesional afecta en forma diferente a la fuerza de trabajo en el sector público y en el privado subsidiario de la seguridad social.

En el sector público, si bien existen estatutos o carreras profesionales que garantizan los derechos básicos del trabajador asalariado (ingreso por concurso, escalafón, régimen profesional, beneficios sociales, licencias), las muy bajas remuneraciones y las malas

condiciones técnicas para un adecuado desempeño profesional provocan desaliento, incumplimiento de la jornada de trabajo y, en consecuencia, agravan aún más la ya baja calidad de la atención y el deterioro de las relaciones del profesional con la institución y con la población que se asiste.

En el sector privado subsidiario de la seguridad social cabe diferenciar dos situaciones que con frecuencia coexisten en el mismo sujeto: una modalidad de relación de dependencia, pero sin una normativa contractual similar a la del sector público y con una marcada ausencia de isonomía salarial que se expresa en ingresos entre seis y diez veces superiores a los de los trabajadores del sector público por trabajos de igual calificación e intensidad horaria.

Otra modalidad caracterizada por el sistema de libre elección y pago por unidad de servicio, se ha constituido en los últimos años en un verdadero trabajo a destajo, que obliga a jornadas muy prolongadas, y se expresa en multiocupación sin ningún tipo de protección social, ni acceso a los mínimos derechos de cualquier trabajador.

15. La incorporación crítica de tecnología, en particular la de alta complejidad, distorsiona la práctica profesional otorgándole racionalidad en función del lucro y no de las necesidades de salud de la población.

16. La investigación en tanto producción de conocimiento útil para el desarrollo de los recursos humanos, no es reconocida como una necesidad primordial ni por los servicios de salud, ni por la Universidad, por lo que existen muy poco y muy limitados estudios que abordan esta problemática.

17. Salvo una escasa y dudosa información sobre cantidad y distribución del personal de salud, no hay una producción científica que sea un aporte significativo a la solución de los problemas reconocidos.

18. La falta de investigaciones epidemiológicas aplicadas al estudio de los procesos de salud-enfermedad se traduce en el desconocimiento del patrón patológico de la población, lo que no permite definir y caracterizar un perfil profesional acorde con los requerimientos de un sistema de salud que asegure eficacia, eficiencia y equidad.

19. Ausencia de políticas explícitas en el área de desarrollo de recursos humanos por parte de las autoridades responsables del sector salud. Como consecuencia de esta falta de definiciones no se promueve la producción de conocimiento en este campo, no se impulsan experiencias de integración en los servicios de la docencia y práctica investigativa; no se desarrollan actividades sistemáticas de educación permanente; por último, no se crean los mecanismos para incorporar a la formación y práctica profesional los conocimientos que la epidemiología y las ciencias sociales hoy pueden brindar para una mayor eficacia en el tratamiento de los problemas de salud-enfermedad.

Las propuestas para el futuro

Si el diagnóstico para Latinoamérica puede desdeñar las especificidades locales en procura de enfatizar la importancia de los problemas comunes, no sucede lo mismo cuando se trata del diseño de políticas. En este caso la relación de fuerzas a nivel local suele ser un espacio significativo que no puede dejar de ser considerado.

Sin embargo, pueden señalarse en la bibliografía especializada algunos contenidos con valor general, que solo con ese sentido recuperamos para cerrar esta ponencia.

En primer lugar, parece indispensable hacerse cargo de la necesidad de seguir formando especialistas de manera de desarrollar en los profesionales las capacidades y actitudes que favorecen el trabajo en equipo.

Con ese objetivo se recomienda¹⁶ la inclusión de las ciencias sociales y la epidemiología en los currículos de formación de especialistas, como manera de favorecer la comprensión y el diagnóstico de los problemas complejos y la necesidad del trabajo interdisciplinario para su resolución. De ese modo se desarrollarán aquellas capacidades relacionadas con la elaboración de diagnósticos, la comprensión de las dimensiones éticas del trabajo profesional y la capacidad para seguir incorporando conocimientos a lo largo de su actividad laboral.

En segundo término, es indispensable abordar críticamente la tendencia a la rigidez y estandarización perceptible en la formulación de los currícula profesionales, flexibilizar las normas que regulan el ingreso a las profesiones y poner en cuestión los mismos contenidos de conocimiento básico y aplicado que se integran a los planes de estudio, con el objeto de facilitar la producción y difusión de las innovaciones.

Es necesario también proporcionar alternativas valoradas para quienes desean formarse como organizadores y administradores de proyectos o equipos interdisciplinarios o interprofesionales, función desempeñada actualmente por profesionales sin formación específica.

Como un primer intento de síntesis orientado a construir el contexto donde se inserten las perspectivas de futuro pueden recuperarse las propuestas presentadas por Pedro Brito en la reunión de Santo Domingo, 1990. Se habla allí de "avanzar en la reorientación de la formación en salud en función del proceso de salud-enfermedad, como objeto de estudio y de transformación".¹⁷ La comprensión integral de dicho proceso supondría dar cuenta de sus aspectos biológicos y sociales, en una perspectiva histórica, compleja y dinámica que se integre a las políticas de cambio en búsqueda de un efectivo trabajo interdisciplinario.

En segundo término se propone "redefinir las prioridades de investigación en el sentido de fortalecer las áreas de necesidades de salud y de respuestas sociales a dichas necesidades". Sin olvidar que el fortalecimiento de los grupos de investigación y docencia sólo puede efectivizarse creando las condiciones materiales, técnicas y financieras para ese fin.

Por último, se integra la necesidad de construir la capacidad institucional para el planteamiento educacional con orientación estratégica, mirando hacia el futuro. De este modo se comienza a articular la propuesta técnica con contenidos políticos.

En efecto, más allá de la reformulación de contenidos que se insertan en la esfera de lo específicamente técnico, no puede dejar de abordarse el aspecto sociopolítico del problema, particularmente en esta coyuntura de cambios y confrontación de diferentes modelos de organización social.

La peculiar instrumentalidad que parecen adquirir las propuestas neoliberales cuando se trata de hacer frente a exigencias de adecuación a las nuevas pautas que enmarcan la reconversión productiva y la reforma del Estado, puede estimular su aceptación acrítica. Las condiciones del nuevo orden internacional y los límites evidentes que los países latinoamericanos deben superar para integrar sus sociedades y economías a las exigencias que tales condiciones supone, aparecen como determinantes "fuertes", insoslayables, cuyo rechazo solo puede acarrear demoras y colocar nuevos obstáculos por lograr objetivos que no se presentan como fruto del "consenso", sino de la "necesidad".

Es probable que eso suceda no solo por la fuerza con que la propuesta neoconservadora se ha ido progresivamente imponiendo y la particular racionalidad que ha construido, sino también por la debilidad de las visiones alternativas, que en general se reducen a apelar inútilmente a la creación de las condiciones del pasado.

La construcción de nuevos modelos de articulación entre Estado y Sociedad debe abordarse como propuesta política, obra de actores sociales y políticos capaces de articular valores sociales de reconocimiento universal con la aceptación de nuevos parámetros de racionalidad y eficiencia asociada a la reforma del Estado. La concepción del actor, en tanto sujeto social individual o colectivo capaz de construir alternativas para las relaciones sociales que enmarcan sus condiciones de vida y de trabajo, debe enmarcar también cualquier propuesta de cambio en el interior de las instituciones del sector salud.



REFERENCIAS

1. CALDERON, FERNANDO; DOS SANTOS, MARIO. "Hacia un nuevo orden estatal en América Latina". Conferencia Regional PNUD/UNESCO/CLACSO, Buenos Aires, abril de 1990. Mimeo.
2. Idem.
3. "El precio del saber". Nueva Sociedad 107: 68-69, Caracas, mayo-junio de 1990.
4. BRUNNER, JOSE JOAQUIN. "Universidad, Sociedad y Estado en los 90", Nueva Sociedad 107:70-76, Caracas, mayo-junio de 1990.
5. TENTI FANFANI, EMILIO. "Las profesiones modernas; crisis y alternativas" en Gómez Campo, Víctor Manuel y Tenti Fanfani, Emilio. Universidad y profesiones. Crisis y alternativas. Miño y Dávila Editores, Buenos Aires, 1989.
6. "Las profesiones modernas... op. cit. pag. 50.
7. TENTI FANFANI, EMILIO. op. cit.
8. BELMARTINO, SUSANA. et al. "El mercado de trabajo médico y la producción de servicios de salud en Argentina". Cuadernos Médico Sociales 36:3-22, junio de 1986.
9. FRENK, J., HERNANDEZ LLAMAS, H., ALVAREZ, K. "El mercado de trabajo médico". UAM-XOCHIMILCO, México, 1980.
10. CENTRO DE ANALISIS Y PROGRAMAS SANITARIOS. Sistema sanitario y personal médico, 1970-1990, Barcelona, 1985.
11. Citado por DE CAMPOS, FRANCISCO EDUARDO. "Estructura y dinámica de la fuerza de trabajo en salud en América Latina y su interacción con las prácticas de salud en 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. Santo Domingo, marzo de 1990: 107-115.
12. TEDESCO, JUAN CARLOS. El desafío educativo. Calidad y democracia. Grupo Editor Latinoamericano, Buenos Aires, 1987.
13. op. cit. pág. 68.
14. BELMARTINO, S. et al. op. cit.
15. KATZ, JORGE; MUÑOZ, ALBERTO. Organización del sector salud: puja distributiva y equidad CEPAL, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1988.
16. BRITO, PEDRO. "La universidad y las prácticas de salud en el contexto actual de América Latina" en la Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población, op. cit. 31-50, pág. 47.

COMENTARIO

PAPEL DE LA UNIVERSIDAD EN LA PRACTICA DE SALUD

Ana Luisa Velandia

Colombia

No habiendo tenido oportunidad de conocer con anterioridad a su presentación las ponencias del día de hoy, en vez de hacer un comentario a las mismas, deseo plantear una serie de reflexiones personales, producto de mis experiencias como docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Retomaré algunos aspectos planteados en mi trabajo presentado ayer en la Sala 3, "Análisis de los criterios de evaluación en la formación de personal de salud".

Seguramente mis planteamientos son discutibles y precisamente eso es lo que pretenden: contribuir al debate con el objeto de ampliar y profundizar su discusión.

Frente a las evidentes necesidades de atención en salud de nuestras poblaciones y la también evidente falta de cobertura en la prestación de los servicios, nuestro interés como trabajadores de la salud en contribuir en la solución del problema nos puede llevar a convertir la Universidad en una institución prestadora de servicios, lo cual por una parte, no es su función y por otra, produce como efecto:

- La creación de prácticas "continuas" en programas "pilotos", o en condiciones "experimentales", alejados de la realidad.
- Una dualidad con el sistema de servicios de salud, propiciando programas "independientes" o aislados del mismo.
- Además, programas establecidos para élites o grupos seleccionados que no necesariamente corresponden a los grupos epidemiológicos que más requieren de nuestros servicios profesionales.

A mi manera de ver, existen dos formas básicas de relacionar los sectores que confluyen en salud: el de prestación de servicios y el educativo.

Una forma, lo que surge de la lógica formal, y según la cual es el sector de los servicios quienes conociendo sus necesidades de personal, conforme a las necesidades de salud de la población y a la forma de abordaje del problema que desean, solicita al sector educativo la formación del personal que consideran necesario.

La otra forma deja en manos del sector educativo la iniciativa en la formación del personal de salud, tanto en la calidad y tipos del mismo como en la orientación y enfoque en su formación. Esta segunda forma parece ser la que se sigue en la mayoría de nuestros países, lo cual, si bien representa una ventaja para el sector educativo, por la autonomía que le da, significa en últimas una responsabilidad demasiado grande, que nos debe obligar a pensar en ellas con mayor detenimiento.

Parace entonces que muchos de los cambios en el sector de los servicios de salud, resultan en verdad, impulsados desde el sector educativo que saca al mercado nuevos productos con nuevas características y obliga al "consumidor" a ubicarlos más o menos como el sector que los produce desea que se haga. Vemos entonces en la realidad que surge un conflicto de objetivos dado por un "triple interés":

a) del sector de servicios, que aboga por un personal acorde con las necesidades de salud y las condiciones de los programas asistenciales que ellos deberán poner a funcionar (entre ellas la escasez, cada vez más agudizadas por las crisis de los recursos económicos del sector), lo cual los ha llevado a solicitar la formación "rápida" y por consiguiente "barata" del personal de salud;

b) del sector educativo, interesado en el nivel académico de su producto, en el desarrollo científico tecnológico de la respectiva disciplina o mejor sea decir en este caso, de su profesión, lo cual lo lleva a ampliar la dirección de los pregrados, a crear postgrados y muchas veces a hacer investigación no orientada por las necesidades de la prestación de los servicios, sino investigación "per se" porque ella da "imagen académica" o mejora sus ingresos.

c) del personal de salud, que por su parte, está movido por otros intereses, los que surgen de su papel como "trabajadores" de su vida cotidiana. A ellos, como gremio, entonces les preocupa el desempleo, los salarios injustos, y en general, las inadecuadas condiciones de trabajo.

Observando fríamente este estado de cosas, salta a la vista la necesaria combinación de intereses, de diálogo conjunto, la indispensable negociación.

Y en este caso, nuestro compromiso (hablar desde el sector de la Educación), es preocuparnos por encontrar la mejor forma de obtener un producto que sirva a los intereses del sector de prestación de servicios y a lo cual, en mi modo de pensar, puede contribuir:

- La interdisciplinariedad, entendida como comunicación interdisciplinaria, que se debe dar precisamente para "incorporar y utilizar" y no para "disolver" de alguna manera el saber de un campo del conocimiento en otro.

Es decir, que al hablar de trabajos interdisciplinarios, este no se entiende como la sumatoria de enfoques, sino la convergencia armoniosa de varias disciplinas desde el inicio de los programas, desde los proyectos con tal de lograr una interpretación comprensiva y un referente metodológico unificado.

- La investigación como herramienta mediatizadora entre la educación y la prestación del servicio.
- Lo cual coloca a la universidad en lo que debe ser: el punto de convergencia con la sociedad.
- Para lo cual deben fomentarse actitudes positivas hacia la investigación desde el pregrado, insistiendo en ella como uno de los roles de desempeño de cada profesional.

Finalmente, deseo hacer una consideración necesaria que surge al analizar el hecho de la departamentalización de muchas universidades que ha traído como consecuencia la mala costumbre de asimilar la salud colectiva, pública o social, como lo queremos llamar a una unidad administrativa delegando la responsabilidad en sus docentes, en vez de constituirse en lo que debe ser: un enfoque general que oriente toda la formación del profesional de salud, tanto en sus actividades básicas como prácticas, tanto de investigación como de asistencia y que comprometa a todos los docentes de la carrera y no solo a los que dictan la asignatura con la cual se fragilizan las conciencias o se adornan los planes de estudio.

COMENTARIO

LA UNIVERSIDAD Y LAS PRACTICAS EN SALUD EN AMERICA LATINA

José A. Fernández Sacasas

Cuba

Introducción

Quiero comenzar por agradecer a los patrocinadores de este magno evento, la oportunidad que se me brinda de actuar como comentarista del importante tema "La Universidad y las prácticas de salud en América Latina".

De las ricas y fecundas presentaciones realizadas tanto en el transcurso de este evento como en las reuniones de los grupos interdisciplinarios que lo precedieron,¹ en particular, el encargado de abordar el tema que nos ocupa, que hubo de reunirse bajo la responsabilidad de ALAFEM/UDUAL, en la hermana República Dominicana, en marzo de 1990, me permito expresar en apretada síntesis algunas reflexiones sobre aquellos aspectos que a mi juicio pudieran en alguna medida patentizar las experiencias y concepciones al respecto de la educación médica cubana.

La práctica de salud como práctica social

El concepto de práctica de salud no debe ser restringido exclusivamente al de práctica médica, odontológica o de enfermería, por muy relevantes que las mismas resulten. Debe comprender una perspectiva más abarcadora e incluir las formas sociales de dar respuestas a las necesidades de la población en materia de salud. Ello implica las formas de organización de la atención a la salud así como otros componentes extra sanitarios o intersectoriales determinantes de la salud de la población.

Como es social la esencia de la salud humana las acciones tendentes a su preservación van más allá de la atención médica, para comprender distintos sectores de la economía y la sociedad, como educación, vivienda, nutrición, empleo, entre otros.

Relación entre las prácticas en salud y los procesos de formación de recursos humanos

Existe un proceso de interacción y acondicionamiento mutuo entre el sistema de educación médica y el sistema de prestación de servicios, en el que este último resulta determinante, principalmente a través de la estructura del mercado de trabajo. No quiere ello decir que las instituciones formadoras asuman necesariamente un rol pasivo, por el contrario tienen un margen de autonomía relativa de gran significación política al abrir espacios de lucha ideológica y técnica, que pueden contribuir a la búsqueda y materialización de transformaciones sociales que permitan alcanzar sistemas de salud congruentes con las necesidades de toda la población. Este enfoque supera el dilema: no hacer nada hasta que se transforme la sociedad vs la pretensión de transformar la sociedad a partir de cambios académicos.

Tanto las prácticas en salud como en educación médica están socialmente condicionadas, esto es, tienen un carácter histórico-concreto pues aparecen, se desarrollan y se transforman según la formación socioeconómica, de acuerdo con la base económica de la sociedad. En las sociedades divididas en clases antagónicas las prácticas de salud van a estar necesariamente diferenciadas según se dirijan a dar respuesta a las necesidades de los propietarios de los medios de producción o a las masas de desposeídos. Solo en América Latina se calcula que en la actualidad 130 millones de habitantes no tienen acceso a los servicios básicos de salud.²

La Declaración de Alma Ata (1978), suscrita por la mayoría de los gobiernos de nuestra región, denuncia como política, social y económicamente inaceptable la desigualdad existente en el estado de salud de la población entre los países, así como dentro de cada país y postula la obligación de los gobiernos de cuidar de la salud de los pueblos.

Sin embargo, asistimos a un auge inusitado de corrientes neoliberales y privatizadoras que, como fórmula para enfrentar la crisis económica y social de la región, propugnan que el Estado se desentienda del compromiso de cuidar con equidad la salud de la población, convirtiéndose la misma en una mercancía sujeta a las leyes del mercado.

Patrones de salud y modelos de atención

El panorama de salud de América Latina con toda propiedad ha sido calificado de desalentador, como puede inferirse de algunos indicadores presentados:²³ baja esperanza de vida al nacer, altas tasas de analfabetismo, deterioro de la salud ambiental, presencia simultánea de morbilidad por enfermedades transmisibles y carenciales con enfermedades crónicas no transmisibles. Viejas y nuevas dolencias que abaten nuestros pueblos, cuya dramática expresión de actualidad son el cólera y el SIDA.

Los países de la región tampoco disponen de sistemas de salud acordes a las necesidades de sus pueblos. Son inaccesibles para gran parte de la población, se concentran en las grandes ciudades y su dotación y organización son deficitarias.

Las seis metas mínimas establecidas por los países pertenecientes a la OPS para conseguir salud para todos en el año 2000, ya sabemos que no van a ser logradas por nuestra región como conjunto ni por la mayoría de los países que la integran.

No existe concertación de esfuerzos entre las instituciones formadoras y las instituciones prestadoras de servicios de salud. La mayoría de las escuelas y universidades no disponen de espacios de integración con los servicios de salud y con el desarrollo de las investigaciones. Así se ha precisado,⁴ que el 70 % de las escuelas no participa con los servicios de salud y solo el 17 % de ellas utiliza la atención primaria como espacio docente.

El modelo educativo no parte de los problemas y necesidades de salud de la población. El papel de la Universidad ha sido el de reproducir las prácticas de salud hegemónicas, esto es, el modelo educativo reproduce el modelo médico (incluye también al odontológico y de enfermería) dominante o hegemónico, caracterizado por su enfoque curativo individual, que mantiene como eje diagnóstico el uso de una sofisticada tecnología y como eje terapéutico el uso de fórmulas y procedimientos de alta tecnología, dirigido a una minoritaria capa de consumidores.

El mercado de trabajo abarca distintos sectores: público, privado y de seguridad social. La crisis económica y social de la región ha provocado una drástica reducción en el presupuesto de salud pública que también impacta los sistemas de seguro social, con incremento notable del desempleo y subempleo del personal de salud, que no es raro encontrar trabajando en otras áreas ajenas al sector. Se da así la alienante contradicción de profesionales de la salud desempleados a pesar de estar desatendidos amplios sectores de población.

Esta desatención pública a amplios sectores de población ha generado espacios para el desarrollo de prácticas de salud alternativas, no profesionales, para intentar dar respuesta a las apremiantes necesidades de salud de esos sectores. Abarca un amplio abanico desde la llamada medicina popular, tradicional o folclórica hasta los promotores de salud, trabajadores sanitarios y otro personal con preparación técnica media.

Las prácticas alternativas requieren un enfoque crítico que las justiprecie como práctica histórico-concretas, buscando superar el dilema, por un lado, de su aceptación acrítica, que conlleva la implícita justificación de la desatención por el Estado de la salud de la población con el nivel de desarrollo científico técnico contemporáneo y, por el otro lado, de su rechazo por presunciones tecnocráticas, desconociendo la contribución de la propia comunidad en la identificación y solución de sus problemas de salud.

El fenómeno de la medicalización se opone a la sociedad cuando los profesionales de la salud tienen intereses y objetivos divergentes de los de la población que atienden. La contradicción pierde su carácter antagónico cuando aquellos se convierten en un recurso de la comunidad, se identifican con ella y la sirven desinteresadamente, compartiendo sus problemas y esperanzas.

La misma contradicción se da en relación con la llamada alta tecnología. Existe la tendencia a la aceptación acrítica de transferencias tecnológicas de los grandes centros de poder, identificándola con medicina de alta calidad, no siempre justificada, actuando tanto los profesionales de la salud como el público de agentes inconscientes de las transnacionales que las producen, con el consiguiente encarecimiento de la atención de salud y desvío de recursos de otras áreas más sensibles en cuanto a costo-beneficio. Asimismo hay que tomar distancia del rechazo o negación de los adelantos tecnológicos, a los que la población también tiene derecho. Con toda razón se ha señalado que la tecnología no es buena ni mala, lo importante es su utilización racional en el marco de un proyecto coherente de salud, así como la evaluación de su eficiencia:

La experiencia cubana: un modelo contrahegemónico

En distintos momentos de este evento, desde su misma fase preparatoria, se ha abogado por la construcción en la región de un modelo contrahegemónico de atención de salud. Sin que nadie suponga que en un afán terapéutico estamos proponiendo recetas sociales para dar respuesta a situaciones cuya solución compete a cada país encontrar en correspondencia con su peculiar desarrollo histórico cultural, político e idiosincrasia, consideramos obligado hacer referencia breve y concisa a la experiencia cubana como modelo contrahegemónico en nuestra América.

La Revolución cubana en apenas tres décadas de desempeño, sorteando peligros, agresiones y dificultades de toda índole, ha transformado el panorama social y sanitario del país, exhibiendo nuestro pueblo un nivel de salud comparable al de los países más desarrollados. Las metas trazadas para la región en busca de obtener salud para todos en el año 2000, desdichadamente inalcanzables para esa fecha por la mayoría de nuestros pueblos, ya han sido con creces superadas en el caso de Cuba. Ello ha sido posible por la puesta en marcha de un plan coherente de desarrollo económico y social en el que la salud y la educación han sido declarados sectores prioritarios.

Junto a medidas intersectoriales como asegurar empleo, nutrición, educación, deporte y seguridad social, las medidas intrasectoriales, integradas a las anteriores, se expresan en la creación de un sistema nacional de salud, que garantiza la atención integral de salud de forma universal y gratuita a toda la población sobre la base de su activa participación en las acciones de salud.

En 1984 comienza el desarrollo de un nuevo modelo de atención primaria en salud mediante la implantación del Plan del Médico de Familia, que actualmente ya brinda cobertura al 57 % de la población del país.⁵ Unos 8500 médicos desarrollan su trabajo en atención directa a la población, como médicos de sectores y unos 3400 laboran en centros laborales, escuelas, círculos infantiles, hogares de ancianos y otras instituciones.

El modelo está basado en el enfoque clínico, epidemiológico y social de los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad. Comprende 1 médico y 1 enfermera cada 120-140 familias (600-700 personas). Cumplen para ese universo funciones de promoción, prevención, diagnóstico temprano, recuperación y rehabilitación dirigidas tanto a quienes solicitan atención como a los que no lo hacen.

Disponen de una casa-consultorio para el desempeño de su trabajo lo cual resulta de la mayor relevancia al determinar la convivencia permanente en servicio del equipo de salud dentro de la comunidad que atiende, compartiendo todos sus problemas y participando en su práctica social concreta. Se convierte como planteaba el Comandante Fidel Castro, el máximo impulsor y defensor de este revolucionario modelo, en el guardián de la salud de la población, en su asesor y procurador en materia de salud.

La participación activa de la comunidad a través de sus organizaciones en los programas de salud, tanto en su etapa de planificación, como de ejecución y evaluación, le confiere al modelo un protagonismo popular que complementa y equilibra la acción del equipo profesional.

Al mismo tiempo los médicos cursan la residencia por tres años, de medicina general integral. Esta es una nueva especialidad que viene a sacar de su relegación a la práctica de campo amplio, equiparándola al resto de las especialidades del segundo y tercer niveles de atención en los órdenes profesional, académico y científico. Se equilibra así la tendencia creciente a la super especialización y a la fragmentación de la práctica médica, rescatando como su principal herramienta la relación médico-paciente, esta vez extendida a la familia y la comunidad.

El médico y la enfermera de familia constituyen la piedra angular de la atención primaria y del sistema de salud. No están aislados en su quehacer profesional. Pertenecen a un grupo básico de trabajo del policlínico. Este le sirve de centro de referencia e interconsulta, de apoyo científico-técnico y de insumos, así como para la realización de actividades docentes e investigativas.

El policlínico cuenta con profesores universitarios a tiempo completo de Medicina General Integral, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y Psicología y, a tiempo parcial, de otras especialidades, como Psiquiatría, Dermatología, Oftalmología y otras. El policlínico está integrado al sistema local de salud, disponiendo de los servicios del Centro Municipal de Higiene y Epidemiología, así como de los hospitales locales o provinciales. También tiene acceso al nivel terciario de atención.

Se ha desarrollado un modelo de educación médica congruente con la práctica de salud centrada en el sistema de médico de familia.⁶ El currículum vigente, tanto en Medicina como Odontología y licenciatura en Enfermería, posibilita el tránsito de los educandos por todos los espacios del sistema de salud en el contexto de la integración docente asistencial-investigativa. Los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad han servido de punto de partida y eje conductor del desarrollo y perfeccionamiento de nuestros planes de estudios y de todo el subsistema de educación médica.

La forma predominante de enseñanza aprendizaje es la educación en el trabajo, mediante la cual se insertan grupos de estudiantes en el quehacer de equipos de salud tanto en la atención primaria como secundaria y terciaria, participando en una práctica transformadora de la situación de salud abordada.

Los estudiantes de Ciencias Médicas participan activamente en los diseños y reformas curriculares, evaluando sistemáticamente el desarrollo de los planes de estudio y la calidad de su ejecución desde la base. Existe una permanente interacción entre las organizaciones estudiantiles y la dirección universitaria que resulta determinante para conseguir el objetivo común de perfeccionar la asistencia, la docencia y la investigación.

Todos los egresados de Ciencias Médicas tienen asegurado su puesto de trabajo en el Sistema Nacional de Salud: 70 % en la atención primaria y el resto en otros puntos de la red de servicios.⁷ Asimismo, tienen garantizado estudios de posgrados como la residencia de Medicina General Integral que convierte a los médicos en especialistas de 1er. grado y sirve de vía a los interesados por otra especialidad, para acceder a una especialización de 2do. grado.

La formación ampliada de profesionales de la salud en la última década va a permitir dar cobertura al 100 % de la población con el sistema del médico de familia para el año 2000.

Epílogo

La Universidad latinoamericana desde los tiempos de Córdoba, ha sabido proyectarse en un compromiso hacia el desarrollo de prácticas sociales al servicio de las grandes mayorías de nuestros países. La solidaridad activa entre nuestras universidades y pueblos resulta hoy más necesaria que nunca.

En la actual coyuntura política, económica y social de la región y el mundo, debemos desplegar todos los esfuerzos hacia la integración cultural y económica de nuestros pueblos, con miras a preservar nuestro común legado histórico y cultural, así como afianzar nuestra independencia política y liberación económica que asegure a las actuales y futuras generaciones de latinoamericanos un lugar decoroso en el concierto de las naciones libres del orbe.

En ese empeño, como es todo lo que signifique mayor libertad, progreso y felicidad para los pueblos de nuestra América, pueden estar confiados que Cuba desde ya se encuentra, como siempre, en la primera línea de combate.

REFERENCIAS

1. La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población: Informes técnicos de los núcleos latinoamericanos: Quito, Ecuador (1989), Santo Domingo, República Dominicana (1990) y Caracas, Venezuela (1988).
2. Castellanos, P.L.: Perfil socioepidemiológico y escenarios cambiantes para las prácticas en salud en América latina. En obra citada en (1), pág. 119.
3. Yépez, R.: Educación y nivel de salud de la población. En obra citada en (1), pág. 43.
4. Brito, P.: La Universidad y las prácticas de salud en el contexto actual de América Latina. En obra citada en (1), pág. 107.
5. UNICEF, UNFPA, OPS/OMS, MINSAP: El Plan del Médico de la Familia en Cuba, 1991.
6. Ilizástegui Dupuy, F.; El diseño del nuevo plan de estudio de medicina. La Habana, 1984.
7. Rojas Ochoa, F.: La Universidad y las prácticas alternativas en salud. En obra citada en (1), pág. 213.

CONTRIBUCION DE LA UNIVERSIDAD A LA ATENCION PRIMARIA Y A LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Carlos Valdivieso Montoya
PERU

Deseo expresar a los Organizadores de esta Conferencia Integrada, mi agradecimiento por la oportunidad que me dan para que, a nombre de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) y de la Facultad de Odontología en especial, pueda presentar algo de lo que estamos haciendo y pensando hacer a estas alturas en que al empezar la década del 90, consideramos debe ser, más que el pensar y escribir, el hacer, en pos de soluciones efectivas.

Las últimas dos décadas nos ocuparon tiempo y logramos experiencia en un largo ejercicio de práctica-teoría-práctica, y mediante el pensar, el discutir, el proponer, el experimentar, el poner en práctica, el acordar y el escribir. Escrito hay bastante y tenemos en ello mucho de todo lo que hay por hacer y qué se puede hacer. Mas consideramos por lo menos quienes hemos cumplido un largo camino en la Universidad regidos por una nueva orientación a lo que debe ser, buscando promover salud para todos mediante la Atención Primaria, que éste debe ser el principal e indispensable objetivo por lograr, si recordamos las palabras de un maestro venezolano: "El mal acabaría por vencernos, y no podemos permanecer impasibles."

Hoy más que nunca, y día a día que pasa, se hace presente nuestro poeta César Vallejo cuando nos dice: "Hay, hermanos, mucho por hacer" y pongámonos a trabajar, proponiéndonos que la década del 90 sea dedicada al hacer, dedicada a la aplicación de su pensamiento en salud.

Además la respuesta ya no debe seguir esperando, a esa concluyente y preocupante **insatisfacción** que da Latinoamérica, y lo subrayo en el caso de mi país frente al problema de salud, ésta nos lleva a la imperiosa necesidad de desarrollar acciones realmente efectivas.

Una razón de insatisfacción es que en nuestra población falta conciencia sanitaria y considero por tanto que la primera propuesta importante a trabajar es hacia el logro de la meta de crear mayor conciencia sanitaria y preventiva en nosotros: Universidad, Servicio y Gremio. Convencernos de que es necesario el cambio de pensamiento, actitudes y conductas frente al proceso salud-enfermedad. Convencernos de que existe problema, de que es necesario trabajar por y para la salud de las personas y ya no preocuparnos solamente de atender el daño, trabajar por y para la enfermedad ya presente y futura.

La visión continental en la relación economía salud, que está contenida en los informes previos a esta Conferencia, es válida para mi país en especial, cuando se expresa en la injusta distribución de los ingresos, y en la creciente desatención a la salud popular.

Claro ejemplo a esa desatención se refleja en la actual epidemia del cólera en el Perú, que ha despertado enorme preocupación a nivel internacional, pues las condiciones propicias existentes hacen que el mal fácilmente se difunda, con enormes dificultades de control.

Mi país en crisis, difícilmente puede asignar las partidas presupuestarias más convenientes para servicios públicos y su población sufre de las consecuencias de la inflación, con impacto principal en su nutrición y sus posibilidades de velar por la atención a los niños necesitados.

Entonces, el compromiso de Alma Ata se hace más imperativo y se impone la exigencia impostergable de procurar soluciones no tradicionales y que significan la toma de decisiones y el compromiso de todas las personas que por convencimiento ejecuten las acciones.

La Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Decana de América, es la Institución de mayor jerarquía académica en mi país, sustentada en su historia que se inicia en 1541 y en su desarrollo a la que la Nación Peruana encarga crear y difundir conocimiento, cultura y tecnología, con una definida orientación nacional y democrática, comprometida con la transformación de la sociedad.

En su condición de Universidad Mayor, ofrece un modelo nacional de desarrollo universitario, orientado a la liberación del hombre y la sociedad, asimilando los conocimientos y experiencias universales y de la realidad peruana.

Conscientes de este rol de la Universidad en la sociedad, sus acciones no pueden quedar enclaustradas a sus cuatro paredes ni ajenas a la ocurrencia de una realidad plagada de injusticia y miseria social. Su misión y compromiso es aún más relevante en estas circunstancias y la búsqueda del conocimiento y las alternativas más viables para la solución de problemas de los sectores más necesitados y desposeídos de nuestros países, se hace más imperativo trabajar.

Por lo tanto, concebimos que la Universidad debe ser gestora de propuestas de cambios en función de realidades, que la misión de la Universidad debe ser contribuir al desarrollo de un proyecto histórico de construcción de una sociedad más justa y democrática. Ello implica un compromiso, ético, sociopolítico, y científico-técnico, orientado a estudiar e interpretar la realidad social, identificar los principales problemas, esclarecer su naturaleza y causas, y 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 fundamentalmente 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, de y con la comunidad organizada.

La Facultad de Odontología de la UNMSM, plenamente identificada con todos estos postulados, considera que su misión está abocada a llevar adelante su Proyecto de Docencia, Servicio e Investigación, que es la base y marco general que oriente todo su planteamiento curricular.

La incorporación de los aspectos preventivos, sanitarios y sociales a la enseñanza de la Odontología en la Universidad de San Marcos, empezó a partir de la reforma curricular del 70. Transcurridos 15 años aproximadamente y hecho el análisis integral para replantear un nuevo currículo en 1987, se determinó que una de las barreras más importantes para lograr satisfactoria aplicación de todos los aspectos que implicaban un sustancial cambio hacia el trabajo extramural, preventivo, comunitario, etcétera, éramos nosotros mismos, y no tanto la misma comunidad, la que siempre se mostró atenta a toda iniciativa o participación.

Es necesario entonces, en primer lugar, procurar en todos nosotros los que somos Universidad, asumir realmente el compromiso de llevar a efecto esta noble y fundamental misión en la Universidad y no desconocerla. La identidad y compromiso si no lo existe, será necesario trabajarlo.

La Facultad de Odontología vive su proceso y parte de él lo constituye la formación del nuevo docente y la generación que ha de cumplir con esta misión de la Universidad. La Maestría en Estomatología que es tarea de la Unidad de Post Grado, con tres promociones, con un total de 40 docentes es una esperanza. Siendo docentes e investigadores al final de su Maestría, creemos que será un paso importante para entendernos en la docencia, el servicio y la investigación. Ahora ya es más fácil contribuir como Universidad al desarrollo de los sistemas locales de salud y a la Atención Primaria.

Los estudiantes de pre-grado participan del compromiso y en la actualidad estamos iniciando el 5to. año de un reestructurado plan de estudios y verificamos al presente el gran entusiasmo, no sólo juvenil por aprender la Odontología, sino por la forma como ahora la aprenden. Desde un comienzo, desde el primer año, haciendo diagnóstico socio-económico y cultural; promoción y protección de la salud en las tres comunidades urbano-marginales del Callao, que no muy distantes de la Ciudad Universitaria, para nosotros, se vienen constituyendo en sedes periféricas docentes y de servicio, desde hace 15 años.

La identificación y compromiso que adquieren los docentes y estudiantes en estas comunidades de Santa Rosa, Playa Rímac y Ciudad del Pescador nos parece necesario consolidarlo aún mucho más. Recientemente otro grupo de estudiantes del 2do. año de carrera iniciaron un trabajo con el sistema de atención portátil de 15 unidades, ubicadas temporalmente en el Centro Educativo César Vallejo, con el fin de llevar a efecto el

Programa de Atención Básica, acordado con los padres de familia del Fundo Guardia Chalaca y de acuerdo a lo establecido en el Convenio Multiinstitucional que tiene firmado la Facultad de Odontología de San Marcos con los Ministerios de Salud y de Educación, con el Colegio Odontológico del Callao, Municipalidades del sector, Beneficencia Pública y otras instituciones.

El modelo de equipo para el sistema de Atención Básica, ha sido hecho totalmente en la Facultad de Odontología, diseñado por un docente con la ayuda de estudiantes, es simplificado y con tecnología, apoyada por el mercado local. Tiene lo suficiente en comodidad, iluminación, alta velocidad, esterilización, higiene, funcionalidad e instalaciones eventuales previstas para fácil traslado a otro Centro Educativo cumplidos los fines del Programa Incremental.

Nuestra meta prioritaria es perfeccionar los cuatro modelos urbano-marginales que hasta ahora hemos logrado, pretendiendo lo sea a corto plazo, convirtiéndolos también en centros de demostración y entrenamiento para otras instituciones de docencia y servicio. Que sea en la práctica, la muestra objetiva de lo que puede hacerse en diagnóstico y tratamiento integral en el individuo y la comunidad con participación activa de ella; que constituya parte del trajinar rutinario del estudiante y del docente, orientando, supervisando y colaborando con los programas preventivos promocionales en el hogar, en la escuela, en los clubes de madres, y grupos juveniles, con quienes ya existe una previa y mutua identificación. O prestando atención básica a lo más prevalente, mediante los modelos autofinanciados con aporte principalmente de los padres de familia de las sedes periféricas, procurando calidad en la atención, facilitado por la simplificación, el trabajo en equipo y, sobre todo, atendiendo en el nivel que le corresponde a toda necesidad detectada, rompiendo así con las tradiciones y costumbres de la odontología, con todas sus características por todos conocidas y que puede llegar sólo a unos pocos, con un alto costo.

No escapa por supuesto a nuestra atención, el corregir lo que debe ser el modelo en medio rural. Poco hemos logrado en los 10 años de Internado Rural. Son seis meses antes de graduarse que vive cada estudiante en medio hospitalario y seis meses en algunas de las 45 sedes rurales muy distantes de Lima. Por lo menos ya no se limita a extracciones que es la costumbre e imagen del dentista que llega a todo lugar. La imagen en varios lugares está cambiando con esta nueva generación que entiende ya su misión en su más amplia perspectiva, en su concepción mayor: la Salud Integral. Sale de la cavidad bucal en búsqueda de soluciones más integrales, junto con la comunidad y que redundan en mayor bienestar, participando como un miembro activo, y siendo muchas veces la única alternativa de lo que debería ser el servicio local de salud.

Basta recordar que en el Perú carecemos hasta el momento de un Plan Nacional de Educación Superior. No disponemos de un instrumento que oriente el desarrollo de la Educación Superior, vinculándola profundamente con las necesidades y perspectivas que plantea la sociedad peruana.

No existe un programa que traduzca las aspiraciones de cambio en proporciones concretas de acción para llegar a metas precisas en los cinco, diez, quince años por venir.

En 1985 se dio la Ley Universitaria y el Estatuto. Se está aplicando la autonomía administrativa y académica paulatinamente y ya llegamos a la económica en las facultades. Se facilita el consenso logrado en base a un punto de coincidencia: aplicación de la autonomía. Existe mayor conciencia entre todos los que conforman el Consejo Universitario para que ello se dé.

Las Facultades de Odontología, Veterinaria, Química, Farmacia, Medicina y Ciencias Sociales son vanguardia en el presente proceso de desarrollo de la Universidad.

Una propuesta en la UNMSM bastante lograda en los últimos tres años es el ordenamiento de las actividades académicas. Por ejemplo:

- Años académicos en el término del año calendario.
- Admisión de estudiantes en fecha previa al inicio del año académico.
- Vacaciones en las fechas previstas en el Estatuto.
- Graduación en el término establecido: Medicina 7 años, Odontología 6 años, Enfermería 6 años.

Sin embargo, no hay ningún acuerdo para efectuar programas conjuntos e interdisciplinarios con la comunidad, aunque hay propuestas con orientación comunitaria coincidente que por separado cada Facultad viene trabajando. Será necesario superar barreras y propongo, si hay igual realidad en otros países, para que esto sea motivo de discusión y esclarecimiento o se den alternativas de solución en esta Conferencia, que para ello es bastante propicia.

En 1990 el esfuerzo se consolida a partir de las Facultades con mayor organización. Para su conocimiento, la Facultad de Odontología cuenta con las siguientes unidades más importantes dentro de su estructura organizativa.

a) ESCUELA ACADÉMICO-PROFESIONAL: Pregrado

Desarrollada en base a un currículo innovador producto de la evaluación de una experiencia anterior, y cuya característica de integración permite establecer un plan de estudios con eje de cursos integrados donde el estudiante adquiere sus experiencias de aprendizaje directamente en el paciente, obviando casi totalmente la preclínica; trabajando desde sus inicios en actividades programadas en la comunidad, desarrollando acciones de lo simple a lo complejo bajo los postulados del **Aprender Haciendo**, fomentando la creatividad e inculcándole una mentalidad eminentemente crítica y de un quehacer constante

de investigación, donde los aspectos preventivos adquieren una mayor dimensión por su constancia y teniendo metas definidas, como la solución de los problemas más prevalentes; constituyéndose así un líder cuyo afán e iniciativa dentro del equipo de salud se magnifica gracias a la motivación social, que es incentivada desde el primer día de clases.

b) UNIDAD DE POSGRADO

- Maestría en Estomatología (en ejecución).
- Segunda especialidad en Estomatología (por ejecutar en 1991).
- Doctorado en Odontología (en proyecto).

c) CENTRO DE EXTENSION UNIVERSITARIA Y PROYECCION SOCIAL

- Servicios académicos asistenciales

En el nivel central: clínica odontológica central en la Ciudad Universitaria.

En las sedes periféricas urbano-marginales: Santa Rosa, Playa Rímac, Ciudad del Pescador.

La programación en cada una de estas sedes periféricas tiene como base la firma de convenios. Ello nos permite formalizar nuestras acciones, reforzar la capacitación del estudiante y prestar un mejor servicio a la población más necesitada.

En la actualidad se tienen los siguientes convenios firmados:

Convenios locales

Facultad de Odontología- Ministerio de Salud
(Centro de Salud Playa Rímac)
(Centro de Salud José Olaya)

Facultad de Odontología- Asociación de Pobladores de Playa Rímac

Facultad de Odontología- Instituto Nacional de Bienestar Familiar
(Centro Familiar Santa Rosa-Callao-INABIF)

Facultad de Odontología- Asociación de Pobladores de Ciudad del Pescador

Convenio multiinstitucional: Programa Preventivo Promocional y de Atención Básica

Facultad de Odontología- Ministerio de Salud
Ministerio de Educación
Colegio Odontológico del Callao
Municipalidades
Otras instituciones

Convenio multidisciplinario (en proyecto)

Facultad de Odontología- Facultad de Medicina (Enfermería)
Facultad de Ciencias Biológicas
Facultad de Farmacia y Bioquímica
Facultad de Ciencias Sociales

d) INSTITUTO DE INVESTIGACION ESTOMATOLOGICA

La investigación constituye eje integrador del curriculum y se desarrolla desde el primer año y a través de todos los años, capacitando paulatinamente al estudiante mediante la ejecución de proyectos que se adecuan a criterios socio-epidemiológico-clínico-patológicos en su primera fase, para continuar con proyectos cuya índole administrativo-operacional tienden a lograr propuestas alternas a los actuales servicios periféricos de la facultad.

Concluyendo. Creemos haber logrado a la fecha, en lo que se refiere a la participación de nuestra facultad en cumplimiento de la misión de la Universidad en pro del desarrollo del país, a lo siguiente:

- 1) La decisión institucional (autoridades, docentes y estudiantes) de llevar a cabo la nueva propuesta curricular, que ya había sido tomada hace algunos años y fue posteriormente ratificada en 1987, la misma que va en incremento gracias al mayor grado de participación por convencimiento.
- 2) Que la participación se orienta en base al proyecto de Docencia-Servicio-Investigación.
- 3) Que dentro de estos modelos, el trabajo se ejecuta en base a criterios de organización y programación partiendo del hogar, escuela, clínicas periféricas, clínica central de la facultad, centro de salud y hospital, respetando en este esquema los niveles de complejidad en la atención.
- 4) Que el autofinanciamiento ha sido el factor determinante en el logro de la continuidad de los programas, manteniéndose en éstos un nivel constante de actividades en las tres sedes periféricas.

- 1) Exista la decisión de la universidad, con participación y compromiso pleno de autoridades, docentes y estudiantes de las otras facultades, para estructurar propuestas curriculares orientadas al cumplimiento de la misión anteriormente descrita, en especial para efectuar programas conjuntos en zonas deprimidas del país.
- 2) Que las propuestas curriculares estén orientadas a la solución de los problemas de salud de las diferentes realidades de nuestro país.
- 3) Que los modelos de Docencia-Servicio-Investigación se constituyan como los ejes de desarrollo de las actividades propuestas.
- 4) Que las condiciones más favorables para la realización de estas actividades curriculares nos las ofrecen las sedes urbano-marginales, donde la coordinación multisectorial y multiinstitucional se ve facilitada por la identificación y compromiso mutuo de la comunidad.

REFERENCIAS

- YEPEZ, RODRIGO. Crisis en la Universidad. ALAFEM. Quito, Ecuador. 1988.
- SAENZ FORERO, FERNANDO. Factores específicos a considerar al integrar la docencia académica con los Sistemas Locales de Salud y la Atención Primaria. Ponencia. V Conferencia OFEDO-UDUAL. Cuenca, Ecuador. 1989.
- GEIRINGER, ALBERTO. La práctica odontológica en Venezuela. Caracas, Venezuela. 1989.
- UDUAL. La Universidad latinoamericana y la salud de la población. Tema III. Informes de los Núcleos Latinoamericanos. Caracas, Venezuela. 1991.
- ARANGO BOTERO, ALBERTO; PAYARES GONZALEZ, CARLOS y VELEZ GARCES, JUAN. La enseñanza de la Odontología. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. 1990.
- PAYARES GONZALEZ, CARLOS y ARANGO BOTERO, ALBERTO. Consideraciones sociohistóricas de la Odontología en Colombia y Antioquia. Siglo XX. Medellín, Colombia. 1990.
- OPS/OMS. Análisis prospectivo de la educación odontológica en América Latina. Caracas, Venezuela. 1990.
- UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. Estatuto de la UNMSM. Lima, Perú. 1984.
- FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNMSM. Documento base del Currículo. Lima, Perú. 1972.

CONTRIBUCION DE LA UNIVERSIDAD AL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD Y LA ATENCION PRIMARIA

Nidia Núñez Alvarado
CHILE

INTRODUCCION

La realidad latinoamericana es un mosaico en el que se manifiestan las características del subdesarrollo en distintos grados y a diferentes niveles, existiendo una situación estructural que impide a América Latina dar respuesta a la crítica situación de su población y de sus demandas sociales.

Los problemas que afectan a sus habitantes están debidamente identificados y han sido profundamente analizados en diversas reuniones anteriores, por lo cual no abundaré en ellos en esta ocasión.

¿Qué papel desempeña la Universidad en la construcción de una sociedad más justa y democrática?

Creemos que la Universidad tiene la responsabilidad que es inherente a su misión de contribuir no solo al esclarecimiento conceptual y doctrinario de los problemas principales y prioritarios de los países, sino también liderar la transformación de las condiciones de vida que posibiliten el bienestar de la población.

Esto requiere que la Universidad asuma una participación activa en todos los procesos que afecten significativamente el cambio social.

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 de sociedad más justa y democrática.¹

Igual compromiso debe asumir la Universidad en el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud desde el momento que estos constituyen una táctica operativa para acelerar la aplicación de la Estrategia de Atención Primaria y sus componentes esenciales.

I. Universidad y Salud

Las Universidades presentan diferentes modalidades de evolución y siguen presentando también diferentes características, estructuras, funciones y modos de autoridad. Sin embargo, todas coinciden en una voluntad común que es:²

prestar ayuda mediante **la enseñanza** (formación de recursos profesionales),

- expandir las fronteras del conocimiento a través de **investigaciones** básicas y aplicadas,
- prestar **servicios** mediante una interacción constante con la Comunidad.

La dedicación o énfasis con que cumplan estas funciones varía según circunstancias históricas, culturales, socioeconómicas y materiales de la sociedad en que se encuentran insertas.

Entre los principales sectores que causan preocupación están la salud y la educación, ya que destacan como asociados naturales en el progreso.

La salud contribuye al desarrollo humano en todos sus aspectos y se beneficia, a su vez, de este; salud y desarrollo se apoyan mutuamente en la persecución de los ideales de la equidad social y de la justicia.

En su compromiso de contribuir a la construcción de una sociedad más justa y democrática la Universidad debe asumir un liderazgo en defensa de la vida humana como un derecho fundamental, para lo cual debe incorporarse al trabajo en y con la comunidad organizada.

Las Universidades pueden aplicar su talento intelectual a los diversos aspectos del desarrollo humano, incluso más allá del objetivo inmediato de la salud.

La contribución de la Universidad al mejoramiento de la salud de la población debe realizarse con un enfoque orientado a los problemas y no a las disciplinas, lo cual implica una colaboración general de toda la Universidad en cuanto a docencia, investigación y servicio.

Tradicionalmente, la aproximación que la Universidad ha tenido hacia la salud ha sido solo a través de las Facultades de la Salud con sus respectivas Unidades Académicas. Incluso esta aproximación dentro de la Facultad ha sido fragmentaria con escaso trabajo pluridisciplinario e interprofesional. Ello, debido seguramente a la interpretación biologicista del proceso de salud.

Con la concepción de la salud como un fenómeno social complejo se hace imperativo que la Universidad como un todo se comprometa en ayudar a definir las políticas de salud y a evaluar la eficiencia de los sistemas de salud mediante la aplicación de un criterio interdisciplinario, por lo cual la participación de la Universidad no puede ni debe estar limitada a las Facultades de la Salud.

Es fundamental que las Universidades y los Ministerios de Salud encuentren el modo de actuar eficazmente. El concepto ampliado de la salud, inherente a la Salud Para Todos, necesita que tanto las Universidades como los Ministerios de Salud amplíen también el

concepto en la realización de sus respectivas funciones y que participen de una manera más profunda en la solución de los problemas de salud en el ámbito de la Comunidad, cada uno desde su propia base de responsabilidad.

Las relaciones del accionar conjunto entre Universidades y Ministerios debieran fijarse, por lo menos, a dos niveles:³

1. central, para establecer la política general, exponiendo ambos sus objetivos y orientaciones; y,
2. nivel operativo, vale decir, de la práctica en el terreno.

La coordinación en el primer nivel permite identificar y resolver coincidencias y discrepancias básicas en los planes y programas respectivos.

En el segundo nivel la Universidad tiene acceso a los Servicios de Salud de primera línea que le permite organizar la enseñanza y la investigación; a su vez, los Ministerio podría evaluar la eficacia de los recursos humanos formados por las Universidades.

Enfatizamos que la proposición involucra no solo a las Facultades de la Salud.

II. Atención Primaria y Sistemas Locales de Salud

Para el logro de la meta mundial Salud Para Todos, la Atención Primaria ha sido reconocida como la estrategia más efectiva, cuyos fundamentos son:⁴

- Participación Comunitaria, la cual constituye el eje central de una política de Salud que considere la intervención consciente de la Comunidad en las diversas etapas del proceso de salud y en las acciones de Salud correspondientes, determinando prioridades y urgencias en sus problemas de salud.
- Atención intersectorial. Tiene el propósito de lograr la inserción plena del sector salud en el desarrollo nacional, ya que la salud es un componente social complejo que exige una aproximación multisectorial.
- Descentralización y reorientación de los Servicios de Salud que incremente la capacidad operativa de ellos. Este proceso debe considerar la programación, ejecución y evaluación de las actividades de salud y el manejo de los recursos humanos, físicos, financieros y tecnológicos.

En junio de 1987, las principales unidades de OPS reunidas en Washington presentaron una "Propuesta de apoyo al desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud y al proceso de descentralización en los países de la Región de las Américas".⁵

Es una propuesta global de reordenamiento y reorganización de todo el sector salud en que los Sistemas Locales de Salud logran trascender la verticalidad del proceso de Gestión.

El proceso de descentralización en salud y el desarrollo de los SILOS aparecen como la respuesta lógica a los requerimientos presentes y futuros del desarrollo socioeconómico de la Región y a la puesta en ejecución concreta de la Estrategia de Atención Primaria para el logro de la Salud Para Todos.

"Un sistema local de salud se concibe como un conjunto de recursos de salud interrelacionados, ya sean sectoriales o extrasectoriales, responsables del desarrollo de la salud de una población definida, en un área geográfica delimitada. Las formas y mecanismos de interacción de la población con los servicios, así como su propio comportamiento para proteger su salud y la búsqueda de soluciones a sus problemas de salud son componentes fundamentales del sistema."

Los SILOS deben poseer una capacidad tecnológica y administrativa tal que permita una adecuada prestación de servicios para un tamaño definido de población, en un área geográfica-política. Dicha capacidad administrativa debe estar definida por la satisfacción de algunos requisitos mínimos:

- . Existencia de un sistema de planificación, administración e información.
- . Un conjunto mínimo de recursos humanos, adecuadamente preparados.
- . Una dotación básica de recursos físicos e insumos críticos.
- . Una capacidad de asignar recursos financieros a nivel local.
- . Una capacidad de articularse con la población para la promoción de la Salud en el área.

III. Contribución de la Universidad a la Atención Primaria y al desarrollo de los Sistemas Locales de Salud

Se ha planteado que la Atención Primaria es reconocida como una estrategia dinamizadora en el proceso de transformación social, asimismo se ha señalado que los SILOS son responsables de la atención de salud de una población definida en un área geográfica delimitada.

La contribución de la Universidad debe partir de la premisa básica, como ya se ha esbozado, que esta debe tener un fuerte arraigo con la Comunidad en la cual se encuentra situada; solo así las funciones de enseñanza, investigación y servicio cobrarán una dimensión realista y efectiva como aporte a la salud de la población.

¿Cómo operacionalizar esta contribución? Parece conveniente hacerlo en términos de esas funciones tradicionales de la Universidad:

1. Enseñanza, es decir, formación de recursos humanos. Consecuentes con la estrategia de Atención Primaria y desarrollo de los SILOS, los profesionales deben estar capacitados para aplicar los postulados y fundamentos de la Atención Primaria y de los SILOS. Ello será posible en la medida que en la definición del perfil profesional estén precisadas las competencias y actitudes necesarias para participar de una manera crítica y constructiva en la implantación y desarrollo de la APS y SILOS. Se requiere de profesionales fuertemente ligados a la participación social, profesionales que constituyan equipos comprometidos con el contexto socioeconómico y cultural.

Lo anterior implica una transformación curricular con un énfasis en lo social superando el enfoque biologicista del currículo.

El plan de estudios debe ofrecer las experiencias de aprendizaje que vincula fuertemente a docentes y alumnos en el trabajo con la Comunidad.

Otras instancias de contribución son:

- . Talleres, Seminarios, Jornadas, Cursos de APS para capacitar al personal de Salud.
- . Programas de Posgrado orientados a aspectos comunitarios, sociales.

En relación a SILOS estos representan una oportunidad y un desafío para el quehacer universitario, ya que el espacio geográfico, la población y la Unidad técnico administrativa que los conforman son parte del entorno de la Universidad y esta tiene un compromiso social con el desarrollo de su Región.

La formación de recursos humanos para enfrentar el reto debe enfatizar la preparación en Administración en Salud considerando:

- . Ciencias Básicas de Administración.
- . Manejo gerencial de los Sistemas de Salud.
- . Desarrollo de habilidades en solución de problemas, tanto intrahospitalarios como de los Centros de Salud.
- . Disciplinas que aborden aspectos tales como: el comportamiento organizacional, técnicas de mercado, financiamiento o control de gastos.
- . Planificación estratégica de los servicios de Salud.

2. Investigación

La APS requiere de investigación básica y operativa; su aplicación parte del conocimiento de una realidad de salud en una comunidad dada, que está determinada por factores biológicos, sociales, ecológicos, económicos, psicológicos y culturales que son particulares y actúan distintamente según las características de la comunidad. Por lo tanto, para diseñar las acciones en cada situación se hace indispensable la investigación biomédica, social y epidemiológica de la región que permita identificar sus necesidades propias y prioritarias según variabilidad observada.

Si se concibe la Comunidad como sujeto activo, con decisión para realizar acciones que les permitan solucionar sus problemas deben investigarse aspectos tales, como:

- Las relaciones entre conocimiento científico y saber popular.
- Formas que la comunidad utiliza para enfrentar y solucionar sus problemas.
- La tecnología en salud: su desarrollo, aplicación y evaluación, que permita una mejor utilización.
- Prestación de servicios de salud.
- Relación entre servicios y comunidad.
- Infraestructura de los Servicios de Salud.
- Participación social.

Investigación ligada al funcionamiento de los SILOS, tales como:

- Aspectos fundamentales de los SILOS.
- Aspectos gerenciales de los SILOS.
- Participación intersectorial.
- Redefinición de funciones, de acuerdo a transferencia del poder de decisión.

La investigación dará nacimiento a nuevos modelos de práctica profesional; a su vez, nuevos modelos teóricos pueden ser contrastados empíricamente.

3. Servicio

Esta función es desarrollada por la Universidad a través de las otras dos funciones, además de actividades propias de servicio que le permiten una relación directa con la Comunidad, a través de:

- Acciones de comunicación e intercambio en que docentes y estudiantes desarrollan trabajo en APS con la Comunidad en los SILOS.
- Labores de asesoría que son solicitados por la Comunidad, debido a la competencia que la Universidad tiene en esos asuntos.
- Identificación de necesidades (investigación) y presentación de posibles soluciones y participando en la ejecución de las soluciones que se han adoptado en conjunto.

Llevar a cabo las contribuciones propuestas en los puntos anteriores a nivel regional (local) implica un trabajo coordinado e integrado de las diversas Facultades e Institutos universitarios: Salud, Educación, Economía, Agronomía, Ciencias Sociales, etcétera, sobre la base de una política general establecida a nivel central de la Universidad y Ministerio de Salud.

Al mismo tiempo requiere de la aplicación de metodologías más avanzadas como son: la integración Docencia-Servicio-Investigación y la Investigación-Acción, en que docentes, estudiantes, profesionales de los SILOS trabajen en forma multi e interdisciplinaria en comunidades específicas abordando los problemas con un enfoque intersectorial.

En nuestras estructuras Universitarias existen aún muchas limitaciones para hacer realidad estas formas de trabajo, sin embargo, si existe la voluntad y el auténtico deseo de lograr que nuestros pueblos alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva haremos nuestro mejor y mayor esfuerzo para alcanzar dicha meta.

REFERENCIAS

1. OPS-OMS. Informe de la Reunión del Nucleo Básico III sobre "Contribución de la Universidad de la Atención Primaria y a los Sistemas Locales de Salud". Caracas, 7-11, noviembre de 1988.
2. OMS. "Función de las Universidades en las Estrategias de Salud Para Todos". Documento de base para las Discusiones Técnicas, 37a. Asamblea Mundial de la Salud. Educación Médica y Salud. Vol.19 (1), 1985.
3. Idem.
4. YEPEZ, PATRICIO. "Contribución de la Universidad a la Atención Primaria y a los Sistemas Locales de Salud". En Informe de la Reunión del Nucleo Básico III sobre el tema. Caracas, 7-11, noviembre de 1988.
5. OPS. "Propuesta de Apoyo al desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud y al proceso de descentralización en los países de la Región de las Américas". En Educación Médica y Salud. Vol. 21 (4), 1987.

COMENTARIO

CONTRIBUCION DE LA UNIVERSIDAD AL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD Y LA ATENCION PRIMARIA EN CUBA

Marco A. Montano Díaz
Cuba

El cambio político ocurrido en nuestro país el 1º de enero de 1959 posibilitó la implantación de un Sistema Único de Salud estatal perfectamente organizado, cuyos servicios se prestan sin costo alguno para la población, que brinda acciones integrales de salud en forma planificada con especial acento preventivo, con participación activa de la comunidad e inspirado en los más nobles principios internacionalistas.⁽¹⁾

Rápidamente los servicios de salud se diseminaron por todo el territorio nacional en forma acelerada, de modo tal que hoy hasta las zonas más apartadas del país son capaces de dar adecuada respuesta a las necesidades de su población en este aspecto.⁽²⁾

A partir de principios del año 1977, en que se implantó la nueva división político-administrativa, los 169 municipios del país iniciaron una etapa superior de organización y eficacia, incluida la atención a la salud de su población.

En nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) existen tres niveles administrativos: nacional, provincial y municipal. Los municipios se subdividen en Áreas de Salud, las cuales comprenden un número variable de consultorios del Médico de la Familia (MF) y están regidas por un policlínico u hospital rural, el cual ejecuta importantes tareas asistenciales, docentes e investigativas.

La feliz culminación del proceso de universalización total de la atención médica es el Plan del Médico de la Familia (PMF), cuyo consultorio deviene puerta de entrada y unidad básica del SNS. Los Sistemas Locales de Salud (SILOS) se fortalecen y desarrollan considerablemente con la implantación de este nuevo modelo de atención, aunque mantienen un permanente esfuerzo para su perfeccionamiento.

Basándonos en los criterios establecidos por la OPS,⁽³⁾ concebimos el SILOS como un conjunto de unidades estrechamente interrelacionadas cuyo objetivo es prestar atención de calidad a la salud de un número variable de personas que habitan un territorio determinado.

En nuestro país, el territorio que abarca el SILOS es, en la mayoría de los casos, el de un municipio,⁽⁴⁾ aunque en determinadas condiciones puede abarcar más de uno; o por el contrario, en raros casos, municipios muy grandes pueden contener más de un SILOS. El Sistema es dirigido por el Director Sectorial Municipal de Salud, el cual cuenta en su territorio con consultorios del MF, policlínicos, hospitales municipales, rurales y locales, clínicas estomatológicas, centros y unidades municipales de Higiene y Epidemiología, farmacias, hogares de ancianos y de impedidos físicos y mentales y bancos de sangre para contribuir al cuidado de la salud de los habitantes de su territorio, lo cual, unido a otros recursos extrasectoriales (deportes, recreación, cultura, etc.) y a un adecuado control ambiental, ha logrado que nuestra población alcance los altos indicadores de salud que hoy disfruta y cuyo cuidado comparte en forma consciente y activa.

Aunque no todos los municipios cuentan con las unidades antes mencionadas, en todos los casos el total de su población puede disfrutar de esos servicios al disponer de los de una institución de ese tipo ubicada en otro municipio cercano, con la cual se ha hecho una previa coordinación. Un sistema de regionalización perfectamente estructurado pone a disposición de todos los habitantes del país cualquier recurso que necesite para el cuidado de su salud, por muy complejo y costoso que éste sea.

Conjuntamente con la universalización de la atención médica, se desarrolló la universalización de la educación, incluida en ella la educación universitaria. Así vemos cómo actualmente las 14 provincias del país

cuentan con Facultades de Ciencias Médicas, e incluso las provincias con mayor número de habitantes cuentan con más de una, haciendo un total nacional de 22. Los Institutos Superiores de Ciencias Médicas (ISCM) de Ciudad de La Habana, Villa Clara, Camagüey y Santiago de Cuba jerarquizan a las facultades de esas provincias.

En todas las provincias, además de formarse médicos, se forman licenciados en enfermería, y en 10 de ellas, estomatólogos.⁽⁵⁾

El Sistema Nacional de Salud cuenta también con 11 institutos de investigación.

Las facultades desarrollan el proceso docente-educativo en distintas unidades del SNS en todos sus niveles asistenciales a todo lo largo y ancho del país.

El profesor es responsable de la asistencia, la docencia y la investigación.

Dado que tanto todas las facultades como todas las unidades asistenciales pertenecen al Ministerio de Salud Pública, estas últimas devienen instituciones asistenciales-docentes-investigativas que desarrollan todas sus acciones en base a los problemas reales de salud identificados en la población. Los estudiantes de pre y posgrado en todo momento se mantienen vinculados al trabajo práctico cumpliendo un pronunciamiento del Comandante Fidel Castro, que expresó: "La educación debe ser la combinación del centro de trabajo y del centro de estudio."

En los planes de estudio de pregrado de las tres carreras que imparten nuestras facultades (Medicina, Estomatología y Licenciatura en Enfermería) se han introducido cambios que los han vinculado cada vez más con los problemas sanitarios reales que confronta nuestra población.

El nuevo plan de estudio de medicina se propone formar un médico general básico capaz de cumplir la encomienda de ser "un militante de la salud, un guardián de la salud de la población a su cargo". En el diseño del referido plan,⁽⁶⁾ se partió de la identificación de los problemas de salud -que llegaron a 286- que debe enfrentar el médico, y se estableció una estrategia docente con énfasis en los métodos activos de enseñanza-aprendizaje, en el trabajo independiente del alumno y en la educación en el trabajo. El alumno de medicina permanece aproximadamente el 15 % del tiempo total de la carrera recibiendo docencia en el nivel primario, fundamentalmente en los consultorios del MF, lo cual le resulta sumamente provechoso teniendo en cuenta que actualmente más del 70 % de nuestros alumnos se incorporarán al plan del MF inmediatamente después de graduarse.

Todos los médicos incorporados al PMF continúan sus estudios sistemáticos a través de la Residencia en Medicina General Integral (MGI), que dura tres años y que cursan desde sus propios consultorios-viviendas dentro del SILOS, pues en todo momento son vecinos de la comunidad que atienden.

Al cabo de estos tres años obtienen el título de Especialista de Primer Grado en MGI, para lo cual deben vencer un examen estatal que incluye dentro de sus ejercicios la confección y defensa de un trabajo científico investigativo (Trabajo para la Terminación de la Residencia), que consiste en un estudio con alto rigor científico de un problema de salud de la población a su cuidado.

Al terminar su Residencia, este especializado posee los conocimientos necesarios para enfrentar las tareas que se le asignen, tanto en la atención directa a una comunidad urbana o rural, como al colectivo de una fábrica, de una escuela o de un círculo infantil, pero se mantendrá permanentemente dentro de un subsistema de educación continuada dirigido por la facultad correspondiente.

Actualmente el país cuenta con 38 690 médicos de los cuales 11 901 son MF, y de ellos 1410 ya son Especialistas en MGI, además de 6959 son Estomatólogos y 3823 Licenciadas en Enfermería.

Si tenemos en cuenta que nuestros policlínicos imparten docencia a estudiantes de medicina, estomatología, licenciatura en enfermería y técnicos de la salud, así como a residentes de MGI y a profesionales y técnicos en actividades de educación continuada, se comprende fácilmente la complejidad de la actividad docente que ellos imparten dirigidos metodológicamente en esta función por la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) y su aporte fundamental al perfeccionamiento y desarrollo de los SILOS.

A través de los distintos programas de Residencia (51 para medicina y 4 para estomatología) nuestras facultades forman especialistas para atender adecuadamente las necesidades de todas las unidades del SNS en sus distintos niveles, incluyendo naturalmente las que integran los SILOS.

Se evalúa la docencia por la calidad de la asistencia médica.

Actualmente se estudia la forma en que todos nuestros médicos se gradúen de Especialistas en MGI antes de iniciar cualquier otra especialidad. Esto hará que ya al comenzar su segunda especialidad estos profesionales tengan una formación científica de una solidez extraordinaria, con un profundo conocimiento de los problemas biológicos, psicológicos, sociales y ambientales que afectan a la población.

Además del Plan de Especializaciones, nuestras facultades cuentan con un complejo subsistema de superación profesional o educación continuada que tiene como objetivo fundamental actualizar y perfeccionar los conocimientos de los profesionales de las Ciencias Médicas en todos los niveles, cualquiera que sea la rama, especialidad o dedicación que desempeñen.⁽⁷⁾

Las actividades se planifican y efectúan sobre la base de las necesidades de los servicios de salud y de su personal, de acuerdo con las situaciones actuales y perspectivas del SNS. Según el nivel donde se desarrollen estas actividades y la procedencia del alumno, las mismas pueden ser nacionales, provinciales, municipales e internas propias de las unidades.

Según los objetivos perseguidos, las actividades de educación continuada pueden clasificarse en actividades de actualización, de complementación y de reorientación.

En todas las provincias del país la investigación biomédica es dirigida por los Consejos Científicos de las Facultades de Ciencias Médicas, los cuales tienen filiales municipales, y éstas a su vez en las principales unidades de los SILOS. Los Consejos Científicos de las unidades de subordinación provincial responden directamente al Consejo Científico de la facultad. En Ciudad de La Habana la investigación es regida directamente por el Viceministerio de Ciencia y Técnica.

Es una política perfectamente bien definida y aplicada que todas las investigaciones desarrolladas en nuestro SNS respondan a las necesidades reales de nuestra población, por lo que nuestras provincias y municipios están autorizados para desarrollar sus investigaciones y trabajos científico-investigativos (TTR) en base a los problemas identificados en esos mismos niveles de atención.

En las facultades provinciales radican los Centros Provinciales de Información de Ciencias Médicas, que son los encargados de distribuir la literatura científica necesaria y de asesorar y administrar una amplia red provincial de bibliotecas que comprende policlínicos, hospitales, clínicas estomatológicas, etc.

Basándonos en lo que hemos expresado, consideramos que nuestras universidades cumplen con creces lo que el Núcleo Básico III OPS-UDUAL, reunido en Caracas en noviembre de 1988, consideró como la misión y responsabilidades fundamentales de estos centros de altos estudios.⁽⁸⁾

En resumen, podemos afirmar que:

1. Desde finales de la década de los años 70, nuestro país viene desarrollando un trabajo muy serio para la constitución y desarrollo de los SILOS, aunque mantenemos al respecto un constante y necesario proceso de perfeccionamiento.
2. Nuestras Facultades e Institutos Superiores de Ciencias Médicas han desarrollado y perfeccionan un importante trabajo de adaptación de sus estructuras y planes de estudio a nuestras necesidades sanitarias y sociales, las cuales dan lugar al surgimiento de nuestros planes de atención médica.
3. La universalización tanto de la asistencia médica como de la docencia médica, ha hecho posible la formación del estudiante en las condiciones reales en que trabajará una vez egresado, con énfasis en la atención primaria y la MGI. El Especialista en MGI es el más representativo ejemplo de esta realidad.
4. En Cuba ya hemos alcanzado los objetivos esenciales planteados en la Declaración de Alma Ata sobre Salud para Todos en el Año 2000.
5. La contribución de nuestras Facultades e Institutos Superiores de Ciencias Médicas ha sido, es y será fundamental para el desarrollo de los SILOS y la Atención Primaria de Salud en nuestro país, así como para la obtención de todos los éxitos que hemos logrado en el campo de la salud.

REFERENCIAS

1. Hernández Elías, R.: Principios de la Salud Pública Socialista. En: **Teoría y Administración de Salud**. La Habana, Ministerio de Salud Pública, 1982. pp. 25-32.
2. Ordóñez Carceller, C.: SPT en Cuba. Trabajo presentado en el III Seminario Internacional de APS. La Habana, marzo de 1991.
3. Guerra de Macedo, C.: Prefacio. En: **Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud**. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud, 1989. Documento CD 33/14.
4. Machín Arias, A.: Trabajo presentado en el Taller Nacional sobre Evaluación de la Atención Médica en los SILOS. Pinar del Río, Cuba. Octubre de 1989.
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Informe anual de 1989. La Habana, 1990.
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Plan de estudio de la carrera de Medicina. Sus características generales. La Habana, s/f.
7. Sainz Méndez, B.A.: Experiencia y situación actual en Cuba de la educación de posgrado en Ciencias Médicas. *Educ. Méd. Sup.* 4(1): 5-18, 1990.
8. OPS/OMS/UDUAL: La Universidad Latinoamericana y la salud de la población. Caracas, 1988.

INTERVENCIONES INSTITUCIONALES

S. Loureiro (ALAMES) / 174

N. Núñez y L. Montilva (UNIVERSIDAD VENEZOLANA) / 179

PAPEL DE LA UNIVERSIDAD EN LA ELEVACION DEL NIVEL DE SALUD DE LA POBLACION **Sebastião Loureiro - ALAMES**

CONTRIBUCION DE LA ASOCIACION LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL (ALAMES) PARA EL DEBATE DEL TEMA

Para el análisis correcto del papel que puede tener la Universidad en la elevación del nivel de salud de la población, es necesario tener una visión del contexto latinoamericano desde el punto de vista político, social y económico. La transición que se hizo, en la mayoría de los países de América Latina, de dictaduras militares para gobiernos de representación de democracia formal, instaló en el poder grupos políticos, en muchos casos con el apoyo de las fuerzas progresistas, que bajo diferentes justificaciones se sometieron a los intereses de la banca internacional y de instituciones de crédito internacional como salida para la crisis. Crisis que tiene sus determinantes en los desajustes económicos de la economía capitalista de los países avanzados.

De otro lado toda y cualquier reflexión sobre el contexto latinoamericano y sobre posibilidades y perspectivas de cambios, tiene que referirse a la imposición sobre la sociedad, de las medidas de ajuste y la ideología del neoliberalismo, tomada como paradigma para las acciones políticas, económicas y sociales de la gran mayoría de los países en América Latina. En este contexto, la Universidad como espacio e institución que refleja los conflictos y limitaciones de la sociedad se ve afectada en diferentes planos, a saber:

- a) Pérdida de su capacidad de producción de conocimientos, y desarrollo tecnológico, debido a que la transnacionalización de la economía y el ideario de la libertad de mercado crean las condiciones para la invasión de tecnología dirigida a los bienes de consumo y no de producción.
- b) Las medidas de ajuste fiscal disminuyen los gastos sociales y en particular las inversiones en educación, en ciencia y tecnología, lo que se expresa entre otros en bajos salarios para docentes e investigadores, deterioro de las instalaciones físicas y atraso tecnológico para enseñanza e investigación.
- c) Presiones para que la Universidad sea parte del proceso de privatización de acuerdo con el modelo neoliberal, de disminución del papel y responsabilidad del Estado.
- d) Cambios en los valores éticos que permean las relaciones entre los individuos y sociedad. La exaltación al individualismo, a la acumulación material como medida de éxito social. Permite la difusión de un darwinismo social donde la solidaridad, los compromisos institucionales y la responsabilidad social pasan a un segundo plano. La Universidad como aparato ideológico donde los intelectuales están en ventaja frente a la clase trabajadora puede ser un campo fértil para la reproducción de esta ideología.

La comprensión de este contexto al contrario de paralizar, es esencial para que se puedan desarrollar las acciones adecuadas que faciliten un proceso creativo de debates y aglutinación de ideas para buscar un nuevo papel para la Universidad en relación a su responsabilidad para con la sociedad y específicamente con la elevación del nivel de salud de la población.

¿Qué proposiciones pueden ser presentadas para superar estas dificultades?

1. El rol de la Universidad

Es necesario hacer una crítica radical del rol de la Universidad dirigida a propiciar cambios al interior de la propia Universidad, para que pueda contribuir a los cambios necesarios para el avance de la sociedad hacia formas más igualitarias y democráticas de organización. Estos cambios podrían darse en las siguientes estructuras:

- a) Estructura de la producción, reproducción y difusión del conocimiento.
- b) Estructura del orden burocrático y administrativo.
- c) Estructura de las prácticas sociales de los diferentes actores universitarios o integrantes de la comunidad universitaria.

El primer aspecto nos remite a una crítica a la división y compartimentalización del conocimiento en disciplinas (asignaturas) o cátedras, así como a los departamentos y facultades que contrario a construir un campo común del conocimiento, su quehacer ha estado reducido casi siempre a la reproducción de un conocimiento necesario para la formación de un profesional, dirigida al mercado de trabajo. Específicamente, en el área de salud, cada uno de los cursos de formación profesional repite una serie de conocimientos cristalizados en conceptos y metodologías definidas y desarrolladas en realidades distintas sin una referencia más cercana a los problemas concretos sobre los que el nuevo profesional debe intervenir o a la tecnología a ser utilizada por este profesional.

La superación de estos problemas pasa por la discusión de la multidisciplinariedad en el área de la salud. Discusión que debe abarcar aspectos conceptuales y epistemológicos sobre la conformación de un determinado campo del conocimiento y de su integración con otros saberes, los que diferencian los distintos perfiles profesionales y debe reconocer que esta estructuración muchas veces está determinada por imposiciones burocráticas y jurídicas referidas a las relaciones entre las corporaciones y la sociedad.

La ruptura de estas barreras busca no solamente la integración del conocimiento necesario a las diversas áreas profesionales en el campo de la salud, sino también definir qué conocimientos son necesarios para que una práctica multidisciplinaria se realice. En este sentido, es necesario que las distintas facultades o departamentos en el área de salud junto con los gremios profesionales y los trabajadores de los servicios de salud y las entidades que agrupan diferentes instituciones de educación superior (científicas y docentes), inicien una discusión que les permita, a diferentes aportes y miradas, orientar los cambios necesarios, conscientes de que la multidisciplinariedad no es solamente un problema epistemológico, ello encierra sobre todo un proceso político social basado en la conformación histórica de las profesiones de la salud.

2. La democratización de la Universidad

Para que la Universidad participe en los procesos sociales que permitan impulsar cambios en las condiciones de salud de la población deberá necesariamente analizar su estructura interna de poder. Existen múltiples procesos institucionales que estructuran desigualdades entre los diferentes grupos de trabajadores universitarios, entre trabajadores de una misma categoría, entre personal administrativo y docentes e investigadores y también entre géneros y etnias. El reconocimiento de la existencia de estos diversos mecanismos de exclusión de un importante número de actores de los procesos decisorios es el primer paso para el cambio.

Esto exige una identificación y superación de las formas sutiles con que la burocracia, los reglamentos y los estatutos solidifican el poder jerarquizado que con frecuencia se opone a los cambios estructurales que amenazan los esquemas de poder en detrimento del desarrollo de aspectos positivos para la salud de la población. La posibilidad de cambios en la estructura de organización del conocimiento depende, entre otros, de cambios en las formas organizativas de la Universidad, cambios que permitan una mayor democratización expresada en una participación de todos los actores en el proceso de dirección y definición de los programas didácticos y de investigación.

3. Cambios en la práctica profesional

La Universidad, las escuelas y facultades del área de la salud deberían estructurar sus prácticas de forma tal que las actividades docentes de enseñanza, investigación y de cooperación técnica y extensión se puedan constituir en prácticas al servicio de las mayorías. Esto significa también crear oportunidades para que las actividades sean coherentes con la realidad concreta en que actúan, saliendo los profesionales de su torre de marfil convirtiéndose en sujetos activos del proceso de cambio político-histórico de las sociedades donde viven: espacio social que se muestra sumamente adverso para las clases sociales desposeídas del poder político y económico que constituyen la gran mayoría de la población en América Latina.

La Universidad con raras excepciones se ha alejado de esta realidad construyendo sus objetos de estudio dentro de un paradigma científico que le lleva al distanciamiento y a la enajenación. No se hacen hegemónicos el pensamiento y las acciones de que la Universidad es parte de esta realidad y que su futuro como institución transformadora y que se transforma es participar de un proceso histórico de construcción del futuro de la sociedad donde se inserta. Así, se mantiene la enajenación de la Universidad, hasta ahora de la mayoría de sus miembros que consiguen convivir acrítica y pasivamente con la situación de privación social que se refleja en los bajos indicadores de la calidad de vida y de salud. Esto se agrava cuando observamos dentro de cada país, las diferencias acentuadas existentes entre distintos grupos y clases sociales.

La elevación del nivel de salud de la población pasa por pensar desde una óptica más integral las formas de inserción de las prácticas académicas en salud en la realidad concreta, y de llevar a la academia los aportes de conocimiento que tiene la población sobre sus reales condiciones de vida y de salud.

Para esto, es necesario desarrollar nuevas estrategias que permitan que la Universidad, las Facultades y Escuelas del área de la salud, orienten su quehacer como contribución para modificar los perfiles de morbilidad y muerte presentes en los países de América Latina.

Estrategias operativas técnico y político-Institucionales

Entre las estrategias que se podrían adoptar para avanzar en las propuestas de cambio en la Universidad consideramos que las de mayor potencia para el desarrollo de cambios en el área de la salud son:

1. Redefinición de los espacios de práctica

En este sentido buscamos ampliar el abanico de interacciones posibles entre los profesionales de salud y los sujetos/objetos de sus prácticas. Se trata de incluir acciones direccionadas al **individuo, familias -grupos de riesgos-, sociedad y ambiente**, dado que la práctica de los profesionales de salud, limitados por las formas de entrenamiento de competencias técnicas y conceptuales, se centra, en general, en un conjunto muy reducido de las necesidades de cambios para el estado de salud de la población, y en general esta dirigida solamente al individuo, y muy rara vez a las familias y grupos de población o grupos sociales.

Esta redefinición también significa la ampliación de los espacios de las acciones dirigidas al proceso salud/enfermedad, lo que significa incluir acciones de **promoción, prevención, recuperación y acciones sobre el ambiente**, entre los objetivos de la educación de los profesionales de la salud. Siendo que las acciones de salud están direccionadas básicamente hacia el momento recuperativo y que los esfuerzos de los departamentos de medicina, odontología y nutrición preventiva o social y los de enfermería comunitaria, de salud pública, o en otras denominaciones, no han conseguido cambiar significativamente la orientación curativa de la educación en salud.

La falta de conocimientos, de estrategias educativas para la promoción de la salud han contribuido para que la Universidad no esté presente, acompañando el desarrollo en los sistemas de salud, de tecnologías de promoción y acciones sobre el ambiente.

Otra estrategia de acción en relación a los espacios de práctica es la redefinición de los roles de los profesionales de la salud. Es necesario definir cuáles son los conocimientos y prácticas que son comunes a todos los profesionales de salud, sean ellas en promoción, prevención, recuperación y acciones sobre el medio ambiente y cuáles son los conocimientos y prácticas específicas a cada uno de los profesionales de salud.

Un modelo tridimensional para estas definiciones podrá ser construido a partir de tres ejes principales:

- a) Los espacios de acción de la promoción a la recuperación.
- b) Los sujetos/objetos de acción del individuo al ambiente.
- c) Las competencias comunes y específicas de las diversas profesiones en salud.

2. Complementariamente, la Universidad necesita transformar el proceso de formación de los profesionales de la salud, haciendo de él un proceso donde profesores y alumnos se integrarían en la búsqueda de nuevos conocimientos, de su reproducción y difusión. En primer lugar, el límite jerárquico y burocrático entre profesores y alumnos necesita ser roto para que ambos se puedan tornar en agentes de un proceso creativo que acompañen y promuevan los cambios de las condiciones de salud de la población.

Estamos hablando de la práctica (en este momento docente) como de un proceso trabajando con instrumentos técnicos y conceptuales para la transformación de objetos/sujetos, en el caso de la salud, comprometidos con el proceso de cambio social. En este caso hablamos de tres prácticas que se integran en algunos puntos, pero que tienen sus especificidades. Me refiero a las **prácticas de investigación, prácticas de enseñanza y prácticas de difusión.**

La práctica de investigación debe buscar los determinantes del proceso de enfermarse y morir a través de una práctica académica que deberá también tener en consideración los conocimientos de los diferentes grupos poblacionales, conocimientos generados en diferentes paradigmas acerca de la causalidad de los procesos de enfermedad y muerte en sus realidades.

La práctica de la investigación deberá ser integrada en este sentido con una práctica de enseñanza estructurada a partir de conocimientos generados por problemas concretos que afectan la vida y la salud de sujetos concretos. Práctica de la enseñanza que debería no solamente instrumentar a los estudiantes para diagnosticar, interpretar y prescribir soluciones para estos problemas, sino también para participar del proceso social en la búsqueda de superarlas.

Así, la definición de competencias y preparación técnica de los diferentes profesionales de la salud estarían determinados no por las defensas corporativistas sino por los intereses de comprender una determinada realidad en sus determinaciones globales e intervenir sobre ella.

La práctica de difusión o de extensión necesita también una revisión conceptual y técnica, en el sentido de definir el propio concepto de difusión o extensión, así como clarificar las formas en que se da esta relación de intercambio de conocimientos, sobre procesos y técnicas que pueden interferir sobre la salud de las poblaciones.

Estas relaciones tienen características distintas según sean dirigidas a la comunidad o al Estado.

El eje de este trabajo es la acción sobre problemas reales y concretos identificados a partir del conocimiento institucional y del conocimiento popular.

Asumiendo que la Universidad no será capaz de imprimir todos estos cambios en su estructura sino está comprometida con el cambio social.

3. La defensa de la Universidad pública

La discusión que debemos emprender en este momento es que la ideología neoliberal propagandiza ciertos "slogans" que por su repetición empiezan a tener aceptación en segmentos importantes de la sociedad de los países de América Latina, es sobre la función cualitativamente diferente de la Universidad pública. No se trata apenas de buscar mayor eficiencia, efectividad y eficacia, lo que debe ser exigido a todos los que trabajan en la Universidad, no se trata de tener como objetivo apenas el desarrollo económico con la difusión de tecnologías. Debe la Universidad pública tener como objetivo la crítica radical a sí misma, en relación a las necesidades de transformación social y a un compromiso con la justicia social.

Las perspectivas

Las entidades presentes en esta reunión, incluyendo ALAMES, tienen un importante papel en la construcción de espacios de discusión en difundir el pensamiento crítico sobre las prácticas sociales en que estamos involucrados y proponer acciones y direcciones. Estas propuestas incluyen la integración de acciones con un mismo objetivo, la definición de tareas para cada una de ellas y participar en los procesos en que la sociedad civil puede influenciar tanto en la política de educación de los profesionales de la salud, en la política de salud y en el proceso de formación de la conciencia sanitaria de las clases y grupos sociales que se encuentran en desventaja en la repartición del poder económico y político.

La posibilidad de que la Universidad contribuya con los cambios en la elevación de las condiciones de salud de la población está en la capacidad de democratizar sus estructuras jerárquicas y de cómo genera su saber, lo reproduce y lo difunde. Significa también redefinir sus prácticas de investigación enseñanza y extensión. En fin, ser un eje de alianza con las fuerzas sociales históricamente identificadas con la democracia, con la justicia social y con la solidaridad y amistad entre los pueblos que buscan formas de organización social más justas y autónomas.

LA UNIVERSIDAD VENEZOLANA Y LA SALUD DE LA POBLACION

Norma Núñez y Leonardo Montilva

PRESENTACION

Este documento presenta un Proyecto/Compromiso de **construcción colectiva**, logrado a partir de una estrategia que implicó:

1. Proceso de participación nacional de las bases profesoras y estudiantiles en coordinación con sus autoridades y con la Organización Panamericana de la Salud.
2. Trabajo interdisciplinario e intersectorial, en etapas sostenidas, para diagnóstico y reflexión.
3. Partir de la autocrítica para llegar a la redefinición y propuesta de cambio en el modelo de Universidad necesario para el alcance y la factibilidad de los objetivos propuestos.

Un trabajo que en América Latina reivindica y retoma el papel político de la Universidad.

PARTE I: ESTRATEGIA

En las facultades vinculadas a las ciencias de la salud, la Universidad Venezolana tiene como objetivo la realización de cuatro actividades básicas: docencia, investigación, asistencia y extensión o proyección hacia la comunidad y la sociedad global. En el marco de la convocatoria de la Unión de Universidades de América Latina y la Organización Panamericana de la Salud (UDUAL-OPS), y con la perspectiva de encontrarnos del 3 al 7 de junio de 1991 en el Palacio de las Convenciones de La Habana, Cuba, para la Conferencia Integrada, las cuatro universidades nacionales y tres experimentales iniciamos en 1989 y concluimos en 1991 una etapa más por la actualización de nuestros principios, compromisos, métodos y estrategias de trabajo. Buscábamos contribuir a luchar con equidad por la salud integral de la población.

Una visión retrospectiva de estos dos años de pensamiento, de creatividad, de reflexión, acción e investigación compartida da testimonio de que ha sido un proyecto de CONSTRUCCION COLECTIVA, en etapas complementarias, de acuerdo al nivel de desarrollo, interés y compromiso de cada Universidad y cada universitario incorporado al proceso. Comunicamos acá las concreciones de ese proceso que, como tal, cierra en la Conferencia Integrada un período para abrir aquí mismo otro, de nuevos espacios de saber, de poder y de acontecer. Y es importante comenzar acá por puntualizar que lo filosófico y lo principista que ahora reportamos es CONCRETO y COHERENTE. Lo es porque constituye el marco ideológico que define y orienta tanto la acción colectiva como la acción individual, la acción técnica y la operativa, la estrategia permanente y la coyuntural.

Tal como nos fue solicitado, comunicamos en esta oportunidad aspectos relevantes de la metodología a través de la cual algunas ideas generales fueron sistematizándose hasta lograr la coherencia y concreción que nos permitieran construir una propuesta conceptual, principista y operativa, proveniente de la identificación, el análisis y la evaluación de nuestras realidades complejas y heterogéneas, rezagadas en el tiempo histórico, tecnológico, gerencial y político; por lo tanto, realidades urgidas de profunda transformación. Nuestra propuesta es una propuesta académica para oír a la comunidad, para acompañarla y para vivir en ella. Y la adelantamos al Estado para arrastrarlo hacia la equidad, compartiendo con la universidad y con la población, el poder y la acción interdisciplinaria e intersectorial.

Es oportuno reconocer el trabajo intenso y difícil del Rector de la UCV (Luis Fuenmayor Toro) y de la Rectora de la Universidad del Zulia (Imelda Rincón), del Secretario de la Universidad de Carabobo (José León Uzcátegui), de cada Decano o Director de Escuela (Francisco Bechara, Luis Guillermo Bravo, Blanca Fuenmayor de d'Windt, Manuel Hernández Barrios, Luis López Grillo, Rafael Miliani, Juan Alfredo Mirt, Leonardo Montilva, Irán Rodríguez, Marta Rodríguez, Iraida Sánchez de Chocrón, Luis Valera), y de cada grupo profesoral o estudiantil, previo a y en los encuentros, para motivar, para convencer, para consolidar proyectos y, sobre todo, para convocar y reunirnos, siempre con la ayuda generosa y solidaria de la Organización Panamericana de la Salud en la persona destacada de Patricio Yépez, nuestro compañero ecuaníme, discreto e incondicional.

También vale la pena destacar la apertura del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y de su Comisión Permanente de Atención Primaria de Salud (APS), a quienes reconocemos y saludamos porque trabajamos juntos, honestamente, con altas y bajas y con enorme voluntad de concertar y avanzar. Hoy sabemos que esos esfuerzos abrieron espacios que van haciendo historia, aunque a menudo la historia se quiera ignorar o cambiar.

Así pues, universitarios venezolanos reconstruimos en este período elementos importantes del marco filosófico y conceptual de nuestras casas de estudio basándonos en sus viejos elementos, incorporando los provenientes de nuestras coyunturas económicas y políticas y consolidando lo viejo y lo nuevo que es válido en UNA NUEVA PROPUESTA DE RELACION: nueva propuesta de relación de los universitarios con la Universidad, de la Universidad con el Estado, con los servicios y con la población, a través del contenido que definimos en nuestro proyecto de contribución al mejoramiento de la calidad de vida de la población por la vía estratégica de los Servicios Locales (SILOS) y la APS.

Convocados por la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela al "Primer Encuentro Nacional de Universidades por la Salud de la Población" (noviembre de 1989) a Bajo Seco, Estación Experimental de la Facultad de Agronomía de la UCV, acudió una representación de profesores de las universidades de Carabobo, Los Andes, Zulia y Central de Venezuela, "Lisandro Alvarado", "Francisco de Miranda" y Oriente. También invitamos al Estado, a sus organismos planificadores y prestadores de servicios de salud, a los gremios de médicos, bioanalistas y enfermeras, y a un sector importante que a veces se ha marginado, pero que desde entonces y hasta esta Conferencia Integrada, nos acompaña. Nos referimos a los estudiantes, centro y esperanza de cada universidad.

Nuestro primer paso fue la apertura del debate para la discusión, más allá de la convocatoria tradicional, a los expertos o a grupos cerrados de interés coyuntural. En Bajo Seco se hizo sentir nuestro pensamiento, reflexivo y crítico, sobre la historia y la coyuntura venezolana, la de su universidad y sus pasos para la formación de profesionales de la salud en el contexto de una Latinoamérica endeudada, dependiente, neoliberal, subdesarrollada, injusta y débilmente democrática.

En ese Encuentro de Bajo Seco, que por razones sentidas pero poco analizadas se convirtió en un punto nacional de referencia, de profunda connotación afectiva, de identificación, de trabajo serio y de academia comprometida; en ese Encuentro que todos recordamos con enorme satisfacción, disertamos, discutimos, concluimos, pero sobre todo diseñamos la estrategia de continuidad a seguir.

Propusimos la preparación y realización de encuentros regionales que agrupasen para el trabajo a pares de universidades. Realizamos en definitiva tres encuentros regionales y un Segundo Encuentro Nacional en ciudades venezolanas cuyas historias, tradiciones y significación son particularmente reconocidas en nuestro país (Maracay, Maracaibo, Coro y Sanare, estado Lara). Bajo Seco y cada núcleo regional produjeron documentos que fueron progresivamente presentados, analizados y discutidos en cada sesión que cronológicamente le siguiere, hasta llegar al documento consolidado presentado primero en el Segundo Encuentro Nacional (Sanare) y hoy en esta Conferencia Integrada de La Habana.

Porque descubrimos que, a diferencia de nuestro estilo de trabajo en otros tiempos, necesitábamos incorporarnos a los organismos de planificación y decisión estatal para poder, desde adentro, proponer y contribuir efectivamente al diseño, implementación, ejecución y conducción de las políticas nacionales de salud. En el Encuentro de Bajo Seco también decidimos crear la COMISION INTERUNIVERSITARIA DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD y solicitar nuestra incorporación a la Comisión Nacional Permanente de APS del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

En marzo de 1990, a los tres meses de Bajo Seco, convocados nuevamente por el Decano Luis López Grillo, de la UCV, nos reunimos en el primer núcleo la Universidad Centrooccidental "Lisandro Alvarado" (UCLA) y la Universidad Central de Venezuela (UCV). Nuestro tema de discusión fue CAPACIDAD RESOLUTIVA DE CLINICAS, BASICAS Y PREVENTIVAS EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD. Además, celebramos nuestra primera reunión de la Comisión Interuniversitaria de APS, elegimos nuestra comisión para coordinación nacional de los proyectos de trabajo, y así conocimos de los proyectos y planes curriculares de cada universidad. Desde allí, junto con el núcleo de decanos de Medicina, progresamos hacia dos reuniones regionales más.

En efecto, previo dos jornadas preliminares en Los Andes y en la misma ciudad de Maracaibo, convocadas por los decanos Luis Guillermo Bravo y Manuel Hernández, se reunieron en septiembre del mismo año 1990 la Universidad del Zulia (LUZ) y la Universidad de Los Andes (ULA) trabajando en la CONSOLIDACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD. Esta reunión también contó con la presencia y el trabajo de los organismos prestadores de servicios de salud a nivel local y central, organismos no gubernamentales, las empresas y las comunidades. Estos últimos grupos habían permanecido hasta entonces fuera de la discusión y contribución; aquí se hizo clara la importancia de su participación.

Seguidamente, en noviembre, convocados por los Decanos Iraida Sánchez de Chocrón y Juan Alfredo Mirt, efectuamos el Tercer Encuentro Regional en la ciudad de Coro. Esta vez la Universidad de Carabobo (UC) y la "Francisco de Miranda" (ENEFM) produjeron nuevos elementos para la construcción de nuestra ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD.

Abril de 1991 nos reunió en Sanare bajo la convocatoria de la Universidad Centrooccidental "Lisandro Alvarado" (UCLA) en la persona de Leonardo Montilva, Director de la Escuela de Medicina "Pablo Acosta Ortiz". Destacamos que aunque el doctor Montilva es el Presidente de la Asociación Venezolana de Facultades y Escuelas de Medicina (AVEFAM), esta organización como tal no participó del proceso de trabajo registrado en este documento; sin embargo, apoyó financieramente la reunión de Sanare.

Tal como se planteó al inicio de este documento, a la reunión de Sanare se llevó el Relato Final que daba cuenta de la serie de actividades cumplidas desde noviembre de 1989 hasta noviembre de 1991. Ese documento es el que presentamos aquí en la Conferencia Integrada de La Habana, y un resumen de sus aspectos más relevantes será expuesto a continuación. A Sanare asistieron miembros de cada uno de los grupos anteriores junto con nuevas autoridades del Ministerio de Sanidad y de las Facultades de Medicina de las diversas universidades, la Universidad Experimental de los Llanos "Ezequiel Zamora" (UNELLEZ), la Facultad de Farmacia de la UCV y representantes del Grupo Interprogramático que, coordinado por OPS, también trabaja en el país.

Como estrategia de trabajo, la empleada y aquí descrita nos dio un buen resultado. Desde el primer al segundo Encuentro Nacional logramos reunir a un mil participantes, categorizables sus filiaciones de la siguiente manera: el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, la Junta de Beneficencia Pública del Distrito Federal, dieciséis Servicios Locales de Salud, tres gremios, cuatro representaciones estudiantiles, cinco Institutos de Investigación, treinta y una especialidades médicas, dieciséis profesiones, empresas privadas, organismos no gubernamentales, comunidades y las siete universidades mencionadas: LUZ, UC, UCLA, UCV, UDO, ULA y UNEFM.

Los temas tratados los resumimos en los siguientes términos:

1. Contexto histórico y sociopolítico.
2. Conceptualización (definición) y compromisos en APS.
3. Universidad y Estado.
4. Participación comunitaria, APS y Universidad.
5. Responsabilidades y compromisos.
6. Alternativas concretas.
7. Rediseño curricular para:
Perfil profesional deseable, y
Contribución de la universidad a la estrategia de Atención Primaria de Salud.

Nos trazamos áreas y niveles de participación, concluyendo que nuestra propuesta de NUEVAS FORMAS DE RELACION entre nosotros, con el Estado y con la comunidad, incluirían pregrado, grado, posgrado y educación continua en nuestro modelo propuesto para la docencia, la asistencia, la Investigación y la extensión.

En este camino, desde la realidad a la conceptualización para la transformación, identificamos y confrontamos contradicciones entre nuestras necesidades, nuestras aspiraciones y nuestra base material e intelectual para cubrirlas y alcanzarlas. Descubrimos también las fuerzas del retroceso histórico y los obstáculos, pequeños y grandes, puestos allí para ocultar las oposiciones, el temor, el disgusto frente al reto y al cambio.

Pero también concretamos elementos irreversibles en la construcción de nuevas líneas curriculares hacia el perfil académico/profesional y basadas en la Atención Primaria de Salud como elemento caracterizador de la práctica del egresado de las Facultades de Medicina. Dimos a conocer en el interior de las facultades de la salud, mucho más allá del ámbito de los departamentos de Medicina Preventiva y Social, la estrategia y los proyectos de APS. Propiciamos la incorporación y la participación efectiva de los profesionales del área de las clínicas y básicas biomédicas. Invitamos a participar a otras facultades. Intercambiamos puntos de vista conceptuales y prácticos con grupos comunitarios y con sectores y disciplinas afines.

Incorporamos a los organismos planificadores y prestadores de servicios de salud a la discusión y al trabajo constructivo con las universidades, abrimos vías alternativas para el logro de acuerdos y espacios de negociación para gerenciar nuestros proyectos e integrar nuestras metas y estrategias en salud de la población. Cuánto durarán nuestros proyectos es preocupación que nos acompaña, pero no nos paraliza.

Contribuimos a sistematizar las experiencias de grupos, concepciones y propuestas de transformación, y creamos espacios para la formulación de líneas de Investigación en apoyo a las propuestas de Atención Primaria de Salud.

Al presentar los resultados de nuestras deliberaciones expresados en nuestra propuesta y al concluir esta presentación, hemos solicitado a nuestros decanos actuales el estudio de nuestras conclusiones para consolidar su implementación dentro del marco conceptual y operativo que nos es correspondiente.

Nos preguntamos si iremos hacia un Tercer Encuentro Nacional que discuta seria, honesta, solidaria y científicamente los contenidos, los logros y las dificultades o los fracasos en nuestra propuesta. La Universidad es razón y pasión, "ábaco y rosa", triunfo y fracaso, objetividad y subjetividad. La Universidad es un mundo heterogéneo y cercano, siempre construyendo y siendo capaz de vencer.

PARTE II: LA PROPUESTA

Como parte fundamental del Proyecto SALUDUAL, la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL), conjuntamente con las Asociaciones Latinoamericanas de Medicina, Odontología y Enfermería, iniciaron un proceso de análisis sobre el papel de la universidad en la elevación del nivel de salud de la población tomando como marco de este análisis los objetivos del Proyecto, como son: 1) inscribir el potencial de la universidad latinoamericana en la meta social SPT 2000 a través de la estrategia de atención primaria; 2) contribuir al trabajo conjunto de las Asociaciones de Ciencias de la Salud UDUAL, aumentando su capacidad científico-técnica en función de la salud de la población; 3) cooperar con la OPS-OMS y los países latinoamericanos en el fortalecimiento y desarrollo de los Sistemas Locales de Salud para avanzar en las transformaciones de los Sistemas Nacionales de Salud.

Este documento incorpora elementos instrumentales y operativos que contribuyen a la consolidación del proyecto de la universidad venezolana en respuesta a las condiciones de salud de la población nacional, y fundamentalmente a los grupos sociales mayoritarios, en los cuales se evidencia un gran deterioro de su calidad de vida, una grave desigualdad social entre diferentes grupos poblacionales que se manifiesta esencialmente en un elevado porcentaje de la población en situación de pobreza crítica, 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 socioeconómico, se ha visto potencializado por los siguientes factores coyunturales:

- Incremento del endeudamiento externo, que ha llevado a una disminución real de las posibilidades económicas 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.

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 el 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.

Por lo señalado anteriormente, hoy nos encontramos con una Venezuela 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, cuyas dimensiones no se justifican si se toma en cuenta el desarrollo científico y tecnológico que ha alcanzado la humanidad.



Esta situación se ve hoy sin una salida adecuada y más bien con una tendencia a su profundización, motivado anualmente en las decisiones político-económicas internacionales de consolidar las propuestas neoliberales para el crecimiento económico en respuesta a la crisis latinoamericana y, como consecuencia de ello, una creciente implantación de modelos, programas y acciones de privatización para el auge de la economía de mercado en diferentes sectores del patrimonio social y que venían siendo administrados por el Estado.

Una definición de Atención Primaria de Salud desde la perspectiva y el compromiso de las universidades venezolanas

La universidad venezolana asume que el profesional universitario del equipo de salud es el llamado a implementar la estrategia de APS, orientando y a su vez siendo orientado por la comunidad y sus necesidades reales y sentidas. Profesionales medios y auxiliares deben mantenerse en educación, orientación y supervisión continuas a fin de ir progresando en vías a su mejor desempeño y contribución profesional a las metas compartidas en el equipo al cual pertenecen.

Las universidades venezolanas **definimos la Atención Primaria de Salud** como una estrategia continua de mejoramiento de la calidad de vida adaptada a poblaciones concretas, regionalizadas, delimitadas y sectorizadas, basada en la coordinación e integración efectiva para la participación democrática y crítica de las comunidades y los profesionales involucrados intersectorialmente en el cuidado integral de la salud-enfermedad, en la prevención de riesgos y en la investigación operativa y/o acciones pertinentes para el diagnóstico, la actuación y la solución de problemas. Bajo criterios y principios de racionalidad, esta estrategia buscará fomentar tanto el uso y producción de tecnología científicamente disponible, como la organización, normativa, administración y gerencia de programas, de servicios y de recursos humanos que sean necesarios para lograr impacto verdadero de participación comunitaria, de promoción de la salud y de prevención del riesgo de enfermar o incapacitarse.

La estrategia de Atención Primaria de Salud en nuestra posición universitaria se trata de una propuesta de cobertura de la atención de la salud a toda la población, que hace énfasis en el fomento de la salud y en la prevención del riesgo de enfermar, haciendo uso de la tecnología necesaria e incorporando a la comunidad para garantizar la elevación del nivel de bienestar físico, social, ambiental y mental.

Desde el punto de vista de los niveles de atención médica, la estrategia de APS exige la coordinación de las diferentes instancias de servicios, estratificados de acuerdo a las necesidades/demandas de salud de la población, a los programas, recursos y tecnologías. Requiere en los servicios del establecimiento de la infraestructura y organización capaz de demostrar alta capacidad resolutoria, identificada ésta como la solvencia cor. la que el equipo de salud y la comunidad enfrentan exitosamente la solución de problemas de la población en un tiempo que se traduce en rendimiento del servicio. Capacidad resolutoria es la competencia para satisfacer cualitativa y cuantitativamente, en un tiempo óptimo, una demanda/necesidad de atención y solución de problema.

Atención Primaria de Salud es una estrategia global que parte de la atención a la calidad de vida y a la consideración de los derechos de la población a satisfacer sus necesidades. Ello implica, desde el punto de vista de la salud, el funcionamiento de la red sanitaria completa en niveles de complejidad asistencial, reforzados por el sistema de referencia y contra-referencia. Igualmente significa distritalización y sectorización; por lo tanto, implica el reforzamiento de los Sistemas Locales de Salud, la gerencia eficiente y el liderazgo del equipo de salud integrado al trabajo con la comunidad.

Universidad y Estado

El comportamiento de la Universidad con el Estado se concreta en el compromiso de la Universidad con la población. En la implementación de la estrategia de APS este compromiso puede definirse por áreas: orientación filosófica y conceptual, formación de personal, creación de conocimientos, desarrollo de tecnologías y prestación de servicios.

La universidad venezolana ha estado siempre ligada al país en la medida en que ha atendido la solicitud de los organismos planificadores y prestadores de servicio. Pero sin embargo esa respuesta general se hace insuficiente en el contexto actual, y por lo tanto le compete a la Universidad llevar adelante propuestas concretas, firmes, transformadoras, generadoras de cambio; propuestas que arrastren al Estado, a los organismos oficiales y a la población en la dirección de las metas de salud para todos: equidad y democracia para el mejoramiento de la calidad de la vida y no sólo calidad de la salud.

Las universidades exigimos al Estado honestidad y claridad en su política acerca de esa estrategia, puesto que identificamos una **actitud paradójica** entre su clara disposición a asumir un modelo económico neoliberal con sus programas, esquemas y normas de privatización cuya dinámica no es aún clara, y que en salud se traduce -entre otras cosas- en el estímulo a la actividad de mercado y a la privatización de los servicios en la atención a la salud, en todas sus formas y áreas, y su propuesta de fortalecimiento de programas masivos y servicios públicos para la atención equitativa de las demandas de la población a través de la implementación efectiva del Sistema Nacional de Salud.

Esa incompatibilidad, expresión de un modelo de sociedad en la que dominan las fuerzas del mercado y que busca vender las empresas del Estado o el patrimonio público para reducir el nivel de la deuda pública, toca en su centro no solo el subsistema integrado de atención médica, de formación de recursos humanos y asesoría técnica y científica, y a la calidad, oportunidad y exigencia de contraloría sanitaria, sino también las políticas económicas y sociales de trabajo, bienestar y seguridad, bases del derecho a la vida, a la salud, a la educación y al disfrute del nivel de desarrollo posible y logrado en el país.

Han comenzado tímidamente formas de vinculación y convenimientos de las universidades con instancias políticas de incipiente descentralización, tales como los municipios, las comunidades y las alcaldías. No quiere esto decir que esas vinculaciones se producen en un vacío contextual o en forma homogénea en todos o en cada uno de los convenios o proyectos que se han ido poniendo en marcha. La heterogeneidad en lo político, en lo conceptual y en lo ideológico, lo mismo que el nivel de conciencia y desarrollo de los grupos humanos que participan en esas experiencias, no son elementos que pueden ignorarse al hacer los planteamientos que acá resumimos y discutimos. Se piensa, sin embargo, que las resistencias y hasta hostilidades recíprocas, inter e intra sectores (entre la sociedad civil, las comunidades, las instancias político-administrativas y las diversas instancias universitarias), en parte nos indican las luchas internas, las cuotas de poder que se debaten, las comprensiones insuficientes o las desconfianzas por parte de grupos que ponen en duda el potencial de éxito que estas nuevas proposiciones y vinculaciones contribuyen a lograr. Aun así tenemos la expectativa de que se llegue a establecer una eficiente y efectiva coordinación e integración de las alcaldías, municipios, universidades y Ministerios de Educación y Sanidad para el tránsito crítico, creativo y efectivo hacia los objetivos y metas que nos permiten aproximarnos. Tenemos también la esperanza de que el "clientelismo partidista" no interfiera con la política de servicio y de formación de recursos humanos que proponemos en respuesta a las necesidades de salud de la población.

Y es necesario insistir en que esa política, que puede dar respuestas a través de la estrategia de Atención Primaria de Salud, es una política que significa inversiones de alto costo para cobertura poblacional, en calidad y cantidad suficientes como para garantizar una plataforma de lanzamiento inicial que permita poner a prueba, con posibilidades mínimas de éxito, formas alternativas de atención a la salud.

La reorientación del gasto público entra en juego en la discusión que sostenemos. Propuestas que dejan de considerar esta premisa, son desde su inicio débiles. No sólo se requiere decisión política y movilización de voluntades para avanzar en la organización y conciencia sanitaria buscada a través de la estrategia de Atención Primaria de Salud. Se requieren recursos técnico-administrativos y conocimientos, lo cual implica gastos de diversa índole y cuantía.

Por otra parte, las universidades queremos y debemos encontrar la **vía Jurídica legítima** para lograr que en la reglamentación de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud se nos conceda el espacio y el rol que nos corresponde en la planificación, administración, ejecución y control de la atención a la salud acorde con la estrategia de Atención Primaria tal como la hemos definido. El Estado tendrá que considerar la apertura del espacio que reclamamos como deseable. Ya el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, a nivel central, aceptó nuestra solicitud hecha en Bajo Seco de crear la representación de la Comisión Interuniversitaria de APS en la Comisión Nacional Permanente de Atención Primaria de Salud. Hay otros vínculos y espacios que atender en la serie de ministerios que deben ejecutar las políticas sociales del Estado en general.

A través de nuestra **Comisión Interuniversitaria** y nuestros **Núcleos de Decanos** tendríamos que hacer los planteamientos acá expuestos. Tenemos que revisar cuán efectivos hemos sido en hacer valer estos espacios que nos pertenecen, que reclamamos y conquistamos.

No podemos las universidades reclamar y ofrecer al Estado y a las comunidades cuotas de participación sin tener la voluntad política interna para tomar decisiones y sin delimitar con claridad la infraestructura y el personal disponible para efectuarla. Esto además supone no sólo una cierta reorganización interna de la estructura universitaria, sino también la revisión del rol que históricamente tiene que cumplir en función de la sociedad en la que está inserta. Esto todavía despierta enormes resistencias en el interior de los múltiples sectores, proyectos y mentalidades que conviven en la Universidad.

La estrategia de Atención Primaria de Salud requiere voluntad política y toma de decisiones para la transferencia y competencia efectiva de poderes y recursos, desde los niveles superiores a inferiores, o desde los centrales a los regionales y locales, sin que esa instrumentación moderna y democrática, que se fundamenta en principios de responsabilidad compartida para el mejor y más eficiente manejo del sector Salud, signifique abandono del nivel central de su responsabilidad en la coherencia doctrinaria, conceptual y administrativa. Existe, y se teme, la posibilidad de que la descentralización y desconcentración administrativa en Salud puede traducirse en una disgregación o dispersión de esfuerzos y recursos que aumenten la ineficacia del sector. Por tanto, hay que insistir y cuidar de que el Estado, como planificador global del proyecto nacional constituido por el Sistema Nacional de Salud, provea, cohesione y respalde el marco político y las directrices básicas.

Participación, APS y Universidad

El proyecto que viabiliza la estrategia de Atención Primaria de Salud en las comunidades es una exigencia de cambio de lo que hasta ahora de forma tradicional se concibe y se hace en salud. Esto obliga a una reflexión que entienda que todo cambio genera fricciones y resistencias en todos los sistemas que producen, contribuyen y administran los proyectos de salud. En este contexto se identifican las **dificultades para gerenciar los nuevos proyectos**, por cuanto enfrentan resistencias y demandas que se constituyen en verdaderas barreras para su implementación. Entre ellas se identifican:

a) El propio **modelo educativo tradicional** que ha priorizado y valorado la información fraccionada desvinculada de la práctica, donde la programación de actividades es unilateral, con dominio universitario, excluyendo a comunidades y servicios, y donde el docente se interesa por el logro de los objetivos de aprendizaje pero no se compromete con el servicio y la comunidad por considerar que no son de su competencia;

b) los **enfoques conceptuales predominantes** acerca de la salud referidos a la visión biológica y clínica de la misma, sin marco de referencia acerca del entorno en que la salud-enfermedad se produce; igualmente, los enfoques conceptuales de lo social en salud y medicina referidos a la visión macropolítica, sin experiencia de integración y aplicación a problemas concretos y por tanto también parceladores de la realidad;

c) las diferentes **expectativas de los profesionales** que integran tanto los equipos de salud como los equipos de enseñanza, y que confrontan en el desarrollo de los nuevos proyectos, nuevas relaciones conducentes al establecimiento de los nuevos liderazgos, no en base a los antecedentes profesionales y a las disciplinas de origen, sino a las capacidades demostrables para la realización creativa de las nuevas tareas;

d) el **modelo asistencial dominante**, ineficiente, de corte curativista, donde generalmente el personal del subsistema de servicios no considera que la participación en el proceso formativo del estudiante es parte de sus funciones; o -al revés- donde los docentes no permiten que este personal asuma esa responsabilidad, y por tanto desvirtúa las propuestas de integración docente asistencial y de investigación;

e) los **conflictos** que se dan entre las **universidades** y el **sistema de salud**, más la desintegración entre los docentes de las diferentes disciplinas en los escenarios donde se realizan las prácticas profesionales de los estudiantes, y los temores a la pérdida de poder por parte de cada sector participante en las experiencias.

En igual orden de importancia dentro de estos lineamientos reconocemos que una de las dificultades mayores en la implementación de la estrategia de APS es el desarrollo de mecanismos, oportunidades, estímulos y garantías para la participación efectiva, sostenida y relevante de la comunidad en el proyecto de mejoramiento de calidad de vida que nos ocupa.

El trabajo comunitario es difícil y lento dada la complejidad de los elementos que en él intervienen, más la escasa tradición de este tipo de actividad en nuestro medio; tal vez la mayoría de nuestras experiencias universitarias son demasiado recientes como para haber hecho historia y haber vencido las resistencias, desconfianzas y temores naturales de todos los afectados en esta nueva propuesta de relación.

Definición, delimitación y responsabilidades de las universidades en la consolidación de la estrategia de APS

Es consenso en nuestra discusión el que actualmente las universidades no están homogéneamente preparadas para actuar como agentes promotores del cambio en salud, constituido por la estrategia de Atención Primaria. Sin embargo, hay compromiso creciente hacia esta perspectiva de enseñanza-aprendizaje. La discusión y el trabajo realizado, fundamentalmente a partir de los años 1987-1988, ha permitido aproximarse al problema con enormes posibilidades de éxito. Han crecido en cada universidad núcleos de trabajo, especialmente en el área de Ciencias de la Salud, y se han emprendido ya en todas ellas cambios curriculares importantes con la Atención Primaria como línea de articulación del proceso de enseñanza-aprendizaje e investigación. Las experiencias deben de ser evaluadas con honestidad y en forma constructiva a fin de identificar los logros y poder superar las dificultades que todos confrontamos. Los proyectos de nivel de desarrollo más adelantados deben estimular, antes que descalificar o competir con los que han tenido menor oportunidad de crecimiento o han comenzado más tardíamente. La motivación, la sensibilidad y el enfoque conceptual de lo social en cada proyecto pueden ser elementos de avance, estancamiento o retroceso, evolución o involución, que deben ser tomados en cuenta.

Le corresponde a las universidades estimular, proponer, diagnosticar, planificar, programar, ejecutar, evaluar, reprogramar, crear, orientar, jerarquizar y formar profesionales para llevar adelante alternativas de acciones concretas y viables donde todos sus miembros puedan participar directamente junto con los servicios y las comunidades en la estrategia nacional de APS, organizando, discutiendo, promoviendo el uso adecuado de los medios científicos, técnicos, humanos y de comunicación social para la educación en salud, y el control, el tratamiento, la recuperación y la prevención en una dimensión más del proyecto global de calidad de vida.

EL PROCESO UNIVERSITARIO NACIONAL TIENE QUE VERSE EN ETAPAS entendiendo que el DESARROLLO en cada una de ellas NO ES HOMOGENEO Y SE VINCULA también CON LA HISTORIA, LAS CARACTERISTICAS Y LA DIRECCION Y FORMACION ACADEMICA DE SUS AUTORIDADES, PROFESORES, ESTUDIANTES Y EMPLEADOS.

Rediseño curricular para el perfil profesional deseable y para la contribución de la universidad a la estrategia de Atención Primaria de Salud

Etapas o vías para el trabajo

1. Establecimiento de líneas curriculares convergentes e integradas donde se encuentren involucrados todos los niveles de atención y todas las áreas del saber y el hacer en salud.

Paralelamente a esto, se deben ofrecer oportunidades de formación y entrenamiento en estas nuevas líneas curriculares a los estudiantes y profesionales formados bajo el curriculum tradicional.

2. Redefinición del modelo de enseñanza-aprendizaje en base a la planificación de: a) integración de la docencia, la asistencia y la investigación; b) formación integral temprana en terreno extramural; c) trabajo en equipo, donde la incorporación debe ser precoz para desarrollar habilidades y destrezas que le permitan en el futuro realizar un mejor trabajo cooperativo. Para cumplir estos parámetros se deben establecer planes de estudios flexibles, pero no reñidos con la sistematización del conocimiento y el rigor académico, que permitan un desarrollo progresivo y crítico.

Debe seguirse la metodología de enseñar y aprender haciendo, basada en principios éticos y científicos de la solución de problemas y de entrenamiento en investigación.

3. Gerencia-Administración. Esto debe ser una responsabilidad compartida entre las partes involucradas: el Estado, la Universidad, la comunidad, los gremios. Se debe planificar un modelo administrativo que pueda funcionar en los diferentes establecimientos de salud, de manera que se logre: a) la reorientación de estructura y funcionalidad del sistema administrativo a través de criterios de rendimiento cualitativo y cuantitativo; b) la solución ética, oportuna y adecuada de problemas para satisfacer necesidades reales y sentidas canalizando los mismos a través de unidades técnico-administrativas de acción y ejecución compartida, donde todos los niveles de formación profesional y todas las profesiones pertinentes tengan cabida porque están identificadas y definidas las funciones a realizar.

En cuanto a la coordinación y el liderazgo gerencial, debe ser ejercido en función de las capacidades y de las demandas planteadas por los problemas prioritarios, y no necesariamente en función de la profesión o especialidad profesional.

4. Experimentación en modelos alternativos de IDAI y desarrollo de Programas de Educación Continua sobre los conceptos y ejecución de la estrategia de APS dirigidos a los profesionales de las Ciencias de la Salud, docentes, funcionarios de los servicios asistenciales y a la comunidad.

La base de esta experimentación supondría que las organizaciones comunales, formales o no, y el servicio asistencial intersectorial demandarán la intervención del sector universitario para la búsqueda conjunta de soluciones. A la vez, supondría que el sector académico incorporaría las proposiciones de las comunidades y servicios a sus planes docentes, asistenciales y de investigación. Es decir, se incorporaría la flexibilidad como elemento de transformación curricular que permita adaptar los mismos en forma continua, basándose en las demandas y necesidades de la población, para hacerlo de esta manera más adecuado a la realidad.

5. Generación de modelos avanzados de docencia, extensión e investigación que vinculan las disciplinas que de una u otra forma convergen en la solución de problemas de salud y que acepten en su interior la participación no sólo de los docentes de escalafón universitario, sino también de los profesionales que laboran en las organizaciones donde tienen lugar los proyectos universitarios bajo los nuevos currículos.

Producción de modelos avanzados de gerencia, organización y administración, producción de tecnología alterna y prestación de bienes y servicios, lo mismo que planes de protección adaptables a la nueva educación para la atención integral a las diversas necesidades de la población mayoritaria, contando con el apoyo de todas las instituciones que ofrezcan un potencial relevante para la solución de problemas de salud. Las experiencias obtenidas deben ser evaluadas de manera conjunta entre todas las instituciones participantes, y al igual deben planificarse las nuevas actividades para que sean una continuación de las realizadas y no una repetición innecesaria.

6. Fortalecimiento de la formación, las facilidades y el incentivo a la investigación básica y aplicada, estableciendo a su vez un estricto control académico en el desarrollo y cumplimiento de la misma.

7. Intercambio y debate interuniversitario solidario para la evaluación y reformulación constante de la formación, la investigación y la extensión profesional.

8. La enseñanza-aprendizaje en equipos interdisciplinarios tiene que comenzar.

Esto supone otro modelo de Universidad.

ESTA ES UNA LUCHA DIFÍCIL.

¿Nos damos cuenta del reto?

¿Estamos dispuestos?

¿Cuál es la posibilidad?

¿Qué fuerzas no apoyan y nos adversan?

HACERNOS ESTAS PREGUNTAS SIGNIFICA QUE YA HEMOS COMENZADO.

OTORGAMIENTO DE CATEGORIAS DE MERITOS

Resoluciones Rectorales / 192-193

Elogio a la Dra. M.I. Rodríguez / 194

Elogio al Dr. Fidel Ilizástigui / 197

Discurso de la Dra. M.I. Rodríguez / 200

Discurso del Dr. Fidel Ilizástigui / 202

RESOLUCION RECTORAL NO. 190/91

- POR CUANTO: La Resolución número 57 de fecha 30 de marzo de 1977, promulgada por el Ministro de Educación Superior en su artículo 70, inciso I, faculta al que resuelve para proponer el nombramiento de Profesor de Mérito.
- POR CUANTO: Los relevantes méritos científicos docentes y políticos del profesor Fidel Ilizástigui Dupuy, así como su destacada participación en el diseño de los planes de estudio y su incesante labor investigativa en el campo de la Educación Médica Superior, deben ser justamente reconocidos.
- POR CUANTO: Es justo y necesario que el Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, valore de manera destacada ante las actuales generaciones y futuras promociones, la personalidad científica, docente y política del profesor Fidel Ilizástigui Dupuy.
- POR TANTO: En uso de las facultades que me están conferidas, resuelvo:
- UNICO: Otorgar la Categoría Docente Especial de Profesor de Mérito del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana al Dr. Fidel Ilizástigui Dupuy en acto público y solemne que se efectuará el día 7 de junio de 1991, en el Palacio de las Convenciones de la ciudad de la Habana.

Comuníquese a quienes corresponda.

Dada en la ciudad de La Habana, a los 7 días del mes de junio de 1991, "Año 33 de la Revolución"

Dr. Juan Vela Valdés
Rector
ISCM-Habana

RESOLUCION RECTORAL NO. 191/91

- POR CUANTO: La Resolución número 57 de fecha 30 de marzo de 1977, promulgada por el Ministro de Educación Superior en su artículo 70, inciso I, faculta al que resuelve para proponer el nombramiento de Profesor Invitado.
- POR CUANTO: La Doctora María Isabel Rodríguez de Sutter, se ha destacado en su fructífera trayectoria docente en la formación de personal para la salud en América Latina y el Caribe.
- POR CUANTO: Los relevantes méritos científicos y docentes de la Dra. María Isabel Rodríguez de Sutter deben ser justamente reconocidos.
- POR TANTO: En uso de las facultades que me están conferidas, resuelvo:
- UNICO: Otorgar la Categoría Especial de Profesor Invitado del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana a la Dra. María Isabel Rodríguez de Sutter en acto público y solemne que se efectuará el día 7 de junio de 1991 en el Palacio de las Convenciones de la ciudad de La Habana.

Comuníquese a quien corresponda.

Dado en la ciudad de la Habana a los 7 días del mes de junio de 1991, "Año 33 de la Revolución".

Dr. Juan Vela Valdés
Rector
ISCM-Habana

ELOGIO DE LA DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ DE SUTTER, POR EL DR. ERNESTO DE LA TORRE MONTEJO

Hace unos minutos hemos escuchado la Resolución Rectoral mediante la cual el Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana otorga la categoría docente de Profesor Invitado a la Dra. María Isabel Rodríguez de Sutter.

La mayor parte de ustedes conocen de su trayectoria científica y docente, así como de su capacidad organizativa. Saben también que durante años en su patria y otros países de América ha sembrado la simiente de la pasión por la investigación en la Ciencias Básicas Biomédicas y ha buscado unir a los jóvenes médicos latinoamericanos en una comunión de ideas, de amor a la verdad, a la justicia y a la ciencia. Ha querido unir a los hombres y quebrar fronteras, porque ella sabe que el sueño de Bolívar y Martí está por hacerse y hay que hacerlo.

Quizás pues, no será necesario que añadiera yo palabras para resaltar los merecimientos que llevaron a la dirección de nuestro Instituto a tomar decisión de pedir a la Dra. María Isabel Rodríguez que aceptara formar parte de nuestro cuerpo profesoral. Pero este es un momento singular por varias razones, una de ellas que bajo la convocatoria de la UDUAL se reúnen en La Habana profesores de Medicina de países de América para intercambiar experiencias e ideas que nos ayuden a formar el médico y el personal de Salud que necesitan nuestros países y desde luego para analizar también que más podemos hacer por elevar la salud de nuestros pueblos.

Creo que el recordar con ustedes algunos detalles del quehacer profesional de María Isabel, como seguramente ella quiere que la llamemos, puede añadir algo a la reflexión y sentido de compromiso en que ustedes se han visto inmersos en estos días.

María Isabel concluyó la carrera de Medicina en la Universidad de El Salvador en 1949.

Entre 1949 y 1954 realizó estudios de postgrado en el campo de Fisiología Cardiovascular en el Instituto Nacional de Cardiología de México, publicando en este corto período de tiempo 13 trabajos científicos como autora principal y 10 como coautora. Es este, un período estelar de la cardiología mexicana y ella se relaciona estrechamente con sus figuras principales, Chávez, Sodi Pallares y quien es mexicano, pero también un poco nuestro, Enrique Cabrera.

A partir de 1954 se integra como profesora al departamento de Fisiología de la Universidad de El Salvador, primero como profesora asistente y en 1959 es promovida a profesora titular. De 1967 a 1971 ocupó el cargo de Decana de la Facultad de Medicina de la mencionada Universidad.

En estos años se sucedieron una serie de trascendentales cambios en la Universidad de El Salvador que la convirtieron en modelo para otros países de la región. María Isabel tuvo un papel protagónico en estas luchas desde sus días de estudiante, que sirvieron por una parte para dignificar la Institución Académica, al alcanzar una plena autonomía y cogobierno y por otra parte se acrecentó el prestigio científico con la creación de Institutos de Investigación y la apertura de áreas como economía y sociología, apoyando y promoviendo la investigación en toda la Institución. Junto a ella se alinean otros profesores de ideas coincidentes entre los que debo citar a Fabio Castillo, quien llegó a ser Rector de la Universidad, miembro de la Junta de Gobierno de la República y más tarde, militante pleno del Frente Farabundo Martí.

El departamento de Ciencias Fisiológicas devino en centro nucleador de jóvenes profesionales, formados en el mejor ejemplo científico y humano. Decenas de talentos salieron de ese departamento entre los que merecen citarse a Salvador Moncada, Gloria Alicia Torres, Roberto Vargas, Alicia Cabezas, entre otros.

Todo este movimiento renovador y progresista convirtió a la Universidad de El Salvador de esos años en la mejor universidad de Centroamérica y un ejemplo para América Latina.

Hacia finales de los años 60 y comienzo del 70 la OMS y la OPS detectaron los valores de la profesora salvadoreña y comienza la colaboración de María Isabel con estos organismos en el campo de la enseñanza de la Fisiología y la Farmacología.

La luz de conocimientos, de sabiduría, de dignidad y latinoamericanismo que irradiaba la Universidad de El Salvador resultó demasiado intensa y su resplandor se hizo intolerable a los militares de ese país que llenos de ira, odio y temor arrasaron con todo lo que se había levantado con tanto esfuerzo, inteligencia y amor. La Universidad fue cerrada y se destruyeron sus mejores instituciones, produciéndose el éxodo de sus científicos a otras partes de América y el mundo.

En 1975 se abren de nuevo las puertas universitarias, pero persiste la represión. Cabe recordar ahora un hecho dramático y brutal. En 1976 se celebró en La Habana una reunión, precisamente de la UDUAL, a ella asistieron 3 jóvenes profesores formados a la imagen de María Isabel. En ese evento clamaron solidaridad para la Universidad de El Salvador, denunciando la anticultura y la antidemocracia. Al regresar a su país fueron salvajemente torturados y asesinados. Su delito, ser consecuentes con las enseñanzas recibidas.

En 1972 acepta María Isabel trabajar para la Oficina Sanitaria Panamericana en el campo de la educación médica. Aporta toda su experiencia y formación científica y es una de las inspiradoras principales de esa naciente unidad en la que también colaboran Ramón Villarreal, Juan César García, Jorge Andrade, José Roberto Ferreira, Miguel Márquez, Carlos Vidal y José Teruel.

Por su conocimiento del país, la OPS la ubica como consultor en educación médica con sede en México. Allí continúa defendiendo dos de sus ideas principales, la importancia del desarrollo e investigación en las ciencias básicas biomédicas y la integración del pensamiento universitario latinoamericano, a lo que añade posteriormente la necesidad de la incorporación del enfoque epidemiológico en los estudios y práctica de la Medicina. Colabora estrechamente con la Universidad Nacional Autónoma de México y con las universidades de Puebla, Gualajara y San Luis de Potosí. Participa en la creación de la Universidad Autónoma Metropolitana.

En los años comprendidos entre 1978 y 1980 pasa a trabajar en Venezuela, país al que traslada toda la experiencia adquirida en México. Colabora con las universidades Central de Venezuela, Carabobo, Zulia, Maracaibo y Ciudad Bolívar. Amplía su campo de acción a las carreras de estomatología, enfermería y técnicos medios de Salud. Desde Venezuela establece vínculos con las universidades de Ecuador, Brasil, Guatemala, Perú y Bolivia, manteniendo los nexos establecidos con México.

La unidad regional de Recursos Humanos con sede en Venezuela se convirtió bajo la dirección de María Isabel en centro generador de nuevas concepciones, de apoyo a los jóvenes, a los que transmitía la experiencia que ella y sus compañeros de trabajo habían adquirido en el campo de la educación e investigación médica. Su casa de Venezuela fue centro de análisis, discusión, de búsqueda de nuevos caminos para mejorar la salud de los países de América Latina. Por eso los que la visitaban y se beneficiaban de su clima la llamaron "Casa abierta al tiempo".

Al comienzo de los años 80 es designada como representante de la Organización Panamericana de la Salud en República Dominicana. Su trabajo tiene que ser más integral, más abarcador, pero insiste en las ideas que han sido su guía de acción durante todos estos años.

Su entrega, tenacidad y capacidad, la hacen merecedora de numerosos reconocimientos y es nombrada Profesora Honoraria de varias instituciones académicas dominicanas, pero más importante aún, se ganó el respeto y cariño de ese pueblo.

Posteriormente es llamada a la Oficina Central de la OPS en Washington para que coordine un programa llamado Salud Internacional, que está dirigido a jóvenes menores de 35 años y que tiene el objetivo esencial de capacitarlos para trabajar en el desarrollo de la Salud Pública de sus respectivos países, teniendo en cuenta las particularidades propias y las relaciones con la Salud Pública continental y mundial.

Durante todos estos años María Isabel ha sido para nosotros, los que hemos trabajado en la educación médica y la organización de la investigación, más que una funcionaria inteligente que apoya y da sugerencias, la compañera capaz que se ha adentrado en nuestros problemas, intentando juntos encontrar soluciones y finalmente sintiendo como suyos nuestros éxitos y fracasos.

Todas las personas con las que he platicado sobre María Isabel han coincidido en los rasgos fundamentales de su carácter que han conducido y estimulado su acción desde sus días de estudiante universitaria.

He querido en estas breves notas ser fiel a esa impresión que me han transmitido, y desde luego a mi propia percepción de su vida y personalidad, que quizás pueda sintetizarse en la respuesta que me dio una compañera a la pregunta de cómo ella la definiría como ser humano. Me respondió: es una mujer apasionada y comprometida con las ideas revolucionarias, muy humana y desinteresada, muy sensible y valiente, muy crítica y sincera.

María Isabel, conocemos que cuando el ataque de Playa Girón alzaste tu voz para condenar la agresión y clamaste solidaridad para la Patria agredida. Presumo que en ese entonces tenías poca o ninguna relación con Cuba y los cubanos, pero tus principios te hicieron ver claramente que se intentaba cometer un crimen, que buscábamos al igual que tú, un destino mejor para nuestros pueblos y que estábamos erguidos y dispuestos a morir antes que a claudicar. Te podemos decir que han pasado 30 años y aquí en la Isla, este pueblo sigue de pie y siente hoy como ayer llegar hasta nuestras costas el calor humano de los hermanos de América.

María Isabel a ti que has ejercido el magisterio del amor por la ciencia, la cultura y la verdad, a ti que has inculcado a cientos de jóvenes el sentimiento y necesidad de la unidad latinoamericana, a la Profesora María Isabel Rodríguez de Sutter, que ha predicado con su vida y su ejemplo, a ti María Isabel, te damos las gracias.

**ELOGIO DEL DR. FIDEL ILIZASTIGUI DUPUY,
POR EL DR. ERNESTO DE LA TORRE MONTEJO**



Fidel Ilizástigui Dupuy ha alcanzado un elevado prestigio en nuestra sociedad.

Se le reconoce como un hombre de vasta cultura. Médico y Profesor que no ha dejado de ejercer, independientemente de las tareas que le han asignado y de los cargos que ha ocupado.

Internista sagaz, de sólida formación, que ha luchado incansablemente por hacer prevalecer y aún brillar el diagnóstico médico que descansa en el interrogatorio y examen del paciente, sin ignorar la ayuda que ofrece la moderna tecnología, pero sin permitir que esta tome el lugar del razonamiento clínico inteligente basado en el estudio y la experiencia.

Constantemente preocupado por la calidad de nuestra asistencia médica y por el papel que tiene la educación médica en la misma, trabajando porque esta última se base en conceptos científicos y cumpla los objetivos que demanda nuestro sistema de salud. En este sentido se ha destacado como nuestra figura cimera en el diseño y elaboración de planes y programas de estudio.

Ha dado un firme y sostenido apoyo a todas las ideas y conceptos, que sobre todo en los últimos 10 años se han elaborado y puesto en práctica para que nuestra medicina alcance niveles de excelencia que le ganen el reconocimiento de nuestro pueblo y del mundo.

El que una persona llegue a aunar todas estas características y además sobresalga en cada una de ellas puede ser solo el resultado de la voluntad mantenida de hacer del estudio, del trabajo y de la lucha por las ideas que se estiman correctas una constante en la vida; es un compromiso de muchos años que no termina nunca. Esto es precisamente lo que nos enseña la vida del Profesor Ilizástigui. Fue un magnífico estudiante de medicina, concluyó sus estudios en 1951 y fue el tercer expediente de su curso, lo que le valió obtener una de las 20 plazas de médico interno que se ofrecían a los mejores expedientes. Su formación como internista tuvo lugar en la Cátedra de Patología Médica con su Clínica, cuyo servicio radicado en el Hospital Calixto García, era uno de los más prestigiosos de esa época. Por oposición obtuvo una plaza de residente de medicina, que ocupó desde 1954 hasta 1959 en el mencionado hospital.

El triunfo de la Revolución en 1959 marcó para nuestro país el inicio de profundos cambios económicos y sociales que en rápida sucesión hicieron añicos el andamiaje en que se sustentaba la sociedad burguesa, a la vez que emergían nuevas formas de vivir y relacionarse los hombres y de entre los escombros fue surgiendo una patria nueva en la que se iba conformando el primer estado socialista de América.

La Universidad, la Facultad de Medicina, los estudiantes, los profesores y los médicos se vieron, como todos los cubanos, envueltos en ese torbellino de lucha de lo nuevo contra lo viejo, unos intentando asirse al pasado y otros, los más, lanzándose a la conquista del porvenir. En esas condiciones no se podía permanecer indiferente, o se estaba en un lado o en el otro. Había que elegir y para el Profesor Ilizástigui la elección resultó fácil, porque en realidad como militante de izquierda ya había tomado posición ideológica años atrás. Rápidamente se le asignan y acepta responsabilidades, vuelca todo su talento y energía en múltiples tareas relacionadas con la asistencia y la docencia médica, así como con las nuevas formas organizativas que requerían los servicios médicos para estar en correspondencia con los cambios sociales y comenzar a integrarse en lo que sería más tarde nuestro sistema de salud. Es así que en 1959 y en los primeros años de la década del 60 tiene participación activa en la Comisión Técnica de Hospitales Universitarios, propuso a la dirección de Atención Médica del MINSAP un Plan Nacional de Reforma Hospitalaria y Universitaria, contribuyó como asesor a la organización de las unidades de atención médica de las Fuerzas Armadas Revolucionarias, participó como consultante en el plan de estudio de medicina que se elaboró entre 1961 y 1962. Participó en forma importante en el proceso de reforma universitaria como

miembro de la Comisión Superior de Docencia de la Universidad de La Habana; dirigió desde su fundación el subdepartamento de Medicina Interna de la Escuela de Medicina. Elaboró el proyecto "Principios de Organización y Administración del Internado y Residencia", que fue aprobado y puesto en vigencia en 1962. Fue nombrado mediante concurso Profesor de Medicina Interna en la Cátedra de Medicina en 1960 y fue Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Calixto García, desde 1960 a 1968.

Todas estas actividades fueron cumplidas con éxito y nos dan una idea de la confianza que se tenía en la capacidad del joven médico y en su decisión de contribuir a hacer realidad las nuevas ideas que se abrían paso.

Hacia 1965 elaboró el concepto de Hospital Escuela que hizo posible se incorporaran a la docencia los hospitales provinciales Clínicos Quirúrgicos, Pediátricos y Gineco-Obstétricos, lo que unido a la concepción de la llamada Cátedra Viajera, propició la descentralización a otras provincias de la educación médica superior.

En 1965 es nombrado Jefe del Departamento de Medicina de la Escuela de Medicina de la Universidad de La Habana, y en 1967 se le otorga el título de Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna.

Su afán de abrir nuevos caminos para mejorar la educación médica lo llevaron a concebir un nuevo plan de estudio basado en la cooperación interdisciplinaria que se organizó por fases y unidades lógicas de conocimiento. El Profesor Ilizástigui elaboró el diseño y dirigió la ejecución de este nuevo plan de estudio que recibió el nombre de Plan Integrado. Su elaboración tardó 4 años, de 1969 a 1972. Se implantó en la Facultad de Medicina, estando vigente hasta 1980. Este plan de estudios aportó conceptos innovadores a la educación médica y sirvió como catalizador para relacionar a los profesores de medicina con estas nuevas ideas.

Elaboró y fue aceptado un plan de estudio para la formación del personal científico técnico y científico pedagógico en ciencias médicas que se llamó programa de cursos paralelos que funcionó 8 años, a partir de 1970.

Organizó y dirigió desde su creación en 1972 la Vicerrectoría para la Educación Postgraduada y las Relaciones Internacionales en la Universidad de La Habana.

En 1975 participó en la comisión que analizó y propuso nuevas estructuras para la educación superior en nuestro país.

En 1976 fue ratificado por el Ministerio de Educación Superior como Profesor Titular de Medicina.

Al crearse el Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, se le designa en 1976 Decano de la Facultad No. 1 de Medicina y en 1977, Vicerrector Docente en el mencionado Instituto.

A partir de 1977 y hasta 1981 fue miembro del Gabinete Docente Metodológico del Viceministerio de Docencia del MINSAP en el que tuvo una labor destacada.

Tuvo una participación activa y sobresaliente en la Comisión creada por el Gobierno cubano para el estudio de la educación médica superior, colaborando en la elaboración y discusión del documento final. Este documento y el análisis que el mismo desencadenó, motivó la toma de un conjunto de trascendentes decisiones que han tenido y seguirán teniendo en los próximos años un profundo impacto en la educación médica superior.

De una forma u otra el Profesor Ilizástigui ha tomado parte en las múltiples e importantes tareas que han surgido para dar cumplimiento a estas decisiones, pero en mi opinión a ninguna ha dedicado tanto esfuerzo y entusiasmo como a la elaboración del nuevo plan de estudio de medicina, trabajo que comenzó en 1982 como Presidente de la Comisión Central para la elaboración del mismo. Se propuso que este plan respondiera a una metodología científica, que fuera la base para graduar un médico general básico que de inmediato pudiera desempeñarse como médico de familia. Puso cuidado en destacar las habilidades que deben poseer los médicos recién graduados y se garantizó que la práctica formara parte de cada asignatura. Introdujo el método de solución de problemas como vía para combatir el pasivismo estudiantil. Se establecieron las estancias clínicas y epidemiológicas y aparecieron nuevas asignaturas para ofrecer al estudiante una visión menos bióloga y hospitalaria de la práctica médica. Es evidente que un proyecto de esta envergadura no es posible sin la ayuda de un grupo de cercanos colaboradores y el apoyo de la mayoría de los profesores, pero no hay dudas de que el alma y guía de este nuevo plan de estudios ha sido el Profesor Ilizástigui y me atrevo a decir que individualmente considerada es su creación intelectual más apreciada. La metodología utilizada fue aplicada posteriormente al diseño de los nuevos planes de estudio de Estomatología y la Licenciatura en Enfermería.

El Profesor Ilizástigui ha dirigido y efectuado como investigador numerosos trabajos, ha publicado alrededor de 30 artículos científicos, la mayor parte de ellos en revistas médicas, además de libros y folletos. Ha participado en numerosos eventos científicos nacionales e internacionales relacionados con la medicina, la educación médica y la educación general. Pertenece a varias sociedades científicas nacionales y a la Sociedad Internacional de Medicina Interna. Ha recibido diversos premios y condecoraciones y en 1982 el Consejo de Estado le otorgó el grado de Doctor en Ciencias Médicas, teniendo en cuenta sus aportes al desarrollo de la Salud Pública y la Pedagogía Médica.

Hemos querido mediante este rápido e incompleto transitar por la vida profesional y académica del Profesor Ilizástigui, sustentar lo planteado en nuestro exordio referente a los méritos y el prestigio alcanzado por el Profesor.

Queremos finalmente, decir dos palabras sobre el hombre. No ha sido ciertamente un espectador pasivo del espacio de tiempo que le ha tocado vivir, y como no ha sido remiso a exponer sus ideas y ha luchado por ellas, ha sido hombre polémico, que es decir que ha tenido opositores y que no todos sus compañeros de lucha y trabajo han coincidido siempre con sus puntos de vistas. Su vida en verdad ha sido fecunda y ha dejado ya una huella indeleble en nuestra medicina y nuestra Salud Pública.

Fue debido a una sugerencia suya que en la Educación Superior se modificó el nombre de Profesor Emérito por Profesor de Méritos y hoy tenemos la satisfacción de asistir a este solemne acto donde precisamente se le otorga esa categoría al Profesor Ilizástigui, que así se integrará al selecto grupo de profesores del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana que han recibido esa categoría y que son exponentes de lo mejor de nuestro intelecto, de la más amplia entrega al perfeccionamiento de nuestra educación médica superior, a la lucha tenaz porque la medicina cubana alcance los mayores éxitos y esté al mejor servicio de todos los cubanos.

A todo esto ha contribuido con su trabajo, su estudio, su dedicación y su vida el Profesor de Mérito, Fidel Ilizástigui Dupuy.

**PALABRAS DE AGRADECIMIENTO DE LA DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ
EN EL ACTO DE IMPOSICION DE CATEGORIA DOCENTE DEL
INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MEDICAS DE LA HABANA**

Sr. Ministro de Salud Pública de Cuba, Dr. Julio Teja;
Sr. Rector del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana;
Dr. Juan Vela;
Distinguidos miembros de la Presidencia:

Resulta para mí sumamente difícil, en esta solemne ocasión, encontrar el lenguaje adecuado, capaz de reflejar mis sentimientos y mi profunda emoción por el honor que se me confiere.

Conocer hace pocos días la decisión del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana de incorporarme a su seno, generó un proceso de autorreflexión sobre el significado de esta designación.

Me honra profundamente saberme profesor de esta Institución, querida y respetada por todos los universitarios dignos del mundo y en especial del continente, e incorporarme a la legión de docentes universitarios de esta gran patria de Martí que siguiendo su pensamiento lo han llevado a la práctica, aceptando con él que "educar es depositar en cada hombre toda la obra humana que le ha antecedido: es hacer a cada hombre resumen del mundo viviente hasta el día en que vive, es prepararlo para la vida".

Porque creo en la educación así concebida, porque creo en este país y su revolución y en la generosidad de su pueblo, como creo en la solidaridad entre los pueblos del mundo y por ende entre sus hombres, sólo por eso puedo entender que se me conceda el privilegio que me honra y recibo en mi calidad de salvadoreña, de centroamericana, de latinoamericana y de trabajadora de la Organización Panamericana de la Salud. Recibo este reconocimiento en nombre y como homenaje a esos colectivos con quienes he trabajado y de los cuales me sigo sintiendo parte. A todos ellos debo lo que soy y lo que he podido hacer.

Como salvadoreña debo a mi universidad y a mi pueblo el privilegio concedido a unos pocos compatriotas, el acceso a la universidad, y ya en ella participar gracias al esfuerzo conjunto de quienes nos acompañaron en el intento de construir una universidad de alto nivel académico, con un importante desarrollo científico y tecnológico al servicio de nuestra población y a través de una Facultad de Medicina que fue capaz de lograr un desarrollo científico independiente y producir generaciones que han mostrado que es posible el desarrollo de los más altos niveles en la producción científica en países tan pobres y tan debilitados como el mío, pero que no es posible su sobrevivencia cuando ese desarrollo entra en conflicto con los intereses de las minorías dominantes, en franca oposición a los esfuerzos de liberación de nuestros pueblos, más aun cuando se defiende una causa como la que mantiene la lucha del pueblo salvadoreño.

He sido privilegiada como centroamericana porque se me dio la oportunidad de contribuir al desarrollo subregional de la educación superior en Centroamérica, porque al lado de muchos de nuestros compañeros creímos en la integración centroamericana y las universidades centroamericanas ofrecieron la experiencia de casi una década de esfuerzos conjuntos, interrumpidos y luego debilitados por una guerra entre hermanos, organizada desde fuera por la

lucha de intereses ajenos a Centroamérica y como producto del vandalismo del capital transnacional que acabó con los intentos de integración económica y con todo el proceso de integración de la educación superior.

Como latinoamericana he tenido muchos privilegios, como funcionario de la Organización Panamericana de la Salud he podido compartir logros, preocupaciones, alegrías y dificultades de diferentes grupos de la región, de identificar y apoyar a compañeros ignorados y de trabajar al lado de compañeros verdaderamente comprometidos con la salud de la región. Al lado de ellos hemos asistido de cerca a la tragedia de nuestras universidades, en muchos casos a sus desmantelamientos, a sus estériles luchas internas, a su falta de financiamiento y más recientemente a las tempranas consecuencias de las llamadas corrientes progresistas de reforma que destrozando internamente nuestras casas de estudio les hacen perder hasta el aliento para unirse, para la búsqueda de solidaridad que les permita generar una acción coherente. Por eso comparto la tesis de Pablo González Casanova cuando nos pide "pensar en la Universidad" y nos dice que "pensar en la Universidad es amar a la Universidad" y yo añadiría más aún, es comprometerse con ella.

La Organización me ha privilegiado además con la oportunidad de colaborar al desarrollo de nuevas generaciones de salubristas latinoamericanos en el campo de la salud internacional de quienes esperamos sean motores de esta nueva visión de nuestra América libre, fuerte, unida e independiente. Que sean emisarios de un mensaje de solidaridad en defensa del futuro de nuestros pueblos trabajando para ellos y por ellos. Ojalá estos también privilegiados trabajadores de la salud internacional puedan compartir ahora y en el futuro, en su diario quehacer, ese hermoso pensamiento del dirigente máximo de este país, Comandante Fidel Castro Ruz, cuando plantea que "ser internacionalista es saldar nuestra propia deuda con la humanidad". No sé si a estas alturas de mi vida habré saldado mi propia deuda, pero de lo que estoy segura es que la vida ha sido muy generosa conmigo y al tratar de precisar esa categoría vida, estoy pensando en todos los que me han ayudado a crecer y han hecho posible que hoy reciba este galardón; por ellos, en nombre de ellos y en el mío propio doy al Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana y al Gobierno de Cuba mis más expresivos agradecimientos y las muestras de mi permanente solidaridad.

**PALABRAS DE AGRADECIMIENTO DEL DR. FIDEL ILIZASTEGUI DUPUY
EN EL ACTO DE IMPOSICION DE CATEGORIA DOCENTE
DEL INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MEDICAS DE LA HABANA**

Cuando en 1974 elaboraba en la Universidad de La Habana la ponencia sobre los fundamentos y bases para el otorgamiento del título de Profesor de Mérito Universitario, aprobada en 1976, muy lejos estaba de pensar entonces, que en fecha como ésta y en ocasión tan memorable para la educación médica cubana, la celebración de la Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población", y como parte del conjunto de actividades que se llevan a efecto en su seno, se me congratulara y distinguiera otorgándoseme el más preciado galardón, la más alta categoría académica a la que pueda soñar docente alguno como reconocimiento a la labor desplegada por mi persona en beneficio de los intereses y objetivos de la educación médica cubana.

Hablar de lo que hemos hecho o de cuánto hemos contribuido a la educación médica parecería petulante. Ya la historia, como juez implacable se encargará de realizar su veredicto y de medir a ciencia cierta lo poco o lo mucho de tal contribución, si ella existe.

Exponer mi visión de cómo entendemos la educación médica universitaria en el mundo de hoy, en el contexto de la revolución científico-técnica, me agradaría y me parecería apropiado, pero sería inoportuno al salirse del marco temporo-espacial, que el propio evento otorga para el acto.

Ambas tareas con todo y ser complejas no resultarían difíciles. Lo verdaderamente difícil es la tarea que la dirección de la Universidad Médica me reclama en estos instantes y reconocer que lo que hacemos se lo debemos en gran parte a otros para a la vez que se nos congratula sepamos agradecer a los que nos ayudaron directa o indirectamente, de una forma u otra a recibir este homenaje.

Considero que existen momentos de numidad en la vida en que este reconocer y agradecer a otros es demandante. Este momento para mí ha llegado. No es mañana ni luego, sino ahora en este preciso instante de mi vida.

No todos podrán ser nombrados, por cuanto su universo es infinito, a los que han contribuido a nuestra formación, como persona, como revolucionario, como médico o como maestro.

Ahora más que nunca comprendemos que nuestras vidas y lo que en ella obtengamos para bien o para mal, que las congratulaciones, títulos y méritos con que la sociedad nos distinga, no dependen única y exclusivamente de nosotros. En cada mención, en cada reconocimiento si se profundiza se hallarán las huellas de los que nos educaron y nos ayudaron con mayor o menor profundidad; nuestro mérito es el reflejo del mérito de muchos ausentes.

Tendré sin embargo que destacar y nombrar en representación de tantos, a aquellos que para mí han tenido una significación más destacada.

Llegue al Dr. Juan Vela Valdés, Rector del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (Universidad Médica), compañero revolucionario, destacado en conducir instituciones y hombres, mi primer agradecimiento, por considerar que mi persona tenía suficientes méritos como para recibir tan alta distinción académica en el marco de esta histórica conferencia.

A mis padres, ya fallecidos, Facundo y Edita, obrero y ama de casa, en esta oportunidad suprema de mi vida agradezco el haberme enseñado en un ambiente de pobreza y humildad proletaria, el ser honesto, honrado, agradecido, respetuoso y servicial.

A mi tío político, Alejandro Pouymiró, en cuyo hogar viví por muchos años, agradezco haber forjado en mi carácter la responsabilidad en el trabajo, el cumplimiento del deber y de la palabra empeñada, que vio en mí la pasión por el estudio y sin medir obligaciones sufragó mi carrera universitaria.

Agradezco a María Beltrán, maestra amable y bondadosa, que en los años de secundaria me introdujo en el mundo fantástico y creativo del arte y la literatura, sin sospechar, tal vez, que ello no sólo haría mi vida más plena sino que contribuyó a modelar mi pensamiento científico, que para ello también sirve el arte por su representación sintética de la realidad. No existe nada más parecido al arte que una buena teoría, que una buena discusión diagnóstica.

Al Dr. Bartolomé Arce Fernández, hombre polifacético, médico, científico, filósofo, de vasta cultura, amante de la música y de la vida práctica y gran conversador, que me introdujo en el campo de las ciencias y de los métodos pedagógicos modernos en la etapa del bachillerato, pero sobre todo le agradezco el que me proporcionó, por vez primera, una visión totalizadora y verdadera del mundo y del hombre en el mar tormentoso de tantos conocimientos inconexos de mis estudios, al poner en mis manos los primeros libros de la filosofía marxista-leninista y con el cual compartí en profundidad como nunca después, una y otra vez, en charlas amenas e interminables hasta días antes de su muerte, en recorrido permanente por los campos del arte, de la ciencia, la filosofía y la vida práctica. ¡Gracias, por tremenda lección de lo que debe ser un maestro!

Al Dr. Pedro Iglesias Betancourt, supongo ya fallecido, clínico eminente, educador distinguido, con el cual aprendí las bases y fundamentos del arte y la práctica de la Medicina Clínica durante 14 años. Le agradezco también el haberme enseñado la función integradora y coordinadora de la Medicina Interna, el amor, la responsabilidad por el enfermo, independientemente del descanso y la diversión, así como la práctica de organizar y conducir un servicio hospitalario-docente. Hombre librepensador y liberal, no pudo comprender los objetivos de la Revolución cubana y abandonó el país en los primeros años de ésta para residir en los Estados Unidos como un apátrida más.

Cómo olvidar al Dr. Luis Díaz Soto, comunista, médico internacionalista, director de la Clínica Centro Benéfico Jurídico de Trabajadores de Cuba, quien por vez primera en nuestro país dirigiera científicamente una institución de salud, gran conversador y que siempre con el amor de un hermano mayor me penetró en el mundo de la Medicina Social, de la organización y administración hospitalaria, de las teorías médicas en boga, y sobre todo de la importancia y valor inapreciable de una buena Historia Clínica científicamente realizada para la atención médica eficiente de la persona enferma.

Gracias, además, por haberme tenido como amigo, permitiéndome conocerlo a la vez que me enseñaba en charlas semanales el papel social de la medicina y la necesidad de la Revolución para una práctica médica verdadera y humanista.

Agradecimiento a los enfermos que atendí, que traté como médico, transformándoles sus procesos biosociales. A los estudiantes que les transformé sus personalidades. Tanto a los actuales como a los que vendrán en el futuro, por permitirme con su presencia y paciencia me transformara de un egresado novel a un médico y maestro con experiencia.

A mi familia le agradezco encarecidamente la dispensa que me otorgaron para cumplir mis labores. Supieron sufrir privaciones de todo tipo, no sin alegría, pues son revolucionarios, en mi lucha perenne por la defensa de la Revolución, de la salud pública y la educación médica cubana.

El ejemplo es un elemento poderoso en la formación del hombre, de la personalidad humana. El ejemplo puede tener una influencia poderosa cuando como en los casos escogidos, los contactos son interpersonales, frecuentes y profundos. No puede menospreciarse ni olvidarse la fuerza que también poseen el ejemplo de los hombres que por su posición destacada y abnegada, representan organizaciones o partidos y nos muestran en la práctica cómo comportarnos según los principios filosóficos que juntos compartimos aun en el caso que esos hombres no los conozcamos, los hayamos visto sólo en fotografía o personalmente en alguna ocasión.

Es de agradecimiento eterno a la influencia bienhechora de múltiples dirigentes del Partido Comunista que con el ejemplo de sus vidas nos educaron en la práctica, y nos indicaron el derrotero a seguir en las nuestras: a los compañeros Ernesto Che Guevara, Flavio Bravo, Blas Roca, Juan Marinello, Carlos Rafael Rodríguez, José R. Machado Ventura, Frank País, Celia Sánchez, Raúl Castro, Jorge Gaspar García Galló y tantos otros.

Un agradecimiento especial al Jefe de nuestra Revolución por su ejemplo de firmeza y convicción revolucionarias, por su lucha perenne por el bienestar de las masas, por su valentía política y personal en defensa de la Revolución, por su gran sensibilidad para saber acercarse y entender a los hombres, por su sacrificio y firmeza frente a la adversidad, por haber logrado la primera sociedad socialista en el continente americano, por anteponer la nación a su vida personal, por su afabilidad, bondad y cariño en su trato personal.

Al Partido Comunista de Cuba, cuya ciencia filosófica me ha ayudado durante tantos años para darle una significación humana a mi vida de hombre revolucionario, médico y educador, al permitirme comprender científicamente al mundo, el cambio de regímenes económico-sociales y el fundamento filosófico del hombre en género, familias e individuos en su intrincada complejidad biosocial. Al permitirme amar a mi pueblo y sus próceres con pasión infinita.

A sentirme digno como ser humano de mi patria, a luchar por la verdad y el socialismo afrontando con entereza todas las dificultades en la lucha por el mundo mejor de mis sueños juveniles.

A sentirme más revolucionario, más marxista-leninista en estos tiempos difíciles en que algunos se desorientan y pierden las ilusiones frente al triunfalismo imperialista.

Agradecer al Partido y a la Revolución el permitirme tener un espacio para hacerme creador, y facilitarme la posibilidad de contribuir con un grano de arena al gigantesco esfuerzo del pueblo por crear el socialismo en nuestra patria y convertirla en una potencia médica y de salud universal.

En fin, gracias al profesor Dr. Ernesto de la Torre, que tuvo que someterse a la aburrida tarea de leer mi abultado curriculum vitae para extraer como lo ha hecho, la esencia de mi vida sociomédica y el porqué de este otorgamiento.

Gracias, por sus apreciables palabras, por su gentileza, bondad y estimación hacia mi persona.

Gracias a la UDUAL por permitirnos que este acto se efectuara en el seno de su conferencia integrada, gracias a todos los presentes por haberme regalado algunos minutos de su tiempo para escuchar en apretada síntesis, lo que ha sido una vida de más de 40 años al servicio de mi pueblo, la Revolución, la salud pública y la educación médica.

Muchas gracias.

TRABAJOS SELECCIONADOS EN CONCURSO

- A. Galli - ARGENTINA / 208
- A.L. Velandia - COLOMBIA / 216
- Yoshikawa y Col. - BRASIL / 224
- Y. Marín - MEXICO / 230
- B.E. Pfeiffer - BRASIL / 235
- A. Morón - VENEZUELA / 242
- J.S. Yazille - BRASIL / 246
- H.M. Di Liscia - ARGENTINA / 250
- L. Moreno - MEXICO / 256
- C. Castro - ARGENTINA / 265
- J. Portillo - URUGUAY / 272
- L. Pereyra - ARGENTINA / 287
- A. Geirenger - VENEZUELA / 297
- M. del C. Monroy - COLOMBIA / 302
- R. Doño - ARGENTINA / 307
- C. Payares - COLOMBIA / 316
- J. Fernández - MEXICO / 341

SITUACION ACTUAL DE LA EDUCACION MEDICA EN LA REPUBLICA ARGENTINA - OCTUBRE DE 1989

Amanda Galli
ARGENTINA

INTRODUCCION

La República Argentina tiene nueve Facultades de Medicina, dos de las cuales son privadas.

A partir de 1986 se vuelve a constituir la Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina (AFACIMERA).

Las autoridades universitarias -Decanos de Medicina- se reúnen sistemáticamente para analizar la problemática compartida. Un tema fundamental es el ingreso irrestricto, el alto número de estudiantes de medicina, la gran cantidad de médicos que se gradúan cada año. En estas reuniones va surgiendo la necesidad de organizar y sintetizar la información disponible para tener una comprensión global de la situación nacional y para fundamentar los necesarios cambios curriculares.

La decisión de llevar adelante un proceso de transformación curricular desencadena la necesidad de analizar y discutir el sentido y orientación de dicha transformación, a partir de una toma de conciencia sobre las condiciones actuales.

Para orientar el análisis se utiliza un instrumento elaborado, en 1986, por el Programa de Personal de Salud en OPS/OMS, Washington. Consiste en un cuestionario: "Atributos e indicadores para el análisis prospectivo de la Educación Médica".

A partir de las características socioeconómicas del probable escenario latinoamericano en un futuro inmediato y de las necesidades de salud de la población en ese futuro previsto, se establecieron los atributos a considerar en la planificación y desarrollo de la educación médica, para que el graduado, producto de las instituciones formadoras, resulte relevante.

Se entiende que la formación médica es relevante siempre y cuando se oriente a las necesidades prioritarias de salud de la población en un contexto de racionalización de los recursos disponibles para cubrir todos los niveles de atención en forma equilibrada.

El cuestionario propone 43 rasgos y situaciones, la respuesta a cada uno de ellos se ubica en una escala de 10 categorías. En la práctica estas 10 categorías posibles se agrupan en 3 niveles: inferior, medio y superior. El nivel superior está expresando una situación deseable, un punto de llegada.

La tarea, realizada por grupos de docentes y alumnos, consiste en analizar cada atributo y decidir en cuál de las categorías, de 1 a 10, se ubica la facultad en el momento actual.

El supuesto básico es que aquella institución educativa que se caracterizara por haber llegado al nivel superior (categorías 8, 9 y 10) estaría en condiciones para formar un recurso humano adecuado a las necesidades de salud de la población y coherente con la organización de los servicios de salud.

El perfil indica la situación actual en relación a una situación deseable. La visualización del presente en relación a una meta o punto de llegada contribuye a direccionar las decisiones curriculares hacia el logro de mayor relevancia.

PROPOSITOS

El presente trabajo tiene como propósito presentar:

- a) el estado de situación actual de las Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina;
- b) una caracterización de la orientación dominante en la formación médica en base al análisis de los planes de estudios vigentes.

A) SITUACION ACTUAL DE LA ENSEÑANZA EN LAS FACULTADES DE CIENCIAS MEDICAS

1. Metodología

En cada una de las Facultades se llevaron a cabo reuniones de trabajo en las que grupos integrados por docentes y alumnos iban analizando cada uno de los ítems hasta llegar a un consenso acerca de en qué lugar de la escala correspondía ubicarse.

En algunos casos los grupos tuvieron facilitadores o asesores que ayudaron a definir en qué sentido podría interpretarse el ítem. Pero en la mayoría de las Facultades, a partir de una primera reunión orientadora, los grupos trabajaron solos y luego en una segunda reunión se presentaron y sintetizaron los aportes de cada grupo.

A pesar de promover la participación de todo el claustro docente, en la práctica se dio una mayor participación de profesores del ciclo clínico.

El extremo de esta situación ha sido la Universidad de Buenos Aires (U.B.A.), ya que en la elaboración de su perfil no está representada la opinión de los docentes de ciencias básicas. También cabe señalar que la participación de los estudiantes fue bastante limitada. Sólo en la Universidad Católica de Córdoba se consiguió una representación muy fidedigna de todos los estamentos.

Esta tarea fue realizada con la cooperación técnica de OPS.

2. Resultados

Se presentan los perfiles de todas las facultades, excepto el de la Universidad del Salvador, que no realizó esta actividad por decisión de sus autoridades.

Los 43 ítems están agrupados en 4 grandes capítulos: Contexto, Estructura, Función e Integralidad.

2.1 Contexto

En relación al grado en el que las Facultades toman en cuenta las necesidades de salud determinadas por la estructura demográfica y por las condiciones socioeconómicas, son cuatro las Facultades que coinciden en ubicarse en el nivel inferior. Es decir que, en general, los contenidos de la enseñanza no se corresponden con la situación de salud.

La Católica de Córdoba, U.B.A. y Cuyo se ubican en el nivel intermedio al considerar que en algunos cursos se toma en cuenta la morbi-mortalidad prevalente.

No se establece ninguna vinculación entre la organización de los niveles de atención médica y la enseñanza.

En general las Facultades consideran que si bien en los contenidos de la enseñanza se incorporan en un grado aceptable los desarrollos tecnológicos -"programas actualizados"- en ninguna de ellas se llega al análisis crítico de la tecnología diagnóstica y terapéutica utilizada en la práctica clínica.

En las universidades estatales es unánime la opinión acerca de la ausencia, en la práctica docente, de referencias al modelo de práctica profesional en condiciones de trabajador en relación de dependencia o como profesional independiente.

Cinco facultades consideran que aunque se ha declarado que el propósito es la formación de un médico general, en la práctica la organización del plan de estudio y los ámbitos de práctica ofrecen un modelo que valoriza la especialización.

La Católica de Córdoba y Mendoza se ubican en el nivel medio. Es decir, que consideran que logran en la enseñanza un equilibrio entre una práctica general y una por especialidades.

La estrategia de APS no constituye el fundamento orientador de la formación profesional.

Las Facultades de Medicina de las Universidades Nacionales no regulan el ingreso de estudiantes en función de las posibilidades de empleo ni en relación a estimaciones de las necesidades de profesionales médicos.

Hubo algunas dificultades en la respuesta a los ítems, que se refieren a los requisitos académicos para ingresar a la Universidad, particularmente a la carrera de medicina.

Corrientes, La Plata y Córdoba Nacional se ubicaron fuera de la escala -nivel 0- porque el asunto no tiene vigencia dada la política de libre ingreso.

La posición de los estudiantes presentes en la discusión, sobre todo en La Plata, fue muy definida: no querían participar en ese análisis porque consideraban que no era pertinente.

En el caso de Tucumán las respuestas corresponden a la situación anterior (años 1976-83), cuando se desarrollaba un curso de ingreso.

Mendoza respondió en función de la experiencia más reciente -año 1988-89-, oportunidad en la que ya se implementó un módulo introductorio. La respuesta de Buenos Aires refleja la particular experiencia de la UBA en materia de ingreso universitario: el Ciclo Básico Común (CBC) que tiene como uno de sus propósitos la orientación de la matrícula y que incluye algún curso de Ciencias Sociales, con la intención de brindar una formación más integral. En el último año (1989) para el ingreso a Medicina se acentuó, en el nuevo nivel de exigencia, el enfoque tradicional "biomédico", vinculado a las "ciencias duras".

La Católica de Córdoba, con una tradición sostenida en un curso premédico, se ubica en el nivel Intermedio.

En todos los casos se consideró que se mantenía, en el desarrollo de la formación básica común, premédica o de nivelación al ingreso, una concepción técnico-pedagógica bastante tradicional de aprendizaje de contenidos de disciplinas, más que promover el desarrollo de habilidades instrumentales para el trabajo intelectual.

2.2 Estructura

En general existen barreras para desarrollar la docencia vinculada a la investigación.

La integración interdisciplinaria prácticamente no existe. Cuyo y Católica de Córdoba se ubican en el nivel intermedio.

La consistencia entre docencia y servicios de salud es apreciada como buena, porque un gran número de los profesores de medicina son los jefes de servicios médicos a los que concurren los alumnos en el ciclo clínico.

Los establecimientos asistenciales no tienen bien definida su área programática y no hay población bajo programa. Las Facultades desarrollan la docencia en una serie de establecimientos sin posibilidad de evaluar los resultados de la atención brindada. Predomina la atención de la demanda espontánea y la evaluación epidemiológica es escasa.

En cuanto a la preparación del personal docente se le considera muy buena en los aspectos técnico-científicos. En 4 Facultades se considera que la formación pedagógica de los docentes merece una ubicación en el nivel intermedio. La Plata, Tucumán y Corrientes señalan el valor más bajo en relación a la formación de su cuerpo docente.

La forma en la que las Facultades facilitan la actualización docente es la autorización de licencias para asistir a congresos y cursos de post grado. No existe el año sabático ni programas de educación permanente. Es intensa la dedicación y el esfuerzo personal de los profesionales que participan en la docencia para mantenerse actualizados.

En la organización del conocimiento se mantiene el fraccionamiento disciplinario en las asignaturas tradicionales, con algunas excepciones como los MAP (Módulos de Atención Primaria) que integran el plan de estudios de UBA desde 1986, y cursos como Medicina, Salud y Sociedad en La Plata y Rosario, que articulan sus contenidos en función del análisis de situaciones de la realidad sanitaria del país. El Ciclo Clínico no está organizado en base a las clínicas fundamentales; existen muchas asignaturas y cursos por especialidades.

Las disciplinas que abarcan la dimensión psicosocial están articuladas en los cursos de Medicina Preventiva y Social, que es una asignatura independiente. Es decir, que no se integra un enfoque preventivo y de salud colectiva en los otros cursos.

Tucumán y La Plata consideraron que la enseñanza está más fraccionada todavía y que se desarrollan cursos puntuales, como Estadística y Administración.

2.3 Función

Se reconoce que la enseñanza sigue concentrando su esfuerzo en la transmisión de información y que se promueve la repetición de información más que el desarrollo de habilidades para la solución de problemas.

Se puede afirmar que todas las facultades conservan modos de conducción del aprendizaje bastante convencionales, en base a clases expositivas y "mostraciones" prácticas. No se implementa la modalidad tutorial, en gran medida porque todos los planes de estudio son rígidos; los alumnos no pueden realizar ningún tipo de opción para la cual pudieran necesitar ayuda; la orientación la ejerce el proceso administrativo a través del sistema de correlatividades. Por otra parte, los docentes dicen que dada la cantidad de alumnos es imposible pensar en una enseñanza personalizada.

A través de los exámenes y pruebas se evalúa sobre todo la retención de la información que fue transmitida en clases y que se encuentra en la bibliografía indicada como obligatoria. Se evalúa fundamentalmente la parte teórica y la memorización de los contenidos.

En el ciclo clínico los docentes esperan que los alumnos sean capaces de "razonar", "que piensen con criterio clínico" para resolver los problemas. Los docentes enfatizan que en las condiciones actuales -cantidad de alumnos- no se puede hacer una enseñanza y una evaluación conceptual, reflexiva. En general se evalúa la parte teórica separada de la práctica; aprobar los trabajos prácticos es requisito para "dar el teórico".

En ninguna de las facultades se ha sistematizado la evaluación del desempeño.

Tampoco hay ninguna experiencia en la que los estudiantes puedan participar en la evaluación de su propio desempeño con vistas a promover la capacidad para percibir los propios errores y desarrollar un juicio independiente.

Los estudiantes realizan prácticas clínicas en servicios hospitalarios; esta "práctica" muchas veces consiste en observar y escuchar al docente que "muestra un caso".

Salvo algunos casos excepcionales, los alumnos no participan en programas de salud comunitaria porque, como ya se señaló en un ítem anterior, este tipo de actividades no constituye una práctica profesional de los profesores de la Facultad. Los profesores son jefes de servicios de atención médica, pero no existen, en una cantidad significativa, los profesores que sean jefes de programas de salud comunitaria y los departamentos y Escuelas de Salud Pública desarrollan la enseñanza en forma teórica. A veces los alumnos realizan "visitas a terreno" para ver lo que se hace en los centros de salud, en áreas periféricas. En este nivel mantienen una actitud de observadores de la realidad.

Cuatro facultades señalan que los alumnos participan ocasionalmente en el cuidado directo del paciente y al final de la carrera. Córdoba Nacional, La Plata y Tucumán afirman que los alumnos sólo asisten a "mostraciones de pacientes".

2.4 Integridad

La investigación se realiza en forma aislada, gracias al esfuerzo y dedicación de los investigadores que se orientan según sus propios intereses e inquietudes. Ninguna de las Facultades tiene establecidas en forma explícita sus políticas en materia de investigación. Las investigaciones en curso corresponden al campo biomédico; la investigación socio-epidemiológica prácticamente no existe. Los alumnos no se vinculan ni participan en las investigaciones que realizan los docentes.

Las Facultades de Medicina desarrollan programas de estudios correspondientes a varias carreras: enfermería, kinesiología, obstetricia, fonoaudiología y otros cursos superiores, pero en ninguna se ha organizado instancias de experiencias de aprendizaje compartido con los estudiantes de medicina. Los docentes opinaron que si no se realizaban actividades conjuntas con los estudiantes de la misma facultad, era imposible imaginarse una interacción entre estudiantes de Medicina, Odontología, Farmacia, Bioquímica y Veterinaria. La formación universitaria se concentra exclusivamente en preparación profesional muy específica.

En relación a la disponibilidad de recursos para acceder a las fuentes de información a través de publicaciones, La Plata, Cuyo y Córdoba Nacional se ubican en el nivel intermedio. El acceso a la información y la posibilidad de disponer de textos y publicaciones para el estudio independiente ha sido señalada como uno de los déficit más significativos y una de las razones que promueven y legitiman el "dictar" clases y el "tomar apuntes", lo que finalmente determina el estudiar por los apuntes y en los exámenes preguntar lo que se dijo en clase.

Las Facultades están promoviendo el desarrollo técnico-pedagógico de la institución; se han incorporado profesionales del campo educativo como asesores en el diseño curricular y como docentes en los programas de capacitación pedagógica. La investigación educacional y la evaluación sistemática de los programas es incipiente en algunas facultades.

También la producción de material instruccional es una práctica incipiente. En general la experiencia compartida es la reproducción de "apuntes" o "guías de trabajos prácticos". La U.B.A ha producido y utiliza regularmente con sus alumnos, el video educativo en los MAP. Tucumán ha diseñado, para el curso de nivelación, unos módulos Instruccionales de Biología que integran contenidos y actividades de aprendizaje.

El presupuesto es insuficiente, cerca del 90 % del mismo se gasta en sueldos del personal.

Se están buscando y estudiando alternativas extrapresupuestarias pero se reconoce que no hay experiencia en este campo.

B) ORIENTACION DOMINANTE EN LA FORMACION MEDICA

En función de la definición de relevancia y tomando en cuenta algunos de los atributos e indicadores considerados en el Análisis Prospectivo, se realizó un análisis del Plan de Estudio para identificar la orientación dominante. Se clasificaron cada una de las asignaturas en una de las cuatro categorías siguientes: biomédica, clínica, colectiva y otras.

Un mayor porcentaje de las horas curriculares en biomédica significa una fuerte formación en ciencias básicas; un valor alto en clínico expresa una orientación dominante hacia el diagnóstico y tratamiento de los individuos enfermos. Salud colectiva concentra los contenidos de la enseñanza que desarrollan la dimensión social, que resulta condición necesaria para lograr un producto relevante.

1. Metodología

Se sumaron las cargas horarias de las asignaturas que pertenecen a una misma categoría y se calculó su peso relativo en el currículo, en relación al total de horas del Plan de Estudios.

La formación fue brindada por las Secretarías Académicas de cada una de las Facultades.

2. Resultados

La Universidad del Salvador no brindó la información correspondiente.

La Universidad de La Plata no tiene establecidas las horas correspondientes a cada curso, sólo define duración anual e intensiva, por eso no se incluyen en el resumen que se presenta en el Cuadro No. 1.

CUADRO No. 1
ANALISIS DEL PLAN DE ESTUDIOS, A PARTIR DEL NUMERO DE HORAS
ASIGNADAS A CADA ASIGNATURA

CATEGORIAS/FACULTAD	CICLO BIOMEDICO	CICLO CLINICO	SALUD COLECTIVA	OTROS
Nacional de Córdoba	35,2%	57,7%	7,4%	-
Nacional de Cuyo	27,6%	61,5%	10,4%	0,5%
Católica de Córdoba	21,3%	57,1%	6,6%	15,0%
Nacional de Tucumán	32,6%	55,5%	8,8%	3,1%
Nacional del Nordeste	26,6%	63,3%	10,1%	
U.B.A.	24,5%	59,3%	10,6%	5,6%
Nacional de Rosario	29%	63%	8%	

La categoría Otros corresponde a asignaturas tales como: Inglés, Teología, Ecología e Introducción a la Filosofía, en el caso de la Católica de Córdoba y en la U.B.A. corresponden a las asignaturas del Ciclo Básico Común (CBC) que son: Introducción al Conocimiento Científico Sociedad y Estado, Matemática y Psicología.

El ciclo biomédico concentra entre 800 horas en la Universidad Nacional del Nordeste (UNNE) y 1287 horas Córdoba Nacional. En esta última llama la atención la carga horaria de Anatomía: 790 horas contra 192 en Buenos Aires, 180 en UNNE, 140 en Cuyo, 120 en Tucumán y 210 en la Católica.

El porcentaje tan alto (35,2 %) en ciclo biomédico en Córdoba Nacional es sólo a favor de Anatomía.

El ciclo clínico acumula entre 1704 horas (Tucumán) y 3052 horas (U.B.A.). Las horas dedicadas a estas asignaturas varía significativamente entre una facultad y otra: 2730 (Católica), 2437 (Cuyo), 1997 (Córdoba), 1900 (UNNE).

Las horas dedicadas a "lo social" van desde 266 y 270 (Córdoba y Tucumán) hasta 544 (UBA).

Se puede decir que los Planes de Estudio vigentes conservan la tendencia a la especialización señalada, en 1984, por Miguel de Azúa en su tesis doctoral: "progresivo dominio de las especialidades sobre las clínicas fundamentales y paulatino deterioro de las ciencias básicas". Este último rasgo se vincula al carácter cada vez más "profesionalista" de la Universidad.

DISCUSION

Los perfiles fueron elaborados en distintas fechas y se han producido algunos cambios en las condiciones que influyeron en el valor asignado a determinados ítems.

En relación al ingreso (ítems 9, 10 y 11) hoy, segundo semestre de 1989, la situación de La Plata es diferente, ya que se ha aceptado la implementación en 1990 de un curso de Introducción a la Medicina, que tiene como propósito orientar a los estudiantes y desarrollar habilidades para los estudios universitarios. La Facultad de Medicina de La Plata ha asignado importantes recursos para llevar a cabo esta experiencia, a partir de la cual se irá modificando todo el currículo.

Tucumán ya desarrolló un curso de nivelación, que integra formalmente el nuevo plan de estudios vigente desde marzo de 1989.

Córdoba Nacional y Mendoza han avanzado en la dirección de estimar capacidad docente y cantidad de alumnos que pueden admitir para poder llevar a cabo las transformaciones necesarias para mejorar la calidad de la enseñanza.

Las distintas experiencias que se están desarrollando como cursos o módulos de nivelación ameritan un estudio comparativo y un análisis del nivel de habilidades adquiridas por los estudiantes y la evolución de su aprendizaje universitario posterior. A posteriori de esta investigación, tal vez AFACIMERA podría elaborar una propuesta con algunos lineamientos generales para establecer un nivel de exigencia similar en todo el país.

Un hecho que llama la atención es el valor tan bajo que, en capacitación pedagógica, se han asignado algunas facultades que han tenido organizada la Carrera Docente. Han señalado que esta instancia no cumplía efectivamente con el propósito de "formar docentes para la enseñanza de la Medicina".

Para desarrollar la capacidad pedagógica del plantel docente se está implementando el Curso de Formación Docente Pedagógica publicado por PALTEX en U.B.A. y Tucumán desde 1988 y en Corrientes y Rosario desde 1989. En La Plata se ha puesto en marcha en este segundo semestre de 1989.

El Perfil de las Facultades indica un bajo grado de relevancia. En la selección de contenidos de enseñanza no se toma en cuenta las condiciones de salud de la población (demografía, morbimortalidad prevalente, investigación epidemiológica, organización de los servicios de salud, niveles de actuación, etcétera.)

Predomina una concepción de "enseñar la medicina que es una sola": enseñanza descontextualizada. Los alumnos siguen realizando su aprendizaje fundamentalmente en el marco de los servicios de hospitalización en establecimientos de mediana y de alta complejidad.

Más allá de la comprensión y aceptación -por parte de los docentes- de que los alumnos deben practicar atención ambulatoria, el hecho determinante es que los profesores del ciclo clínico son médicos asistenciales, jefes de servicios, especialistas, que realizan su tarea docente en el mismo horario y lugar que la tarea asistencial. Por lo tanto, los alumnos se incorporan a servicios hospitalarios de especialidades.

La práctica profesional del docente determina la oportunidad de aprendizaje del estudiante. Para ganar en relevancia ("el médico que el país necesita" Vaquerías, Córdoba, 1984), las facultades deben revisar seriamente los criterios con los que se seleccionan los docentes. Hay que revisar en profundidad qué significa el concepto de articulación docente-asistencial a la hora de seleccionar profesores.

Las facultades siguen todavía funcionando en base a una estructura de cátedras y el médico que alcanza la categoría de profesor titular es un especialista. Una alternativa podría ser el pensar departamentos Integrados por profesores que se desempeñen en distintos niveles de complejidad de la red de servicios y que se valore, a la hora de seleccionar docentes, la producción científica socioepidemiológica como se valora la investigación clínica; que el título de especialista y la práctica clínica en un servicio hospitalario no signifique "automáticamente" la mejor capacitación para enseñar a los estudiantes a nivel de grado. Habría que pensar en definir diferentes perfiles docentes coherentes con el producto-perfil del graduado que se propone formar; nivel de grado: médico general; nivel de posgrado: médico especialista.

Hay suficientes evidencias que están mostrando que la sumatoria de docentes especialistas y la yuxtaposición de conocimientos segmentados no producen una integración del saber médico y mucho menos promueven el desarrollo de habilidades para un desempeño profesional en los primeros niveles de atención.

Se advierte que para ganar en relevancia hay muchas dificultades, como por ejemplo, el escaso número de docentes que hacen investigación socioepidemiológica y/o que incluyen en el desarrollo de sus cursos contenidos en relación a la patología prevalente y estrategias de prevención. También resulta un obstáculo en el camino hacia la relevancia, la misma debilidad del sistema de salud local: falta de organización, de evaluación de los servicios, de población bien definida bajo programas preventivos, etcétera.

Sin duda alguna las universidades tienen que hacer su contribución para lograr servicios de salud equitativos y eficientes. La estrategia elegida es la articulación docente-asistencial.

El progreso hacia la meta es lento; la resistencia al cambio dentro de las instituciones formadoras es altísima y se expresa de las formas más diversas.

Finalmente, en relación al presupuesto, el siguiente párrafo de Daniel Cano contribuye a caracterizar la situación universitaria actual:

"En términos generales, los datos de financiamiento brindan la imagen de un subsistema universitario estancado, con muy pocas inversiones o incluso decrecimiento de las mismas y con una enorme proporción del gasto destinada a mantener lo existente, sin márgenes para generar innovaciones ni asegurar el avance de las tareas de investigación."

"El intento de romper con la tradición de gratuidad de la enseñanza universitaria oficial, instaurada definitivamente a partir del primer gobierno peronista en la década del 40, no llega a durar lo suficiente como para percibir sus efectos económicos. Sin embargo, la resistencia generada por esta medida y el desprestigio de la misma por provenir de quien provenía harán sumamente difícil que, bajo condiciones democráticas, se elaboren alternativas para eliminar el efecto de "subsidio a los sectores pudientes" que implica la situación de gratuidad absoluta en la enseñanza universitaria oficial."

"El aumento del presupuesto educacional y, en especial, del presupuesto universitario se presentará como única alternativa viable para responder a las presiones por el acceso a la educación superior. Ahora bien, aun eliminando las arbitrariedades y desproporciones generadas en el presupuesto nacional global en el período 1976-1983 (es decir, disminuyendo por ejemplo, los gastos militares y controlando los abusos y la corrupción en otras esferas), seguir solventando un incremento de la matrícula universitaria como el experimentado en las últimas décadas implicará colisiones inevitables con otros objetivos "redistributivos" (tales como la promoción de la educación elemental), así como con metas de mejoramiento cualitativo de la enseñanza superior (nivel académico, fomento de la investigación, etcétera)."

REFERENCIAS

* Cano, Daniel. La educación superior en la Argentina. Gel., Bas. As., 1985.

ANALISIS DE LOS CRITERIOS DE EVALUACION DE LA FORMACION DE PERSONAL DE SALUD

Ana Luisa Velandia Mora

COLOMBIA

INTRODUCCION

Es costumbre consuetudinaria que al finalizar una etapa o período miremos hacia atrás para examinar el camino recorrido, y eso, ineludiblemente, nos está sucediendo con nuestro siglo XX. Y yo creo que -aun cuando la evaluación no se debe dejar para el final- no está mal esta práctica de hacer una "crítica a lo hecho" para reorientar el camino que nos corresponde seguir.

De ahí la necesidad de revisar los criterios a través de los cuales, tradicionalmente, hemos evaluado la formación del personal de salud.

A mi manera de ver, estos criterios han sido ante todo de tipo cuantitativo (personal de salud/habitantes, personal de salud/camas), en algunos casos de carácter académico (post-gradados, proyectos de investigación, revistas) y, bien poco, han sido motivados por intereses de orden social.

En este trabajo, pretendemos hacer el análisis de estos tres tipos de criterios y la validez que ellos tienen para orientar la formación del personal de salud, partiendo del conocimiento más cercano que tengo, que es la formación del personal de enfermería.

TIPOS DE CRITERIOS

Críterio cuantitativo

Los criterios a través de los cuales comúnmente se estudia la producción, distribución, ubicación, utilización y otros parámetros de análisis del personal de salud, se reducen a expresiones numéricas, generalmente relaciones matemáticas entre la cantidad de personal con el número de habitantes o de camas, en el sector de servicios, y con estudiantes en el sector educativo.

Si bien es cierto que estos modelos matemáticos ayudan a esquematizar la situación, con demasiada frecuencia ocultan problemas de fondo que no es posible visualizar con la sola expresión matemática del hecho.

Analizando algunos datos de este tipo, se ha hecho evidente que la mayoría de la fuerza de trabajo de enfermería está representada por el personal con menor preparación formal o carente de ella, lo cual significa que las acciones asistenciales están en un alto porcentaje en manos de personal no calificado.

Por otra parte, pero relacionado con lo anterior, estudios realizados por la OPS/OMS hacen evidente la dificultad de describir el perfil ocupacional de la enfermera debido a la existencia de programas de diferentes niveles y a la falta de una división técnica de estos. Este hecho contribuye a profundizar la crisis de falta de identidad de la profesión¹

La proliferación de trabajadores que prestan "servicios de enfermería" empaña cada vez más la imagen que de la enfermería tienen las mismas enfermeras y el público en general.² Esto ha llevado, entre otras cosas, a plantear la necesidad de buscar mecanismos que permitan a la auxiliar de enfermería su promoción hacia niveles más altos de desempeño, mediante diseños curriculares con planes escalonados y abiertos.¹⁻³

Este criterio cuantitativo analiza la producción del sector educativo como infraestructura del sector salud, o como lo dicen expresamente como "servicio humano". Posiblemente ayuda también a estimar la vinculación de los nuevos egresados a los diferentes subsectores: estatal, de la seguridad social, privado (institucional o independiente).

Criterio académico o "formal"

Existe un conflicto de objetivos en la formación del profesional de enfermería; por un lado, las necesidades de personal del sector salud; por otro lado, las exigencias económicas de la oferta-demanda de personal; y, finalmente, la identidad profesional, con sus exigencias de desarrollo científico y tecnológico.

Frente a este conflicto, me parece que ha surgido una dicotomía entre los intereses: a) del sector servicios, b) del personal de salud como gremios profesionales y c) del correspondiente sector educativo.

El sector de los servicios de salud aboga por un personal acorde con las necesidades y condiciones de los programas de salud (entre ellos la escasez de recursos económicos del sector), lo cual los lleva a solicitar la formación "rápida" (y por consiguiente, barata) de personal; a los trabajadores de salud, como gremios, les preocupa el desempleo, los salarios injustos y en general las inadecuadas condiciones de trabajo, lo cual por su parte, los lleva en ocasiones incluso a considerar como positiva la disminución en la producción de egresados; y, finalmente, nuestro sector educativo está interesado en el nivel científico de su producto, en el desarrollo científico de la respectiva disciplina, en el avance tecnológico en salud, etcétera, lo cual igualmente nos lleva a ampliar la duración de los pregrados, a crear más postgrados y muchas veces a hacer investigación "per se".

Ahora bien, observando lo más fríamente posible este estado de cosas, dado por el "triple interés" que acabo de plantear, podemos darnos cuenta que de todas maneras ello ha contribuido no solo al crecimiento cuantitativo del personal de salud, sino también a sus mejoras económicas y a su desarrollo científico disciplinario.

Este criterio académico o "formal" ayuda al análisis de ciertos procesos como: el educativo o de formación del profesional y el de agremiación y lucha sindical por mejores condiciones de trabajo.

Sin embargo, algo nos hace pensar que ahí no está la solución del problema y que probablemente es hora de pensar más concienzudamente en otro tipo de criterios para evaluar nuestro papel de formadores de personal de salud.

Criterio social

Después de este análisis, pasemos a pensar en otro tipo de criterio, más social, de más acercamiento a la comunidad, de más solución a los problemas concretos de salud de los diferentes grupos de población.

A mi modo de ver, este criterio está sustentado en aspectos más cualitativos que cuantitativos, más de resultados que de procesos o de infraestructura.

Pero ello, previamente, obliga a la reflexión de una serie de implicaciones que en el sector educativo o de formación de personal tiene este tipo de criterio.

IMPLICACIONES EN LA EDUCACION

Enfoque teórico o marco conceptual

En primer lugar, es fundamental crear una conciencia crítica que permita transcender el "statu quo", es decir, formar trabajadores de la salud con un fuerte compromiso social, con una verdadera "conciencia sanitaria".

De allí que los aspectos sociales y filosóficos, ético-morales y humanitarios del problema de la vida, el envejecimiento y la muerte, adquieran hoy una particular importancia.

La prolongación de la vida humana se plantea entonces como un objetivo científico y socialmente aceptado. Y el derecho a la salud en el plano social se convierte, en tal caso, en el punto de partida para reafirmar el derecho a la vida, una vida cuanto más larga, cuanto más se aprovechen todas las reservas biológicas del hombre y se reduzca al mínimo el efecto patológico de los factores propios del envejecimiento social precoz. De ahí que la tarea prioritaria de los trabajadores de la salud, sea reducir al máximo las causas del envejecimiento social, prematuro o patológico. En otras palabras, ampliar la expectativa de vida.⁴

El proceso salud-enfermedad es histórico y social, por ello a través de la historia se encuentran perfiles epidemiológicos que no se explican por los cambios biológicos ocurridos en la población, ni por la evolución de las prácticas en salud, sino como resultado de las transformaciones de la sociedad.

El carácter social de este proceso se manifiesta empíricamente en forma más clara en la colectividad que en el individuo, pero aquí la colectividad se refiere a grupos constituidos en función de sus características sociales, y en función de su salud.

Esto implica, en primera instancia, la necesidad de considerar la salud-enfermedad no como problema del individuo, sino de la colectividad.

Esto a primera vista no parece ser un planteamiento novedoso. Pero en la realidad, para la mayoría de los epidemiológicos "clásicos", el concepto de salud-enfermedad colectiva no difiere en ningún aspecto importante de la tradicional definición biológica e individual, porque para ellos el fenómeno colectivo no es más que la suma de los fenómenos individuales, lo cual ha reducido la epidemiología a un conjunto de técnicas más o menos sofisticadas para cuantificar asociaciones mono o multicausales.⁵

Se requiere entonces una teoría de lo social que proporcione elementos teóricos correctos para evitar la construcción empírica de grupos circunstanciales o seleccionados arbitrariamente.

Todo lo anterior nos coloca en la posición de considerar seriamente los contenidos de nuestros planes de estudio, con el objeto de valorar objetivamente el peso que las ciencias sociales tienen en ellos.

Quizás, la principal tarea de los cursos de ciencias sociales sea la de hacer que el estudiante adquiera un conocimiento que le permita, básicamente, formarse una visión de la determinación social del proceso de salud-enfermedad y de la práctica de la salud como fenómeno social, teniendo en cuenta que la salud no está dentro del sector salud, sino en las decisiones políticas que lo determinan. Y que el logro de la salud, definitivamente, está en el mejoramiento de la calidad de vida.⁴

Interdisciplinariedad

El hecho de enfrentar la problemática de la enfermedad como realidad colectiva, histórica y social y, por lo tanto compleja, nos impone la tarea de organizar los conocimientos no solo por materias en el plano disciplinario sino también alrededor de problemas concretos, en el plano interdisciplinario.

Claro que estas dos formas de organización del conocimiento están vinculadas: en el proceso de soluciones prácticas, la organización del saber por materias se transforma necesariamente en organización por problemas, para que después, como resultado de la solución alcanzada por la práctica, la organización por problemas pueda nuevamente transformarse en la organización por materias.

La organización de los conocimientos por problemas contiene el principio orientador y enfocador. El problema concreto es, pues, el nódulo en el que se verifica, se pone a prueba, la interacción de las disciplinas. Al mismo tiempo, la organización de los conocimientos por problemas sirve de base para incorporar las informaciones particulares sobre el problema, ya acumuladas en otras ciencias, así como para organizar la comunicación interdisciplinaria. Subrayamos que es precisamente para "incorporar y utilizar" y no para "disolver" de alguna manera el saber de un campo de conocimiento en otro.

Cabe también subrayar que en la totalidad los procesos de interacción de las ciencias (o disciplinas) son un puente de circulación "en ambos sentidos" y proporcionan un resultado integrativo tanto más elevado cuanto más desarrolladas estén las esferas del saber científico, vale decir, cuanto más desarrollados estén sus respectivos campos de conocimiento.⁴

Entonces, al hablar de trabajo interdisciplinario, este no se entiende como la sumatoria de enfoques, sino la convergencia armoniosa de varias disciplinas desde el comienzo de los proyectos (o programas), para lograr una interpretación comprensiva y buscando relacionar y sintetizar sobre la base de un referente metodológico unificado.⁹

Esta disquisición nos lleva a replantearnos la formación de los profesionales de salud en términos de aprendizaje común, desde las primeras etapas formativas. El trabajo interdisciplinario es una exigencia de nuestra época y lo será cada vez más en los próximos años, a medida que se vaya ampliando el concepto integral que tiene en cuenta las tres dimensiones del hombre y, por ende, su salud.

Pero, ¿cómo se pretende formar un profesional con orientación interdisciplinaria, si las prácticas son unidisciplinarias y si los docentes tampoco lo hacen?

Existen algunos intentos de formación interdisciplinaria en las primeras etapas formativas. Uno de ellos es el Sistema Modular que se sigue en la educación de enfermería en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco UAM-X de México. Los módulos que componen el sistema tienen como punto de partida esencial el estudio e investigación de problemas de la realidad, con un enfoque interdisciplinario.

Las tres etapas o troncos que utilizan son los siguientes:

1. Tronco común, llamado por ellos Interdivisional, el cual cursan todos los alumnos de todas las 18 carreras de la UAM-X.
2. Tronco central, llamado por ellos, Divisional y en donde se separan los grupos para seguir la carrera que han elegido. En el caso que nos interesa, incluye las 8 carreras "Biológicas y de Salud".
3. Tronco profesional, llamado por ellos de Carrera, y el cual lo constituyen cuatro fases en las que se desarrolla el proceso evolutivo del hombre, inmerso en el proceso salud-enfermedad. En el caso de enfermería lo constituyen 12 módulos.⁶

El trabajo en salud debe caracterizarse como un proceso colectivo compuesto de áreas técnicas específicas. Enfermería es parte de este colectivo, encierra un proceso específico donde todos los elementos que la integran comparten parcelas de ese trabajo para componer un conjunto complementario e interdependiente referente al todo. Es decir, la asistencia de enfermería tiene especificidad y contribuye para la integridad de la asistencia de salud.⁷

Sin embargo, estudios nacionales de enfermería plantean que las enfermeras no han podido demostrar liderazgo al cambio en los servicios y que se evidencia la falta de un verdadero sentido de trabajo en grupo. Y ello debido a que el sistema educativo continúa utilizando metodologías pasivas, y la condición de la práctica es preponderadamente intramural.

Por otra parte, aun cuando las instituciones formadoras viables a través de contenidos teóricos tienen el criterio de que "el enfermero es un profesional independiente integrante de un equipo multiprofesional" (sic), muy pocos contemplan este tipo de experiencias. Y lo anterior como resultado del hecho que tanto los planes de estudio de la carrera no proveen mecanismos para la formación multiprofesional como la educación continuada o permanente y la educación de postgrado o avanzada es particularizada solo para los miembros de la disciplina.⁸

Según los estudios de la OPS/OMS sobre los programas de enfermería en América Latina, el núcleo dominante de la enseñanza continua siendo la práctica hospitalaria.¹

Integración docencia-servicio

El análisis de las implicaciones que para la enfermería latinoamericana tienen las condiciones socioeconómicas y de salud de la región, debe estar inscrito en la práctica de la salud, y acorde con estos lineamientos es necesario reforzar el proceso de integración docencia-servicio-investigación a partir de la realidad socio-epidemiológica del espacio social de la salud.⁹

Si se desea verdaderamente que el estudiante adquiera un compromiso social con la salud de la población, las experiencias de aprendizaje deben organizarse en contacto con la realidad de nuestras comunidades. Con esto quiero decir que las prácticas deben ser "reales", no a través de programas "pilotos" o en condiciones "experimentales". Y ello debido a que la integración docencia-servicio para que sea efectiva debe establecerse sobre la realidad concreta.

Los modelos de prestación de servicios de enfermería que utilizamos para la práctica de nuestros estudiantes, antes que pretender que sean "perfectamente elaborados", deben ser, eso sí, de amplia cobertura, no para élites o grupos escogidos, que no necesariamente corresponden a los grupos epidemiológicos que más requieren de nuestros servicios profesionales.

Por otra parte, la integración docencia-servicio debe estar mediatizada por la investigación, de la misma manera que esta debe mediar entre el servicio y la docencia; es decir, entre la práctica y la teoría, como quien dice, como un elemento integrador de doble vía:

Docencia → Investigación → Servicio

Práctica → Investigación sobre modelos de práctica → Teoría

Sin embargo, aquí debemos detenernos a pensar con mucho cuidado, porque aun cuando uno de los objetivos de la Universidad es su extensión a la sociedad, ello no implica necesariamente la prestación directa de servicios a la población por parte de la Universidad.¹⁰

La Universidad no puede caer en la tentación de convertirse en una institución prestadora de servicios, entre otras cosas, porque no es su función y, además, con ello contribuiría al sistema, ya criticado, de las prácticas "esotéricas" en programas pilotos, independientes o aislados del sistema de servicios de salud.

Implicaciones en la Investigación

Como ya vimos atrás, la investigación es el eje integrador entre la docencia y la asistencia, lo cual la hace particularmente importante en este análisis, y justamente de allí surgen una serie de reflexiones:

- ¿Cómo se pueden formar "enfermeras investigadoras" si los docentes no investigan?
- No solo se deben producir técnicos en investigación, es decir, personas (enfermeras) con conocimiento de la "metodología de investigación", sino profesionales de enfermería con capacidad de crear conocimientos en el área.
- La praxis transformadora tiene que ser el objeto y la finalidad de la investigación en enfermería. Es decir, la función de la atención de enfermería debe orientar la investigación.
- Pero para ello es imprescindible fundamentar la historicidad de nuestro quehacer profesional, "encontrar las huellas de nuestro camino recorrido, las conexiones totalizantes".¹¹

Retomando algunos planteamientos hechos en el II Encuentro Latinoamericano de Escuelas y Facultades de Enfermería, los criterios que debe orientar la investigación en enfermería en América Latina son:

- a) Las investigaciones deben ir encaminadas a suplir la ausencia o insuficiencia del conocimiento.
- b) La investigación debe generar, complementar o desarrollar teorías y modelos alternativos de enfermería.
- c) La temática de la investigación debe considerar problemas relacionados con las exigencias de las demandas sociales.
- d) La investigación debe contribuir a la solución de problemas de salud de grupos poblacionales y en riesgo.
- e) De tal manera, la temática de la investigación debe contribuir a la transformación de la práctica de enfermería.¹²

En el Foro preliminar al I Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, celebrado en septiembre de 1988 en Bogotá, Colombia, las enfermeras de servicios proponían la integración docente asistencial como una estrategia para el desarrollo de la investigación.

La investigación -acción- participativa se planteó como una estrategia adecuada para el desarrollo de la investigación, y como una estrategia para generar una actitud positiva hacia la investigación por parte del estudiante al hacer Investigación con el alumno.

En cuanto a cómo difundir la investigación, vale la pena mencionar la estrategia presentada por Chile, donde los estudiantes conformaron una sociedad científica nacional que tiene sus propios medios de divulgación.

La investigación se debe democratizar; es inconveniente la formación de grupos aislados de enfermeras (¿docentes?, me pregunto yo) que investiguen; se debe hacer investigación en el quehacer cotidiano.

En síntesis, tomar en cuenta la investigación como un Instrumento cotidiano en el quehacer de enfermería, sea cual fuere el campo de desempeño.¹³

En el Panel Final del mencionado Coloquio, se planteó la necesidad de establecer una política de investigación en enfermería, la cual debe utilizar la articulación docencia-servicio y fundamentarse en el contexto socioeconómico, político y cultural del país, en la realidad del sector salud y en las necesidades de la población, que es, en última instancia, el objeto y el sujeto de las acciones en salud.

Como recomendaciones generales (que tocan mucho con la formación de las enfermeras) se dejaron las siguientes:

1. Crear Comités o Consejos de Investigación en enfermería a los diferentes niveles, involucrando docencia y servicios.
2. Fomentar actitudes positivas hacia la investigación desde el pregrado, insistiendo en ella como uno de los roles de desempeño, para continuar con la formación de investigadores mediante postgrado; estimulando la Universidad como punto de convergencia con la sociedad.
3. Solicitar apoyo político divulgando los resultados de las investigaciones.¹³

Concretando diferentes planteamientos relacionados con la enseñanza de la investigación o el papel de ella en la formación de las enfermeras latinoamericanas, aparece una serie de reflexiones o proposiciones:

- La enseñanza de la investigación en las escuelas o facultades de enfermería no debe centrarse en una asignatura sobre "metodología".
- Se debe vincular la actividad investigativa en una forma articulada o coherente en todo el proceso educativo, utilizando la estrategia metodológica: estudio-trabajo.
- Esta vinculación debe hacerse a través de un eje integrador que se desarrolle en forma vertical a lo largo de todo el currículo y se vincule horizontalmente a través de las asignaturas.
- Es necesario hacer énfasis en que esta vinculación no debe ser solo en las asignaturas teóricas, sino de la misma manera en todas las experiencias prácticas.
- La investigación no debe ser enseñada por una sola persona, mejor aún, no debe haber "profesores de investigación", sino docentes-investigadores que transmitan su experiencia a través del trabajo conjunto con estudiantes, convirtiéndose así en modelos, en maestros de sus discípulos.
- Se requiere que los docentes de los diferentes niveles o componentes educativos den continuidad a la misma, sirviendo de verdaderos orientadores a los estudiantes.
- Esto requiere que los docentes participen directamente en proyectos en sus respectivas áreas.
- Esto significa que la investigación se haga sobre "líneas reales", es decir, sobre problemas de interés no solo nacional, sino institucional, con estudiantes trabajando en apoyo de esas líneas de interés, y no haciendo "ejercicios pedagógicos" para obtener una calificación.
- Todo ello contribuye a la formación de verdaderas "escuelas", que desde la Universidad actúen como núcleos de avanzada -académicamente- que jalonen el desarrollo de la profesión.

- Pero ello implica que los centros de formación deben producir profesionales vinculados de alguna manera a estos núcleos de avanzada, así sea como sus "lectores", lo cual implica la necesidad de escribir y publicar. Ello significa fomentar la relación "maestro-discípulo".
- Otra característica de la investigación debe ser el abordaje interdisciplinario, en el sentido en que se conceptualizó un poco atrás.^{13 14 15}

CONCLUSIONES

Al observar el desarrollo del presente siglo, ya desde su ocaso, podemos identificar ciertas macrotendencias en las concepciones predominantes en el área de la salud, que necesariamente han influido y continúan siendo determinantes en la evolución de nuestra profesión de enfermería:

- a) La transición: de lo biológico a lo psico-social
- b) De lo individual a lo grupal
- c) De lo curativo a lo preventivo
- d) De lo institucional a lo comunitario
- e) De lo jerarquizado a lo participativo
- f) De lo cuantitativo a lo cualitativo
- g) De los procesos a los resultados
- h) De lo regional a lo interregional
- i) De lo sectorial a lo intersectorial
- j) De lo unidisciplinario a lo interdisciplinario
- k) De la información cerrada, a la comunicación amplia, abierta

Y seguramente muchas tendencias más podríamos identificar si profundizáramos en su estudio.

Podemos además advertir que estas tendencias generales están interrelacionadas unas con otras, de tal manera que se condicionan entre sí, siendo unas causa y efecto otras.

Las mencionadas macrotendencias, que podemos llamarlas así, porque incluso no se dan solamente en el área de la salud, sino que son un fenómeno análogo en todos los campos de la vida social, hacen todavía más evidente, por no decir obligatorio, el criterio social, expresado en:

- 1) Un enfoque teórico de profundo contenido social.
- 2) La interdisciplinariedad a todo nivel.
- 3) La vinculación desde la docencia hacia la asistencia, a través de la investigación.
- 4) La integración de la investigación a la docencia, y de allí a la asistencia.

Finalmente, considero necesario analizar el hecho de la departamentalización de nuestras universidades, que ha traído como consecuencia tomar la salud del pueblo -o de la población- si nos suena mejor (es decir, la llamada "salud pública"), como conocimiento compartimentalizado que puede circunscribirse a una unidad administrativa; y el manejo de lo social como problema de los sociólogos, todo lo cual ha venido a concluir en la implantación en los planes de estudio de las carreras del área de la salud, de una asignatura sobre "salud pública" o "medicina preventiva" -como la llaman los médicos-, en vez de constituirse en lo que debe ser: un enfoque general de medicina social que oriente toda la formación del profesional de la salud, tanto en sus actividades teóricas y prácticas, como de investigación y extensión; vale decir, que comprometa a todos los docentes de la carrera, y no solo a los que dictan la asignatura con la cual se pretende "tranquilizar las conciencias".⁴

REFERENCIAS

1. BERTONE, IRENE M. ANDUE DE. La Universidad y la Educación de Enfermería en América Latina: situación actual, retrospectiva y estrategias para su desarrollo para el siglo XX. Ponencia presentada en el II Encuentro Latinoamericano de Escuelas y Facultades de Enfermería. Quito, noviembre de 1989.
2. LEDDY, SUSAN Y J. MAE, PEPER. Bases conceptuales de la enfermería profesional. Washington: OPS, 1989.
3. VELANDIA, ANA LUISA. Los auxiliares de enfermería: ¿Renovación de la profesión?. Revista ANEC, Bogotá, año XX, No. 50, abril 1989, enero 1990, pp. 36-38.
4. _____. "Las ciencias biológicas y sociales en la formación de los profesionales de la salud", Conferencia organizada por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia en su Semana Universitaria. Bogotá, septiembre de 1989.
5. CASTRILLON, A. CONSUELO. Posibilidades y dificultades de aproximación a la realidad de salud del continente con los aspectos teórico-metodológicos de las ciencias sociales. Ponencia presentada en el I Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Bogotá, septiembre de 1988. Memorias, pp. 107-116.
6. GARCIA, J. Y N. GARCIA. Educación de Enfermería en la UAM-X. Ponencia presentada en el II Encuentro Latinoamericano de Escuelas y Facultades de Enfermería. Quito, noviembre de 1989.
7. BRICEÑO, GLORIA. Condiciones socioeconómicas y políticas, necesidades de salud y sistema de salud de América Latina. Ponencia presentada en el II Encuentro Latinoamericano de Escuelas y Facultades de Enfermería. Quito, Noviembre de 1989.
8. BUSTAMANTE CONTRERAS, EMMA. Desarrollo de la educación de enfermería en el Perú. Ponencia presentada en el II Encuentro Latinoamericano de Escuelas y Facultades de Enfermería. Quito, noviembre de 1989.
9. YEPES, PATRICIO. Comentarios a la ponencia de Ana Luisa Velandia: Condiciones socioeconómicas y políticas, necesidades de salud y sistema de salud en América Latina. II Encuentro Latinoamericano de Escuelas y Facultades de Enfermería. Quito, noviembre de 1989.
10. FRANCO, SAUL. Papel de la universidad en la elevación del nivel de salud de la población. Ponencia presentada en el II Encuentro Latinoamericano de Escuelas y Facultades de Enfermería. Quito, noviembre de 1989.
11. GRANDA, EDMUNDO. La universidad como instrumento de cambio de los servicios de salud. Ponencia presentada en el II Encuentro Latinoamericano de Escuelas y Facultades de Enfermería. Quito, noviembre de 1989.
12. ALVARADO, EVA S. DE.; AIDA HERRERA DE SILVA. La investigación como instrumento de cambio en la formación de recursos humanos en enfermería. Ponencia presentada en el II Encuentro Latinoamericano de Escuelas y Facultades de Enfermería. Quito, noviembre de 1989.
13. ACOFAEN - MINSALUD, COLOMBIA. OPS Memorias del I Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Bogotá, septiembre de 1988.
14. VELANDIA, ANA LUISA. Aspectos que caracterizan el desarrollo científico de una disciplina. Revista Cubana de Enfermería, Vol. 5, No. 1-2, enero-agosto, 1989.
15. _____. "Enfermería. ¿una ciencia o una tecnología?" Trabajo aceptado para ser presentado en el XIX Congreso del CIE. Seúl (Korea), mayo de 1989.

EL MOVIMIENTO DE LA CONCIENCIA PARA DEVELAR LA PERSPECTIVA IDEOLÓGICA DE LA INTEGRACION DOCENTE-ASISTENCIAL EN SALUD COLECTIVA, A TRAVES DE LA COMPRESION DE SUS CONCEPTOS Y PRINCIPIOS ORIENTADORES

Emiko Yoshikawa Egrý; Rosa María da Fonseca Godoy Serpa; Hisako Shima
BRASIL

INTRODUCCION

La implementación de la Integración Docente Asistencial (IDA), especialmente en los países de América Latina, viene siendo preconizada por muchos autores (ALMEIDA, 1980; BARBOSA, 1985a, 1985b; BRITO, 1987; RODRIGUES NETO, 1981; BRASIL, 1981; CONFERENCIA, 1980) en respuesta a las innumerables inquietudes en el campo de la enseñanza y de la asistencia en salud colectiva en cuanto a prácticas sociales que sufren transformaciones propias del carácter dinámico de las instituciones formadoras de recursos humanos y prestadoras de asistencia incluidas en las distintas estructuras sociales.

Los innumerables proyectos de IDA que vienen siendo desarrollados en el Brasil y en otros países latinoamericanos, sin embargo, no siempre han asumido una posición clara de transformación de la calidad de la asistencia y de la enseñanza, considerados los principios participativo, procesal y emancipador.

Muchas veces estos proyectos son meros reproductores y conservadores de la relación de subalternidad existente entre diferentes saberes (académico versus práctico) y haceres (médico versus demás técnicos de salud).

Resultan, de este modo, en propuestas que no contemplan la rotura de los modelos tradicionales de enseñanza y de asistencia, que desarticulan la teoría y la práctica y reiteran el hiato entre la concepción y la ejecución del trabajo.

Tales modelos tradicionales no se rompen espontáneamente, porque están fuertemente vinculados a la concepción y prácticas hegemónicas y corrientes en las estructuras de las formaciones sociales de los países en que las IDAs están ocurriendo.

Intervenir en este proceso reiterativo exige el reconocimiento de la perspectiva ideológica de las IDAs a través de estudios que posibiliten la reflexión crítica, dialéctica y diagonal de esta práctica social.

El presente trabajo parte de una investigación realizada en 1989/90 en el Departamento de Enfermería en Salud Colectiva de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo. Tuvo como finalidad aclarar la perspectiva ideológica de los procesos de IDA que vienen siendo realizados por grupos docentes de distintas áreas del conocimiento en salud colectiva.

METODO

El referencial filosófico orientador de esta investigación fue el materialismo histórico y dialéctico lo que equivale a decir que fueron utilizadas premisas, leyes y categorías para el estudio dialéctico de las prácticas y concepciones de IDA.

Participaron de este trabajo 75 % de las docentes pertenecientes en la actualidad al referido Departamento, de las siguientes áreas existentes: Nutrición, Enfermería en Enfermedades Transmisibles, Salud de la Comunidad y Enfermería Preventiva y Comunitaria.

La naturaleza de la participación de las docentes fue simultáneamente de investigadoras y de investigadas, puesto que el proyecto fue construido y desarrollado en un proceso de trabajo conjunto y colectivo de todas las integrantes. Esta investigación de modalidad participativa fue conducida llevándose en cuenta experiencias anteriores relatadas por Egrý (EGRY et al, 1990).

Las principales fases recorridas fueron: a) captación de un discurso que contemplase la narrativa de una práctica de enseñanza de campo donde estuviesen involucrados el profesor, el alumno, personal profesional y no profesional de campo y la clientela; b) análisis de la narrativa a través del método de decodificación del discurso

preconizado por FIORIN (1989); c) captación de datos que contextualizase la narrativa, o sea, la inserción de las instituciones asistenciales en el contexto de la estructura de salud de la región y del país y la descripción de las formas de organización, finalidades y contenidos de los programas desarrollados; d) recuperación de los conceptos fundamentales (sociedad, hombre, proceso enseñanza-aprendizaje, proceso salud-enfermedad, enfermería y asistencia de enfermería) subyacentes a la narrativa y análisis dialéctico de estos conceptos; e) formulación del concepto de IDA y sus principios orientadores articulados y enraizados a la narrativa y a los conceptos fundamentales descritos; f) análisis dialéctico de los referenciales filosóficos incluidos en los conceptos de IDA. Este trabajo buscará analizar el resultado de estas dos últimas fases.

RESULTADOS Y DISCUSION

Los 15 conceptos diferentes de IDA fueron reordenados en dos polos distintos, o sea, la aproximación con los fundamentos del materialismo histórico y dialéctico y la aproximación con la visión idealista de mundo. Al elaborar este reordenamiento fue claramente expresada una tercera posibilidad, o sea, la existencia de conceptos que eran intermediarios y mezclaban las dos visiones del mundo.

Por tanto, fueran obtenidos tres conjuntos conceptuales y sus respectivos principios orientadores enunciados a seguir. (UNIVERSIDADE, 1990).

CONCEPCION DE INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL Y SUS PRINCIPIOS ORIENTADORES

CONJUNTO 1 - Que mantiene aproximación con la visión idealista del mundo.

Integración Docente Asistencial

Es la utilización de los servicios de salud (SS) por la institución de enseñanza (IE) como campo que propicia el desarrollo eficaz del proceso-enseñanza-aprendizaje, posibilitando:

1. aprendizaje, desarrollo y devolución de conocimientos técnicos;
2. aproximación del estudiante con la realidad concreta de su vida profesional futura;
3. contacto con la realidad concreta de vida y salud de la clientela;
4. conocimiento de la estructura del sistema de salud vigente;
5. prestación de asistencia de enfermería menos fragmentada, y por consiguiente, de modo más integral;
6. búsqueda de mejor definición del hacer del enfermero y de las intervenciones de enfermería. No implica necesariamente objetivos comunes entre las dos instituciones, dado el hecho de que no hay interfase entre las acciones de la IE y SS, a excepción del momento de la evaluación del estudiante.

Principios orientadores

- autonomía de la técnica;
- continuidad del trabajo para alcanzar homogeneidad entre los participantes;
- construcción académica colectiva;
- intencionalidad de participación del enfermero de los SS;
- intercambio de papeles entre el docente y el enfermero;
- IE funciona como modelo;
- los SS seleccionadas deben retratar las condiciones de vida y de salud del país y conferir autonomía para la formación del estudiante;
- no involucramiento entre el alumno y la clientela por mantener contactos fugaces;
- involucramiento de, en lo mínimo, docente, alumno y enfermero.

CONJUNTO 2 - Que mezcla características de las concepciones idealista y materialista histórica y dialéctica del mundo

Integración Docente Asistencial

El trabajo conjunto entre IE y SS tiene como propuesta la construcción del proceso de asistencia y enseñanza por los docentes, alumnos, enfermeros, clientes y comunidad, con miras a reflexionar, intercambiar y compartir experiencias.

En este proceso de construcción hay predominio del saber académico.

Presupone la existencia de objetivos comunes, compromiso y trabajo en equipo, saber y competencia técnica en el proceso de asistencia.

Principales orientadores

- garantía de la peculiaridad de cada institución;
- dinamismo;
- enseñanza compartida entre el docente y el enfermero;
- participación efectiva de la comunidad, de la IE y SS en la toma de decisión conjunta en relación a la asistencia y a la salud.

CONJUNTO 3 - Que mantiene aproximación con la visión materialista histórica y dialéctica del mundo

Integración Docente Asistencial

Trabajo humano inscrito en una sociedad concreta históricamente determinada, que pretende la aproximación entre las instituciones de enseñanza, de asistencia y la clientela con el fin de superar las contradicciones de la teoría y de la práctica, contemplando las aspiraciones y las posibilidades de salud de las diversas clases sociales que conforman la clientela, así como las aspiraciones y posibilidades de acción de las instituciones de salud y de enseñanza.

Este trabajo tiene un horizonte definido desdoblado en metas y objetivos en relación a la enseñanza y al servicio asistencial.

Es un proceso de responsabilidades compartidas de enseñanza y de asistencia entre las diferentes instituciones, guardando las peculiaridades de cada una con el fin de alcanzar transformaciones efectivas en la práctica asistencial y de enseñanza.

Visa un trabajo conjunto de dos instituciones para alcanzar metas/horizontes conjuntamente construidos y definidos; articula los agentes de la institución educativa (profesor y alumno) y los de la institución de salud (médico, enfermero y otros); visa la transformación de la enseñanza y de la asistencia y es mediado por la adquisición y profundización de conocimientos, así como por el ejercicio de la reflexión acerca de los fenómenos de la práctica buscando su comprensión según una ética definida, fundamentadas en investigaciones científicas.

Es el espacio que propicia el desarrollo eficaz del proceso enseñanza-aprendizaje, porque el docente y el alumno tienen la oportunidad de estar en contacto con la realidad de vida y salud de la clientela, así como de conocer la estructura del sistema de salud vigente. Es un espacio que también permite prestar asistencia de enfermería completa, o sea, no fragmentada y buscar una mejor definición del hacer del enfermo y de las intervenciones de enfermería.

Es estrategia pedagógica de intervención en la enseñanza y en la asistencia. Permite al alumno, dentro del proceso enseñanza-aprendizaje, el desarrollo de reflexión crítica a través de sucesivos contactos con la realidad asistencial. Al realizar las actividades de enfermería en una institución asistencial, posibilita el aprendizaje de técnicas según las necesidades de la clientela y las posibilidades del servicio. En este proceso, el compartir responsabilidades se da también en la evaluación del aprendizaje del alumno.

La relación entre los involucrados (institución de enseñanza, institución asistencial y comunidad) se da en la construcción conjunta, en el intercambio de experiencias y en el compartir responsabilidades, que tienen como fin alcanzar el horizonte común.

Horizonte:

- producción de nuevos conocimientos a través de la investigación para la transformación de la salud, de la enfermería y de la asistencia;
- transformación del currículo y de la calidad de la enseñanza de enfermería para tornarla más orientada a la salud colectiva;
- transformación de la calidad de la asistencia prestada para tornarla más adherente a las reales necesidades de salud de la población;
- articulación gradual con otras IDAs del área.

Principios orientadores:

- articulación creciente interinstitucional, intergrupala e interpersonal;
- responsabilidad compartida, construcción conjunta y coordinación articulada del proceso de IDA, mantenidas las peculiaridades de cada institución;
- conducción praxiológica transformadora de conceptos y de prácticas de salud, por la búsqueda continua de la aprehensión de la totalidad social y de salud, por la toma de conciencia de las posibilidades y limitaciones;
- participación efectiva de todas las partes involucradas (comunidad y agentes sociales multidisciplinarios, de las instituciones de salud y de enseñanza) en la formulación e implementación de las directrices asistenciales y de enseñanza;
- intervención consciente en la enseñanza y en la asistencia, anclada en las realidades y posibilidades concretas y fundamentadas en investigaciones científicas;
- asunción de los principios éticos que rigen las relaciones entre agentes sociales y comunidad.

El concepto de IDA y principios orientadores del Conjunto 1 están alineados a la visión idealista de mundo porque en ella el Idealismo parte del principio de que la conciencia o cualquiera de sus manifestaciones como el pensamiento, la voluntad o cualquier cosa de ideal es material, primario, fundamental y determinante. (HAHN & KOSING, 1983). En esta visión, "el hombre es un ser ideal, existiendo en cuanto entidad real en la búsqueda de este ideal. Es también universal, o sea, existe en él una esencia independientemente del local o época en que vive" (FONSECA et al, 1990).

El concepto de IDA y principios orientadores del Conjunto 3 están alineados a la visión de mundo materialista histórica y dialéctica porque en ella el mundo es, "por su propia naturaleza, material (...) existe fuera de la conciencia humana e independientemente de ella, no siendo producto ni del pensamiento, ni de cualquier ser inmaterial" (FONSECA et al, 1990). En esta visión, "el hombre es un ser histórico, de existencia, o sea, que se hace y se construye en su propio recorrido" dado a su forma de inserción en la sociedad, esto es, cómo los hombres se organizan en sociedad para producir los bienes materiales.

El Conjunto 2 revela la existencia de una mezcla de estas dos corrientes filosóficas emergiendo tanto premisas de participación, reflexión conjunta y dinámica de los fenómenos, cuanto los antagonicos como por ejemplo, la conservadora manutención del predominio (en el sentido de dominación) del saber académico (entendiéndose de determinadas categorías profesionales más hegemónicas en el campo de la salud) en detrimento de otros saberes.

La IDA, en cuanto práctica social y también en cuanto concepción teórica construida en este proceso investigativo, está impregnada por la ideología. Ella es entendida como un "sistema organizado de ideas y doctrinas sobre la vida que más allá de interpretar hechos, infiltra en el ser social, expresando intereses y necesidades fundamentales del conjunto social al que pertenece" (FONSECA et al, 1990). Además de eso, para Chauí son conjuntos de las representaciones que indican o prescriben a los miembros de la sociedad el qué y cómo pensar, valorizar, sentir y hacer (CHAUI, 1986). Esto significa, fundamentalmente, que la ideología contenida en el objeto fenoménico IDA está radicalmente vinculada a la ideología de clase y como afirma FONSECA (1990), tórnase imposible captar cualquier manifestación del objeto fenoménico sin que sea "contaminado" por la situación de clase del sujeto investigador.

En esta investigación, al recorrer las etapas, se aclaró a los participantes la perspectiva ideológica contenida en los procesos de IDAs que vienen siendo desarrollados, posibilitando al hacer explícito el vínculo de ellos a las visiones de mundo, exponer las contradicciones existentes entre: el pensar/hacer IDA; saber académico/saber no académico; compromiso/no compromiso; participación/no participación; razón/sentido.

La reflexión acerca de los procesos y concepciones teóricas (reales) de IDA y la búsqueda de superación de las contradicciones manifestadas por el grupo de investigadores/investigados a través de la opción de encaminar las nuevas prácticas en la perspectiva de moverse del Conjunto 2 hacia el Conjunto 3, y por tanto, perseguir los fundamentos de la dialéctica materialista, revela por sí solo el movimiento de conciencia grupal.

CONCLUSIONES

La metodología participativa y la técnica de análisis de discurso orientado por las premisas, leyes y categorías de la dialéctica materialista e histórica permitieron concluir que el proceso investigativo realizado reveló:

1. que los conjuntos conceptuales de IDA y sus respectivos principios orientadores están fuertemente ligados a los conceptos generales hechos explícitos que, a su vez, retratan la visión de mundo que les dan base;
2. que los conjuntos conceptuales de IDA y sus respectivos principios orientadores retratan los procesos de IDA que ocurren en la práctica de enseñanza de la asistencia de enfermería desenvuelta en el Departamento ENS;
3. un movimiento de conciencia de los participantes en el sentido de comprender la perspectiva ideológica de IDA que, en el momento, dan base a la práctica de enseñanza de la asistencia de enfermería;
4. un movimiento en el sentido de aproximación de un horizonte de IDA basada en un referencial teórico metodológico que busque la transformación de la práctica de enseñanza de la asistencia de enfermería.

REFERENCIAS

- ALMEDI FILHO, N. A noção de Integração docente assistencial: planejadores de saúde como intelectuais orgânicos. *Rev. Bras. Educ. Med.* v.4, n.1, p. 57-51
- BARBOSA, F.S. Integração docente-assistencial: problemas relativos às instituições de ensino. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v.9, n.1, pgs. 66-70, 1985 (a)
- _____.- Explicando Integração docente-assistencial no contexto de mudança da escola médica. *Rev.Bras.Educ.Méd.*,v.9, n.2, pgs. 105-11, 1985 (b)
- BRASIL: Ministério de Educação e Cultura. Secretaria de Ensino Superior. Programa de integração docente assistencial IDA. Brasília, 1981. 32p. (Série Cadernos de Ciência de Saúde, 3)

- BRITO, P.E. Integración docente asistencial: bases para una propuesta de desarrollo - Perú. *Educ. Med. Salud.* v. 21, n.1, pgs. 30-45, 1987.
- CHAUI, M. O que é Ideologia São Paulo, Brasiliense, 1986. 134 p.
- CONFERENCIA ESTADUAL SOBRE INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL EM SERVIÇOS BASICOS DE SAUDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 1. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v.4, n.2, pgs. 27-40, 1980.
- EGRY, E.Y.; SALUM, M.J.L. & CASTELLANOS, B.E.P. Pesquisa participante: reinterpretando os caminhos percorridos. *Rev. Paul. Enf.* v.10, n.1, pgs. 13-20, 1991.
- FIORIN, J.L. *Linguagem e Ideologia.* São Paulo, Atica, 1988. p. 87.
- FONSECA, R.M.G.S. DA et al. O materialismo histórico e dialéctico como teoria de cognição e método para a compreensão do processo saúde doença. Apresentado no Curso de Sistematização de Assistência de Enfermagem com base no materialismo histórico e dialéctico. Congresso Brasileiro de Enfermagem, 42º, Natal, RN, 1990.
- _____. Mulher, reprodução biológico e classe social: a compreensão do nexos coesivo através do estudo dialéctico do perfil reproductivo biológico de mulheres p. 336 (Tese - Doutorado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo).
- HAHN, E. & KOSING, A. *A filosofia marxista-leninista: Curso básico.* Lisboa, Avante, 1983. p. 260.
- RODRIGUEZ NETO, E. Integração docente-assistencial em saúde. *Rev. Saúde Deb.* Rio de Janeiro, (11): 45-46, 1981.
- UNIVERSIDADE DE SAO PAULO. Escola de Enfermagem. Departamento de Enfermagem em Saúde Colectiva. Integração Docente Assistencial como referencial teórico-metodológico para o ensino e a assistência de enfermagem em saúde colectiva. São Paulo, Escola de Enfermagem da USP, 1990.

AGRADECIMIENTOS

A las alumnas monitoras de la EEUSP, Yara Boaventura, Cibele Regina Albero y Lucimara Brito por el incansable trabajo de corrección y montaje de los originales y la búsqueda y ordenación bibliográfica.

A la alumna de Pos-Grado de la EEUSP Maria Pezo Silvia por la versión en lengua española.

LA INVESTIGACION EDUCATIVA COMO UNA ESTRATEGIA PARA ELEVAR LA CALIDAD DE LA FORMACION DEL PERSONAL DE SALUD

Yolanda Marín Campos
MEXICO

Para lograr la meta de Salud para Todos en el año 2000 es necesaria la participación comprometida de diferentes sectores, de la población en general, de las instancias gubernamentales relacionadas con lo económico, educativo, demográfico, etcétera, pero en particular con las políticas, sistemas y personal del área de la salud.

En este contexto, las instituciones educativas tienen la responsabilidad de formar personal altamente calificado para dar respuesta a las necesidades y demandas sociales en materia de salud.

En relación al papel que han desempeñado las instituciones educativas, Guerra de Macedo, expresó: "...durante el transcurso de nuestra historia, ha sido en las universidades donde han germinado los principios de cambio y las ideas innovadoras que podrían convertirse en propuestas de transformación de nuestra sociedad. En la práctica, sin embargo, las universidades no han llegado a cumplir esa función renovadora".¹

El presente trabajo tiene como propósito fundamental argumentar que en una estrategia central para recuperar la función renovadora y de crítica para transformar la educación, es urgente el desarrollo de la investigación educativa, para el estudio de la problemática y limitaciones de la formación del personal de salud, para generar soluciones adecuadas a las particularidades del país. A este respecto Guerra de Macedo, señala: "...en las universidades, la generación de conocimientos, en lugar de encausarse hacia el cambio o transformación, se concentró fundamentalmente en la duplicación de conocimientos originados en el exterior..."²

Comparto esta opinión pues en el terreno educativo, comienza a desarrollarse la investigación educativa pero con gran tendencia a reproducir los trabajos que se realizaron en países desarrollados a principio del Siglo cuyo enfoque fundamental era cuantificar el fenómeno educativo³.

Además de este sesgo metodológico, el desarrollo de la investigación educativa sobre las profesiones del área de la salud, presenta una tendencia hacia la atención de aspectos demasiado específicos, cuyo alcance poco incide en la transformación del proceso educativo, puesto que la problemática que enfrenta es de una gran complejidad.

Al decir de Tedesco⁴ la investigación educativa debe desarrollarse en dos niveles de análisis: la educación como fenómeno social y objeto de políticas y como fenómeno individual de actividad de aprendizaje, sin establecer disociación entre ambos, sino identificar las interrelaciones que operan entre los distintos elementos que los integran.

Para fundamentar las ideas expresadas y proponer algunos lineamientos para la orientación de la investigación educativa en la formación de personal de salud, en general, y la de médicos en particular, a continuación se tratarán tres aspectos con base en los niveles de análisis citados: marco sociopolítico en que se desarrolla la educación, enfoques teórico-metodológicos y problemas concretos que deben ser abordados mediante la investigación.

I MARCO SOCIOPOLITICO

Para atender la problemática que se manifiesta a este nivel generando propuestas fundamentadas para la toma de decisiones, es necesario analizar los planteamientos y estrategias políticas señaladas por el Estado, tanto en lo referente a la educación como a salud.

La formación de médicos se encuentra enmarcada en la Educación Superior, por lo que para su análisis se ha de determinar la congruencia con las políticas y estrategias gubernamentales.

Cabe resaltar que al revisar las acciones más significativas instrumentadas por los dos últimos regímenes gubernamentales como son: el Plan Nacional de Educación Superior elaborado en 1978 y el Programa Nacional para la Modernización Educativa presentado en 1989, resulta preocupante que la problemática educativa que se señala para 1978 sea la misma que se pretende atender en 1989, esto es:

- a) Insuficiencia en el desarrollo de los planes y programas de estudio. Limitaciones en la formación profesional, deficiencias en los métodos de enseñanza y de su administración así como insuficiencia de recursos económicos y, consecuentemente, deterioro de la calidad educativa.
- b) La proliferación del conocimiento ha evidenciado la insuficiencia de los planes académicos.
- c) Un desequilibrio en la distribución de la matrícula, por la carencia de una política de formación de recursos humanos y de orientación vocacional.
- d) Falta de una política de formación, reconocimiento y promoción de maestros.

La otra vertiente de políticas que inciden en la educación médica son las originadas en el terreno de la salud. En un estudio se demuestra la forma en que los cambios en las políticas de salud, desde principio de Siglo hasta la actualidad, inciden en la educación médica.⁸

A principios de la década de los 70 comienzan las orientaciones de las políticas de salud que conforman la tendencia actual de los planes de estudio, a partir de la instalación del Plan Nacional de Salud, se crea el Programa de Solidaridad Social y de extensión de cobertura, entre otros, concomitantemente, se crean escuelas de medicina en diferentes estados del país, en grado tal que en 1974 se instalaron 6.

La política de atención primaria a la salud, repercute en la enseñanza, manifestándose en la creación de planes de estudio innovadores en la licenciatura con esta orientación en diversas instituciones educativas y adicionalmente la residencia en Medicina Familiar. No obstante la crítica a la educación médica en esa época, era la deficiente preparación de los médicos egresados.⁹

En la actualidad, en diversas publicaciones⁷ se describe la permanencia de estas mismas limitaciones en la educación médica, además de otros problemas que se originan en el interior del Plan de Estudios, lo que indica que se haga necesario el trabajo de investigación que abra las posibilidades de solución a la problemática mencionada, que tome en cuenta las dos vertientes de políticas: la de salud y la educativa para plantear, con base en estas, líneas generales de investigación para vincular la formación de recursos humanos para la salud con el contexto sociopolítico, para fundamentar la toma de decisiones en relación a los cambios para su transformación.

II ENFOQUES TEORICOS METODOLOGICOS DE LA INVESTIGACION EDUCATIVA

En relación al proceso de formación de recursos humanos para la salud, Guerra de Macedo señaló que el flexnerianismo instalado hace 70 años aún persiste, "...basado en un paradigma biológico y casi mecanicista para la interpretación de los fenómenos vitales... y la devoción a la tecnología..." "A medida que las escuelas interpretan el proceso enseñanza-aprendizaje, cada una formula y desarrolla metodologías específicas para mejorarlo. Sin embargo, todas han acusado limitaciones al aplicarse al contexto más amplio del fenómeno de la salud y del lugar que deben ocupar las tecnologías en los elementos de formación relacionados con las prácticas sociales de salud"⁶. En relación a estas consideraciones coinciden diversas opiniones de destacados teóricos de la educación sobre la situación en México.⁸

Esto se manifiesta en el terreno de la investigación educativa, en el área de la salud, caracterizándose por un predominio del paradigma positivista, cuya tendencia central es la cuantificación de la realidad, mediante la "validez científica" de los instrumentos para determinar la confiabilidad, predicción y replicabilidad del hecho educativo, por lo que parafraseando a Goetz, "...los instrumentos, acaban por convertirse en filtro de la realidad social. Reconociendo únicamente la existencia de aquello que logra pasar a través de ellos, lo demás se convierte automáticamente en inexistente".¹⁰

Estas ideas coinciden con las declaraciones del grupo de trabajo de la OPS encargado de la investigación en personal de salud, quienes señalan: "...la dificultad de medición de los procesos sociales obliga a la prudencia de no sofisticar el tratamiento de datos, cuya relación original con el mundo de lo real es, por lo menos, bastante dudosa".¹¹

Esta tendencia teórico-metodológica, puede interpretarse como una manifestación del biologismo implícito en el proceso formativo y se refleja al investigar sobre esta. Tal tendencia se entiende como un intento de ubicar la causa de la estructura actual de la sociedad humana y de las relaciones de los individuos dentro de ella, en el carácter biológico del animal humano, por lo tanto, las leyes y principios que rigen a la naturaleza son trasplantados a la investigación sobre el hombre en su conjunto, en este caso, al fenómeno educativo.

Para ejemplificar esta tendencia así como la acentuada atención sobre aspectos específicos de la formación de personal de salud, se citan dos trabajos, uno de la OPS y otro sobre un evento organizado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Roberto Nogueira reportó que al analizar los artículos publicados en la Revista "Educación Médica y Salud" de 1966 a 1982 y del Index Medicus Latinoamericano, de 1979 a 1982, llega a la conclusión de que aun cuando se ha escrito mucho acerca del personal de salud, principalmente sobre la formación de médicos se investiga poco, predominando los estudios tipo encuesta entre los temas tratados con mayor frecuencia, según el estudio de Nogueira, está la organización, metodología y evaluación de la enseñanza.¹²

Estas conclusiones coinciden con las características de los trabajos presentados durante cinco eventos del seminario interinstitucional de investigación educativa en ciencias de la salud, organizado por la Facultad de Medicina de 1984 a 1989, con la participación de diversas instituciones de salud y educativas del país, formadoras de profesionales del área de la salud.

De un total de 311 investigaciones presentadas, el 71 % (220) trabajos terminados, el 16 % (50) en proceso y el 13 % (41) eran proyectos a realizar.

En relación a la temática que abordaron, el 80 % (245), trató aspectos particulares sobre los programas educativos, como son: Métodos y Técnicas de Enseñanza. Recursos didácticos, Acreditación, Procedimientos de Evaluación y otros menos particulares como son: Reprobación y Deserción Escolar, Características de Profesores y Alumnos. El 20 % (66) trata sobre diferentes aspectos de la investigación educativa, desarrollo y evaluación curricular, mercado de trabajo, entre otros. La mayoría sobre licenciatura y en menor número del posgrado.

Entre las técnicas para recopilar la información, utilizadas en los trabajos, la mayoría fueron encuestas, resultados de exámenes de opción múltiple y solamente algunas entrevistas, escalas de actitudes y análisis teórico.

Por las características propias de los trabajos, las alternativas propuestas a los problemas estudiados son de un alto nivel de especificidad. Esta tendencia de la investigación sobre aspectos particulares de la formación de profesionales del área de la salud, ocasiona una atomización de los esfuerzos que se realizan y los resultados generados no aportan elementos significativos para atender la problemática educativa de gran complejidad y alcance como la señalada al principio de esta exposición, en donde la investigación tiene un amplio ámbito de trabajo para plantear alternativas de mayor trascendencia para la transformación del proceso educativo.

Para reorientar la cuestión metodológica, habrá que analizar los enfoques de corte cualitativo que se desarrollan actualmente en instituciones mexicanas como son el Centro de Estudios Educativos, el Departamento de Investigaciones Educativas del Instituto Politécnico Nacional, del Colegio de México y el Centro de Estudios sobre la Universidad de la UNAM donde se realizan estudios considerados alternativos, como son: etnográficos, de observación participante, investigación acción y sociopolíticos, entre otros.

III PROBLEMAS CONCRETOS QUE DEBEN SER ABORDADOS MEDIANTE LA INVESTIGACION EDUCATIVA

A continuación citaré algunos aspectos de la formación de médicos en particular, que pueden ser utilizados como referentes para la orientación de la investigación educativa en las profesiones del área de la salud en general, para contribuir a la formación de personal capaz de dar respuesta a la problemática de salud tanto a nivel social como individual:

- a) El enfoque biólogo de la medicina, conduce a la descontextualización del individuo, soslayando los aspectos socioeconómicos, culturales y psicológicos, que se interrelacionan con su estado de salud, estos aspectos, a pesar de formar parte del estudio clínico del paciente son tomados como datos aislados, dirigiendo la atención hacia las manifestaciones físicas, lo que orienta a una cosificación del sujeto, bajo la abstracción de una entidad nosológica y consecuentemente se genera una actitud deshumanizada del futuro médico en la relación personal que establece con el paciente.
- b) Con frecuencia, los planes de estudio presentan un enfoque de disociación entre mente y cuerpo en el estudio del paciente. El área de la mente es tratada de manera independiente en un número reducido de asignaturas de contenidos psicológicos, cuya importancia, da la impresión de ser complementaria o de apoyo, y privilegia el área del cuerpo, por considerar que compete directamente al ámbito de acción del médico.
- c) La compartimentalización de los contenidos en asignaturas inconexas, al impartirse paralelamente, se convierten en objetos de aprendizaje que compiten entre sí por la atención del alumno, cada una con cargas de actividad extraclase sin tomar en cuenta el tiempo que el alumno no debe dedicar a otras tareas tanto académicas como personales.
- d) La organización de los contenidos, estableciendo una división entre teoría y práctica induce a una fractura en la concepción del proceso salud-enfermedad y por lo tanto en el aprendizaje de los alumnos, produciendo una atomización del conocimiento, más aun en el caso de la dosificación en asignaturas, que desmembra los procesos inmersos en el aprendizaje, dificultando la relación que el alumno puede establecer con la realidad.
- e) La concepción dominante de la evaluación del aprendizaje es la medición del aprovechamiento escolar, orientado hacia la cuantificación de los aprendizajes de los alumnos, esto se manifiesta en el uso generalizado de pruebas objetivas, por lo que la práctica de la evaluación tiende al mejoramiento técnico de los instrumentos y no hacia el análisis y replanteamiento del proceso educativo.
- f) Ante la inexistencia de una instancia académica destinada a la formación docente de los profesores formadores de médicos antes de su ingreso a las escuelas y facultades, una escasa proporción adquiere formación en el área educativa, cuyo nivel de profundidad y orientación depende de los intereses personales para tomar los cursos que ofrece la institución.
- g) Durante la última década se ha incrementado el egreso de médicos, principalmente de nivel licenciatura, concentrándose en las ciudades más grandes del país, dando como consecuencia un desajuste en las oportunidades de empleo, que se manifiesta en desempleo y subempleo del personal médico, no obstante que, de acuerdo a fuentes oficiales, 9,3 millones de habitantes principalmente de zonas rurales y suburbanas, no cuentan con servicios permanentes de salud.

CONCLUSIONES

Dentro de las estrategias para elevar la calidad de la formación del personal de salud, la investigación educativa demuestra ser de importancia fundamental para originar cambios cualitativos debidamente fundamentados. El impulso para que la investigación se desarrolle, debe surgir tanto en el contexto sociopolítico como en el interior de las instituciones educativas, a través de la definición de políticas y asignación de recursos para la conjunción de esfuerzos de quienes estamos desarrollando esta área de la investigación propugnando por la generación de conocimientos que realmente incidan en la problemática del proceso educativo así como para contribuir a la formación de nuevos investigadores.

REFERENCIAS

1. GUERRA DE MACEDO, C. "La universidad y Salud para todos en el año 2000". Bol. Of. Sanit. Panam. 99 (3) 1985. pp. 209-216.
2. Ibidem.
3. Cfr. Trabajos de Thorndike sobre la escala de escritura, el test de aritmética de Stone; el test del lenguaje de Trabue, entre otros.
4. TEDESCO, J.C. "Los paradigmas de la investigación educativa" Rev. Universidad Futura. Vol. 1, Núm. 2 Ed.UAM-Azcapotzalco. México 1989, pp. 2-16.
5. FRENK, J. "The Political economy of medical underemployment in Mexico. Corporatism, economic crisis and reform". Conferencia preparada para el evento "The political Dynamics of physician Manpower Policy, en Londres, Inglaterra. Mayo 24-27, 1988.
6. FRENK, J. "Crisis en la educación médica" Rev. Mundo Médico 3(26) 1975. págs. 15-30.
7. Cfr. Trabajos de Ferreira, R.; Laurell, A.C.; Crevena, P.B.; García, J.C., entre otros.
8. GUERRA DE MACEDO, C. "La Universidad y la Salud para Todos en el año 2000". Boletín de la Ofna. Sanitaria Panamericana. Vol. 99, No. 3, 1985, pp. 209-216.
9. Cfr. Trabajos publicados por Díaz Barriga, A.; Ibanolla, M.; Hoyos Medina, C.A.
10. GOETZ, J.P. "Etnografía y Diseño cualitativo en Investigación educativa". Le Compute. p. 13.
11. STULMAN, L. y Coclino, F. "Investigación sobre personal de Salud". Análisis de prioridades y orientaciones de política". Rev. Educación Médica y Salud Vol. 19, No. 1, 1985. O.P.S. Washington D.C.
12. NOGUEIRA, P.R. "Tendencias y perspectivas de la Investigación sobre personal de salud en las Américas". Rev. Educ. Méd. y Salud. Vol. 19, No. 1, 1985, O.P.S. Washington, D.C.

DESAFIOS DA ENFERMAGEM BRASILEIRA NO CONTEXTO DA AMÉRICA LATINA PARA A DÉCADA DE 90

Brigitta E. Pfeiffer Castellanos; Hisako Shima; Maria Rita Bertolozzi; Emiko Y. Egry

BRASIL

I. INTRODUZINDO A TEMÁTICA

É sempre oportuno iniciar a nova década reafirmando os desafios e as propostas para a enfermagem brasileira no contexto da América Latina (A.L.) que vise a efetiva concretização latinoamericana embasada na compreensão dos determinantes histórico-sociais das distintas sociedades que a compõe. A pouca integração que tem existido entre os países latino-americanos é injustificável diante da sua proximidade geo-física e do enfrentamento comum de algumas questões e fenômenos sociais semelhantes, apesar da história distinta de cada sociedade.

Refletir sobre a temática é algo muito complexo e até certo ponto temerário, no sentido de que poder-se-ia partir do equivocado pressuposto de universalizar os países latino-americanos, entendendo que os problemas que a Enfermagem Brasileira vem enfrentando, e enfrenta hoje, sejam também comuns à enfermagem colombiana, equatoriana ou paraguaia, por exemplo.

Do mesmo modo não se pode "comparar", simplesmente, os países da A.L. que passaram e estão passando por momentos caracteristicamente distintos, tanto em relação ao próprio modo de produção capitalista dependente (periférico).

É preciso deixar transparente os limites deste trabalho, ou seja, a impossibilidade de darmos conta de toda a diversidade dos desafios que estão se evidenciando na A.L., e, também, no Brasil, enquanto país com grandes contrastes regionais geo-sócio-econômico-culturais. A situação vigente em qualquer um dos países latino-americanos e a configuração atual de seus Sistemas de Saúde representam a síntese de um processo histórico que vem se desenvolvendo desde o primórdio. Somente a partir do exame da formulação das políticas sociais em geral - econômicas e institucionais - e de saúde em particular, no contexto da análise histórica dos processos de evolução social que configuram os diversos modelos vigentes de capitalismo periférico na A.L., é que poderemos identificar, em cada um dos países, a estrutura de poder no Setor Saúde e a evolução do planejamento e das intervenções no sistema de assistência à saúde em geral e de enfermagem em particular.

II. CONSTRUINDO O MARCO REFERENCIAL DA TEMÁTICA

1. O modo de produção nos Países da Região: as similaridades e distinções estruturais e conjuntarais.

Apesar da grande maioria dos países da A.L. terem em comum a hegemonia do modo de produção capitalista periférico, há distinções que certamente tem determinações históricas, com raízes remotamente provenientes das diferentes formas de dominação oriundas principalmente de dois países europeus com culturas e processos sociais bastante diversos - Portugal (Brasil) e Espanha (todos os demais) - e, ainda, das diferentes formas de consolidação deste modo de produção capitalista em cada um dos países.

O Brasil é, hoje, um país que busca se reportar mais às políticas dos países hegemônicos centrais, do que às dos países co-irmãos, principalmente devido a: a utilização do índio e do negro como mão-de-obra escrava; a posterior invasão do país pela França e Holanda; colonização diversificada por imigrantes oriundos de diferentes países; a exploração indevida de seus recursos naturais; a sua localização geográfica privilegiada e estratégica no continente e pela suas riquezas naturais.

Internamente no país, o processo de consolidação do modo de produção capitalista tem ocorrido de forma bastante diferenciada, evidenciando uma competição movida por interesses de grupos hegemônicos de cada região. Resulta disso, uma concreta diferenciação nas oportunidades de acesso aos bens de consumo e serviços com distribuição desigual, não só entre as diferentes classes, mas também entre cada uma das regiões geo-econômicas.

Na atualidade, os países latino-americanos como um todo, vêm atravessando uma grave crise econômica que, por sua profundidade e extensão, talvez possa ser considerada a mais séria do século. Com amplas e profundas repercussões na qualidade de vida de enormes contingentes da população desta Região, a superação desta crise está sendo visualizada não mais em termos de medidas restritas ao âmbito de cada país, mas sim no sentido da exigência de uma atuação conjunta, num processo que envolva toda a A.L. 1985>; Arouca, 1983).

O modo de enfrentamento desta crise em cada país é distinto, diferença esta relacionada à historicidade e ao caráter estrutural do desenvolvimento sócio-cultural de seus regimes de governo e das formas de organização da sua sociedade civil.

As decisões sobre as políticas sociais e sobre o papel do Setor Saúde, no qual a enfermagem se insere, são, por sua vez, bastante distintas, uma vez que são consequentes ao modo como está se dando o enfrentamento das forças sociais nesses países, nessas conjunturas, nesses regimes políticos e nessas dinâmicas das forças sociais (Arouca, 1983).

As políticas sociais no painel das políticas públicas dos países latino-americanos, de uma forma geral e dentro de suas especificidades, impulsionam o processo crescente de "capitalização", ou seja, da crescente privatização do Setor Saúde e do Setor de Serviços (Cordelro, 1976).

Diante desta tendência de capitalização dos serviços de saúde dos países latino-americanos, o "modelo burocrático de administração encontrou um grande espaço, já que é um elemento essencial da produção capitalista pois privilegia a apreensão da realidade por meio de "categorias racionais", promovendo o ocultamento de realidade objetiva; privilegia a "consciência individual" como origem absoluta de conhecimento e da racionalidade, e o "Indivíduo" como principal ator. Isto evidencia a interdependência entre o modo de produção capitalista e o modelo burocrático de organização, enquanto formas de valorização do "individual" e do "objetivo-racional", em detrimento do "coletivo" e da conscientização-emancipação, e enquanto formas de universalização das necessidades de assistência. Ocultam-se, assim, as determinações histórico-sociais destas necessidades, bem como as suas vinculações com a estrutura social concreta.

Outro aspecto que merece ser destacado é questão da dinâmica das forças sociais que estão se enfrentando nesta crise econômica: os países latino-americanos também apresentam diferentes histórias de movimentos de defesa ou reivindicação por melhor qualidade de vida.

Cabe ainda identificar a diversidade observada nos países da A.L. em relação às formas de resposta do Estado aos movimentos de organização popular. De uma maneira geral, o Estado tem privilegiado a criação e expansão das condições gerais de acumulação de capital, atendendo de forma secundária às necessidades da reprodução, relegando a um segundo plano os serviços destinados às necessidades de consumo da população. Busca, no entanto, minimizar a força de oposição dos movimentos populares por meio de políticas sociais de cunho geralmente assistencialista-populista, pois, posturas de clara repressão ameaçariam de imediato a legitimidade do Estado.

Na medida em que a deterioração da qualidade de vida é patente e as lutas sociais se intensificam, os próprios técnicos da área de saúde, de maneiras diversas em relação, não só a cada país latino-americano, mas também de acordo com as particularidades institucionais locais, têm procurado definir e redefinir as propostas de participação comunitária em programas de saúde e têm buscado a democratização dos Serviços por meio de suas articulações com os movimentos sociais existentes. Nestas articulações são evidenciadas, também, as diferenças regionais quanto às experiências concretas de articulações das lutas dentro das instituições de saúde com as lutas das classes trabalhadoras, enquanto espaços reais de processos de transformação social.

2. A Dinâmica do Mercado de Trabalho (M.T.) em Saúde na América Latina

Os gastos com saúde nos países capitalistas da A.L. giram em torno de 5% do PIB, enquanto que em países desenvolvidos, ou em países socialistas da A.L. (como por exemplo a Nicarágua), esses recursos equivalem a 10%. Assume maior gravidade o fato de que, na grande maioria dos países da A.L., esses recursos são orientados para o favorecimento de grupos economicamente privilegiados e inexistente uma coordenação interinstitucional do Setor

Saúde, e deste com os demais Setores, o que influencia diretamente a qualidade de vida e os perfis de morbi-mortalidade da população e gera enorme dispersão de recursos o que, mais uma vez, interfere na qualidade de vida de grandes contingentes populacionais.

Ao se analisar cada realidade social latino-americana quanto às finalidades da atenção à saúde no nível do Estado percebe-se que, de um modo geral, a finalidade dos serviços públicos é a atenção curativa centrada no "biologismo" do saber médico, e conseqüente postulação da ilegitimidade das dimensões psicológica e social ou, no mínimo, sua redução a "condicionantes" ou "fatores de interferência" e a capacidade de "individualizar" o doente-pela ruptura das relações intra e interpessoais (Mendes Gonçalves, 1985), com vistas à manutenção da reprodução da força de trabalho e à realização da mais-valia obtida em setores-afins. Apenas tênueamente contempla práticas preventivas e de educação e do acesso aos serviços da coletividade.

Acresce-se que, a instabilidade e descontinuidade das políticas econômicas e institucionais das sociedades latino-americanas, em geral, não tem possibilitado a continuidade dos planos de saúde e dos procedimentos administrativos pertinentes.

Com relação a construção de conhecimento na área da saúde e a utilização de tecnologia evidenciam-se horizontes diferentes de acordo com a orientação dada à conformação dos Serviços de Saúde. Pode-se visualizar, genericamente dois caminhos percorridos:

- a) "importação, a partir de "países centrais", por países com sistemas técnico-científicos embrionários. Esta tecnologia é obsoleta ou muito sofisticada, ou então não é apropriada uma vez que é gerada a partir de condições sociais muito diferentes e aplicada sem o devido ajuste à luz das condições locais;
- b) relação bloqueada entre o "consumidor do conhecimento" e o "produtor de conhecimento", levando à construção de conhecimento "academista" não articulado às necessidades da "prática" e ao desenvolvimento de temáticas de pouca ou nenhuma relevância para esta última.

A literatura latino-americana evidencia essencialmente duas vertentes: a) o paradigma assentado na etiopatogenia e nos "fatores de risco", o qual obscurece a relação da "doença" com a forma pela qual os homens organizam sua vida social, isto é, a visualização das questões estruturais e b) a concepção de processo saúde-doença que busca a articulação com a sociedade concreta (Nunes, 1985).

Por outro lado, enquanto desenvolvimento de conhecimento aplicado e politicamente orientado, o desenvolvimento tecnológico deve ser analisado quanto à sua orientação: se, dirigida à ações elitistas e sofisticadas ("tecnologia de ponta"), ou se contemplam a grande maioria da população.

No estudo da dinâmica do M.T. do Setor Saúde é importante buscar aclarar o real significado das práticas enquanto produto da evolução social concreta e entender a origem das categorias conceituais mais utilizadas para o estudo destas práticas.

Assim, em toda a América Latina e, particularmente, no Brasil, evidenciam-se encaminhamentos diversificados no sentido de buscar uma formação profissional como "generalista" ou como "especialista", este último, respondendo à crescente capitalização do Setor Saúde uma vez que define objetos e instrumentos de trabalho diferenciados e de acesso exclusivo.

Estudos recentes na área da saúde (Mendes Gonçalves, 1986 e 1988; Castellanos, 1987) destacam a utilização da categoria social trabalho para ampliar o entendimento das práticas sociais e, principalmente, promover o desvendamento de algumas das contradições nas relações de produção.

Assim, é necessário analisar as características do processo tecnológico de trabalho da Enfermagem que, de forma provavelmente diferenciada em cada país, lhe confere determinado poder de decisão e permite a seus agentes aplicar reiterativa ou criativamente determinado saber a dada situação específica.

Tal poder de decisão continua sendo limitado pois no Brasil, historicamente, os trabalhadores da Medicina, vem se apropriando do saber na área da saúde e institucionalizando a prática assistencial como prática médica, representando eles os "elementos centrais e detentores do poder decisório da ação em saúde" (Pires, 1989). Ainda a enfermagem brasileira potencializa o ato médico e, como geralmente os usuários buscam nos serviços de saúde soluções imediatistas aos agravos de saúde, as possibilidades de construir um sistema assistencial de enfermagem tem sido bastante limitadas. Historicamente a própria medicina vem direcionando e selecionando tanto a tecnologia como a maneira de intervenção que a clientela "requer": ela decide as características dos serviços e dos modelos de assistência à saúde, atuando, assim, como uma espécie de intermediário "qualificado" na compra e venda de serviços de saúde.

A partir do desenvolvimento de teorias do seu objeto de trabalho - restauração dos corpos individuais - a medicina, através dos seus instrumentos "diagnóstico" e "terapêutica", retém o domínio do "trabalho intelectual" na área da saúde, e, assim, o controle de todo o processo de assistência. A medicina reproduz, portanto, as relações sociais de classe da sociedade brasileira, estabelecendo com as demais profissões do Setor Saúde relações de poder para sua própria reprodução.

Deste modo, a transformação das articulações entre as diversas práticas e dos processos de trabalho na área da Saúde não é uma questão primordialmente relacionada à produção de conhecimento mas sim à relação de poder, pois não se trata tanto de uma luta no espaço da competência técnico-científica, quanto de uma luta no espaço político no qual se dão os confrontos de poder.

Nos países capitalistas da A.L., os agentes da enfermagem, historicamente, têm se evidenciado como força de trabalho assalariada em um sistema de produção dirigido fundamentalmente à valorização do Capital: evidencia-se como "insumo/mercadoria" de um processo de trabalho - atenção médica - que tem raramente como finalidade primordial a superação de um carecimento coletivo público, pois tem frequentemente como finalidade a geração de um benefício susceptível de apropriação individual/privada.

O Setor Saúde na A.L. é, caracteristicamente, de uso intensivo de mão-de-obra e aparece no setor terciário da economia como importante gerador de emprego. No Brasil, têm sido apontados como determinantes desta crescente demanda: a urbanização, a industrialização, o aumento dos contribuintes ao Sistema Previdenciário, a capacidade de investimentos públicos e privados em serviços de saúde, bem como certos condicionamentos sócio-culturais que, na sociedade capitalista brasileira, fazem dos serviços de saúde um dos itens privilegiados dos denominados "meios de consumo coletivo", parte integrante das condições necessárias à reprodução da força de trabalho em geral.

As características desta extensa força de trabalho possivelmente apresenta diferenciação na A.L. No Brasil, o Setor Saúde absorve maciçamente uma força de trabalho de baixa qualificação, utilizada em funções administrativas auxiliares e de apoio. Mesmo entre os profissionais de saúde, 70% da força de trabalho refere-se à participação dos trabalhadores de nível médio e elementar. A expansão quantitativa dos profissionais de saúde foi impulsionada, entretanto, mais pelos trabalhadores de nível superior do que pelos de nível médio ou elementar, devido ao forte incremento de escolas de ensino superior entre 1965-75 (Nogueira, 1986). Como uma das consequências desta explosão do ensino superior em saúde, têm sido apontadas duas tendências da estrutura demográfica do setor - a feminização e o rejuvenescimento, tendências estas reforçadas pela grande participação feminina nas categorias profissionais de baixa qualificação e nas práticas sociais da área de Saúde consideradas "para-médicas" e com menor remuneração (Brasil, 1989).

Também é necessário analisar as diferenciações na A.L., em relação à participação da força de trabalho da enfermagem na PEA do Setor Saúde, e à sua qualificação: no Brasil, a formação de enfermeiros tem aumentado progressivamente (1970-1983: incremento relativo de 12,28%, mas esta oferta crescente não tem encontrado uma reposta correspondente em termos de absorção pelo M.T. (Brasil, 1989). Portanto, a formação de enfermeiros tem ultrapassado o número de empregos criados: em 1980 formaram-se 3.139 enfermeiros e 1.816 empregos foram criados e em 1983 formaram-se 23.033 enfermeiros e criaram-se 7.629 empregos. O setor privado tem sido indicado como o principal responsável por esta baixa demanda de enfermeiros: em 1982, do total de empregos oferecidos (estabelecimentos com internação), 1,38% era para enfermeiros, enquanto que o setor público ofereceu 5,05%.

A tendência geral, principalmente da área privada, tem sido absorver proporcionalmente mais médicos e menos enfermeiros, legitimando assim um dado saber enquanto poder, tanto no setor hospitalar quanto no ambulatorial. No entanto, a subdemanda tem sido sustentada de uma forma geral (em 1982 havia cerca de 9,5 empregos de médico para um de enfermeiro) (Brasil, 1989).

Em relação à formação dos agentes de enfermagem a Enfermagem latino-americana é constituída por um grupo heterogêneo de profissionais com distintos graus de preparação formal. No Brasil, o acelerado desenvolvimento tecnológico dos instrumentos de trabalho na saúde, principalmente na área hospitalar, a par do processo de divisão social e técnica do trabalho no Setor Saúde, resultou na constituição dos diferentes agentes de enfermagem pertencentes a classes sociais e escolaridades diversificadas. Assim, em 1985, havia: 8,5% enfermeiros, 6,6% técnicos, 21,1% auxiliares e 63,8% atendentes (COFEN, 1986).

Neste sentido, é importante evidenciar qual é o papel social hegemônico do enfermeiro em cada país, uma vez que as divisões social e técnica do trabalho em saúde são estipuladas institucionalmente, segundo determinantes histórico-sociais. No Brasil, o enfermeiro é um "trabalhador indireto": é o coordenador e supervisor das atividades desenvolvidas pelos demais agentes de enfermagem com menor qualificação, atividades estas por ele concebidas ou normatizadas pela instituição. Assim, dentro da lógica capitalista de baratear os custos da atenção à saúde usando um amplo contingente de pessoal menos qualificado, o enfermeiro é relativamente dispensável, sendo substituído pelo auxiliar, ou mesmo pelo atendente de enfermagem. Desta maneira, fica delineada uma polarização da força de trabalho em saúde entre as duas categorias: a mais "tecnificada", dominante e hegemônica - os médicos, e a menos qualificada tecnicamente e subalterna - os atendentes. Juntos ocupam mais de 40% do total de empregos do M.T. na área da saúde. Esta polarização é tida como sendo a expressão, de uma aplicação extremamente ortodoxa do princípio de redistribuição e integração de tarefas, de modo a desconsiderar a qualidade dos serviços finais prestados à população.

III. PROJETANDO OS DESAFIOS DA ENFERMAGEM NA A.L. PARA A DÉCADA DE 90

À luz desta análise e partindo do pressuposto de que o processo histórico encerra rupturas e movimentos que possibilitam novas articulações sociais é possível visualizar alguns caminhos para a Enfermagem na entrada ao novo decênio.

O PRIMEIRO maior desafio, centraliza-se na "BUSCA DA COMPREENSÃO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM ENQUANTO PRÁTICA SOCIAL DESENVOLVIDA NUMA REALIDADE CONCRETA E HISTÓRICA".

Esta busca deve ter como horizonte a Enfermagem com identidade latino-americana reconhecendo a historicidade e a determinação social dos fenômenos e das práticas sociais que integram uma totalidade maior - a sociedade concreta na qual se insere e, as respectivas articulações desta sociedade com as demais da latinoamérica e do mundo atual.

Dentro deste entendimento, num nível menor de abstração, visualizamos as seguintes PROJEÇÕES PARA A APROXIMAÇÃO GRADATIVA DO HORIZONTE:

- Desenvolver um processo amplo de discussão, a partir das bases da categoria Enfermagem, buscando aclarar cada vez mais e aprofundar a compreensão das relações entre a estrutura social e as práticas sociais de seu país.
- Aprofundar o estudo das tendências do desenvolvimento social diante da estrutura e da conjuntura social concreta de cada país, captando neste processo, a realidade do Setor Saúde como um todo e do Trabalho de Enfermagem em particular. Isto significará articular os processos de investigação à conjuntura sócio-econômica de cada formação social dos países da A.L., definindo assim áreas temáticas de natureza diversa, conforme esta realidade.

Criar e manter espaços de reflexão sobre as políticas sociais vigentes que tenham como horizonte: a garantia dos poucos avanços já conseguidos na melhoria da qualidade de vida da maioria da população; a conquista de melhores condições de trabalho dos trabalhadores em geral e da área da saúde especificamente, buscando também conhecer melhor estas condições através de investigações que contemplem a totalidade da realidade do trabalho; a racionalização das práticas sociais existentes, mas com vistas a buscar, na crise vigente, novas alternativas para a transformação da situação atual; a democratização do conhecimento e a conscientização dos técnicos do Setor Saúde sobre o seu papel social.

- Aclarar cada vez mais os determinantes do processo de produção de conhecimento geral e específico em saúde para, a partir desta compreensão, entender a articulação destas forças e fomentar o desenvolvimento de pesquisas no setor da enfermagem. Buscar, a partir do desvendamento destas relações, integrar movimentos de oposição às forças que dirigem a construção de conhecimento para áreas que unicamente atendem necessidades de grupos minoritários privilegiados. Desenvolver investigações que possam esclarecer as características dos processos de trabalho da enfermagem e as articulações destes processos com a totalidade da realidade histórico-social de seu país.

- Produzir meios/instrumentos, materiais ou não materiais, que se aproximem mais dos objetos dos processos de trabalho da enfermagem e capazes de apreender a dimensão individual e de classe com que se manifestam as determinações sociais do processo saúde-doença.

- Buscar instrumentos que contemplem, no modelo de saúde individual (modelo clínico) a determinação do social, e no modelo de saúde coletiva (modelo epidemiológico) o entendimento da singularidade do Homem.

- Construir instrumental de ações políticas para o desenvolvimento da prática comprometida com os carecimentos reais de saúde. Isto significa agregar a "competência política" ao movimento de aprofundamento da "competência técnico-científica", o que levará à "competência social".

- Aclarar o horizonte da transformação que a enfermagem quer imprimir sobre o(s) objeto(s) de seu trabalho.

- Aclarar os processos de trabalho da Enfermagem enquanto parte do trabalho em saúde e enquanto produto da articulação entre M. T. e carecimentos de saúde. Assim, ambos, M.T. e carecimentos, deverão ser apreendidos em relação à estrutura e às conjunturas sociais concretas. Este entendimento deve nortear as lutas para transformação da qualidade da prática.

Um SEGUNDO desafio que visualizamos, dentro de um movimento geral que vem ocorrendo no nosso continente, é a proposta de "INCREMENTAR A INTEGRAÇÃO LATINO AMERICANA NAS VARIAS ÁREAS SOCIAIS E ASSIM, TAMBÉM, A INTEGRAÇÃO DA ENFERMAGEM LATINO AMERICANA."

Neste sentido, na identificação de eixos integradores para a Enfermagem na A.L., visualizamos a seguinte PROJEÇÃO PARA A APROXIMAÇÃO GRADATIVA DO HORIZONTE:

- Desenvolver um processo articulado dos países do continente, no sentido de definir a identidade da Enfermagem enquanto trabalho determinado socialmente.

- Construir um projeto de intervenção conjunta com vistas à cooperação técnico-científica-cultural que conduza ao desenvolvimento de marcos referenciais e conceituais e modelos de assistência com intervenções e tecnologias avançadas na área da Saúde e, mais especificamente, da enfermagem.

REFERENCIAS

- AROUCA, A.S. da S. Tendências da assistência médica na América Latina. *Rev. Adm. Públ.*, v.17 Nº 3, p. 8-21, 1983.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. **Sistema único de saúde: diretrizes para formulação de política de recursos humanos**. Brasília, Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1989, 63 p.
- CASTELLANOS, B.E.P. O trabalho do enfermeiro - a procura e o encontro de um caminho para o seu estudo: da abordagem mecânico-funcionalista à pesquisa emancipatória. São Paulo, 1987 (Tese Doutorado), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 395 p.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **O exercício da Enfermagem nas Instituições de Saúde do Brasil: 1982-1983**. Rio de Janeiro, COFEN/ABEN, 1986, 2v.
- CORDEIRO, H.A. Los determinantes de la producción y distribución de la enfermedad. *Rev. Méx. Ciências Políticas y Sociales*, v. 84 Nº 2, 159-181, abr.-jun., 1976.
- MENDES GONÇALVES, R.B. Reflexões sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônicas degenerativas. In: **Textos de Apoio Epidemiológico I**, PEC/ENSP e ABRASCO, 1985, p. 31-85.
- _____. Tecnología e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo, 1986. (Tese de doutorado, Faculdade de Medicina da USP, 1986), 460 p.
- _____. O processo de trabalho em saúde. São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, 1988, (mimeografiado), 21 p.
- NOGUEIRA, R.P. A força de trabalho em saúde. *Rev. Adm. Públ.*, v. 17, Nº 3, 61-70, 1983.
- _____. Dinâmica do Mercado de trabalho em saúde no Brasil, 1970-1983. Brasília, OPS-Acordo MS/MPAS/MEC/MCT, 1986 (mimeografiado), 56 p.
- NUNES, E.D. Tendências e perspectivas das pesquisas em Ciências Sociais em Saúde na América Latina: uma visão geral. In _____ (org.). **As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Brasília, OPS, 1985, p. 31-79.
- PIRES, D. **Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem**. Brasil: 1500 a 1930. São Paulo, Cortez, 1989. 156 p.

PROPUESTA DE UN MODELO DOCENTE-ASISTENCIAL

Alexis Morón Borjas
VENEZUELA

Deseo expresar nuestro agradecimiento a la Unión de Universidades de América Latina, al Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana y a la Organización Panamericana de la Salud, por la oportunidad que nos han brindado de participar en este significativo evento.

El trabajo que se expone, Propuesta de un Modelo Docente-Asistencial, constituye el esfuerzo de un colectivo de Investigadores de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia, cuyo quehacer ha estado orientado al desarrollo de una investigación comprometida con la transformación de nuestra realidad social.

El modelo propuesto surge a mediados de los ochenta, como una respuesta a las necesidades que el Sector-Docente-Asistencial presenta. Es importante destacar que, previo a su elaboración, se realizó un análisis de la estructura de poder de las instituciones que participarían en su desarrollo, que evidenció la existencia de una coyuntura propicia para la programación conjunta, inicio de una integración docencia-servicio que apunte a la formación Integral del odontólogo sobre la base de una práctica social cuyo fin deberá ser modificar los niveles de salud existentes y colocar los avances científico-técnicos alcanzados al servicio de las mayorías.

En concepción, la propuesta se nutre de la experiencia habida en América Latina en relación a programas de integración, que permite rescatar los logros que estos modelos han generado y avanzar rápidamente en el proceso, visualizando sus elementos contradictorios y estableciendo de una manera consciente las relaciones docencia-servicio.

Algunos autores señalan que, no obstante las tentativas de integración docente-asistencial, la formación de recursos humanos en el campo de la salud continúa adoleciendo de las fallas que tradicionalmente le han caracterizado: modelos educativos que se fundamentan en una enseñanza memorística e informativa, conocimientos que se transmiten desvinculados de la realidad, separación teoría-práctica, separación entre disciplinas básicas y clínicas y desvinculación de la investigación del proceso de formación de recursos humanos y la producción de servicios, fallas que en cierta forma se originan de la concepción ideológico-filosófica que se tenga en relación a la educación, al papel del individuo en la sociedad y en relación al proceso salud-enfermedad.

En cuanto a "producción de servicios", el tipo de práctica dominante en las instituciones de salud se ha caracterizado hasta el presente, fundamentalmente por el abordaje curativo de los problemas, escasa división técnica y social del trabajo, escaso desarrollo científico-técnico y baja productividad.

Estudios realizados en la Región Zuliana, para determinar las características de la práctica odontológica, en su componente "producción de servicios", demuestra que la fuerza de trabajo odontológica, cuestionada por su incapacidad de afrontar por sí sola los problemas de salud, al no existir posibilidades de expansión del mercado de trabajo y encausada como está en un modelo de praxis legitimador e ineficiente, constituye un elemento determinante en el deterioro iatrogénico de las condiciones de salud de nuestra población.

En este marco contextual, a objeto de superar algunas de estas limitaciones, la construcción del modelo docente-asistencial tiene en consideración los siguientes aspectos conceptuales:

Si la Educación se concibe como "un proceso mediante el cual el hombre asimila, comprende y transforma la naturaleza y la sociedad, transformándose a sí mismo, la organización curricular, sus planes de enseñanza y los programas de estudio, deberán estar orientados por los fines y metas que esta concepción de la educación reflejan; concepción donde la investigación científica es la herramienta fundamental para la generación de nuevo conocimiento y eje programático del diseño curricular.

Así, un currículo que tenga como eje la investigación y como estrategia la docencia-servicio, tendrá las siguientes características: El plan y los programas de estudio deberán diseñarse en función de los distintos niveles de complejidad de la realidad epidemiológica de la región y el país. Esta, a su vez, definirá el Perfil Profesiográfico y la Praxis odontológica más adecuada.

Los contenidos programáticos se organizarán alrededor de problemas de la realidad, con un enfoque inter y multidisciplinario y con una doble función: servir de base a experiencias de aprendizaje y lograr el paso del conocimiento racional a la práctica transformadora.

El modelo se concibe dentro del marco del Estudio-Trabajo, estrategia que permite la participación de docentes y estudiantes en un proceso de enseñanza-aprendizaje científico y transformador. Este proceso se considera dialéctico, donde se supone que el estímulo sea modificado por el sujeto, en tanto que la práctica se constituye en la base material de la acción cognoscitiva.

Finalmente, el diseño debe contemplar un mayor soporte de las disciplinas básicas a las clínicas.

La estructuración curricular con las características señaladas, debe corresponderse con una concepción asistencial que defina el desarrollo de una práctica social transformadora de las condiciones de salud-enfermedad odontológica de la población, con énfasis en los aspectos preventivos, prioridad a los programas de educación y prevención en niños, con óptima eficiencia y utilización de los recursos, organización colectiva del trabajo odontológico y participación efectiva y consciente de la población. Finalmente, una práctica que tienda a la consolidación del Sistema Nacional de Salud, en sus diferentes estrategias.

Al asumir la Docencia-Servicio como la síntesis entre la teoría y la práctica, se operacionaliza el modelo docente-asistencial de la manera siguiente:

Para la investigación de la realidad socio-epidemiológica se definen tres niveles de complejidad, que permiten la organización de las diferentes disciplinas en torno al eje curricular, así como definir las áreas programáticas.

El Primer Nivel tiene como finalidad establecer las bases para la comprensión y modificación de las condiciones de vida y de trabajo de la población zuliana y el esfuerzo deberá orientarse hacia la aplicación de la prevención individual y colectiva.

Para el alcance de este objetivo, se definen dos líneas de Investigación:

Condiciones de vida y trabajo y Características biológicas de la población zuliana.

Las áreas programáticas que corresponden a este nivel son: Formación General y Formación Básica.

El Segundo Nivel tiene como finalidad caracterizar la patología bucal de los diferentes grupos sociales que interactúan en la región e identificar la organización de la práctica odontológica. A este nivel deberá desarrollarse en el alumno su capacidad de incidir en la modificación de las alteraciones biológicas detectadas en la población del área de trabajo, a través del desarrollo de una práctica orientada científicamente.

Para el alcance de este objetivo, se definen tres líneas de investigación:

Investigación socio-epidemiológica que permita definir los perfiles de salud-enfermedad y necesidades de los diferentes grupos sociales, Investigación biopatológica, Administración científica del sector salud

Las áreas programáticas que corresponden a este nivel son: Formación Profesional Específica y Práctica Profesional.

El Tercer Nivel profundiza en el análisis de la dinámica del aparato estomatognático y en la aplicación de medidas tendentes a normalizar su función y estética.

Se definen dos líneas de Investigación:

Dinámica del aparato estomatognático y Administración científica del sector salud

Las áreas programáticas correspondientes a este nivel son: Formación Profesional Específica y General y Práctica Profesional.

Ahora bien, ¿cómo se integra esta propuesta curricular en el Modelo de Práctica? Tal como se ha señalado, previo a la elaboración del modelo, se realizó un análisis de la estructura de poder de las instituciones a participar,

El trabajo realizado despertó el interés de la Secretaría de Salud del estado de São Paulo, con la cual se firmó un convenio que financia las actividades del Centro y promueve actualmente su expansión a los 22 municipios de la región elevando a 29 los hospitales del sistema con más de 4800 camas. Hace tres años se inició un proceso de modernización del sistema, con la adopción de microcomputadoras en sustitución a las tarjetas perforadas. Hasta finales del 1988 el Centro contaba con más de 1 200 000 egresos hospitalarios ya procesados.¹⁵

Con la experiencia adquirida el equipo se preocupó también en desarrollar sistemas para el estudio/evaluación de la asistencia médica ambulatoria, principalmente de nivel primario. Después de conseguir implantar un sistema de otorgamiento de consultas y referencia de diagnósticos en varios consultorios de servicios municipales, que se mostró eficaz para el análisis de perfiles de morbilidad,^{4,19} se ha propuesto un proyecto más amplio que engloba las características socioeconómicas de las familias usuarias de los servicios. Se priorizan servicios con población de referencia conocida y limitada y sin represión de la demanda asistencial (o con represión conocida). Se desarrollaron 3 bancos de datos referentes a los pacientes de los servicios, a las familias de los pacientes y a la morbilidad referida de la asistencia ambulatoria. Estos bancos de datos son relacionales, lo que permite integrar sus informaciones y conocer la relación entre los perfiles de morbilidad ambulatoria de los diferentes programas de salud y las condiciones de vida y trabajo de las familias usuarias del servicio. Así, se ha priorizado el estudio de la demanda/utilización de la asistencia ambulatoria según la inserción socioeconómica de la población que se asiste. El proyecto se desarrolla desde el 1987 en convenio con la Secretaría de Ciencia y Tecnología del Ministerio de Salud y se encuentra en fase final de análisis.

MARCO DE REFERENCIA

Sistemas de informaciones en servicios médicos hospitalarios y ambulatorios son fundamentales para la correcta evaluación de la asistencia que se imparte. Las informaciones que se registran no constituyen datos aleatorios sino que reflejan las condiciones de vida y salud de la población y la estructura de los servicios de salud y la política asistencial. Cuando determinadas condiciones son satisfechas (cobertura, accesibilidad, calidad de la asistencia y población de referencia definida) se transforman en instrumentos de valor insustituible para la planificación de la asistencia. El desarrollo de estos sistemas en la totalidad de los servicios es, quizás, la tendencia futura, pero a corto plazo es imposible para regiones extensas y de población numerosa. La alternativa sería proceder a estudios en muestras temporales/espaciales. La experiencia de Ribeirão Preto ha demostrado que en regiones relativamente homogéneas se pueden mantener sistemas continuos en áreas especiales (donde las condiciones arriba mencionadas se cumplan) de donde se pueden obtener importantes parámetros epidemiológicos y administrativos que sirven para orientar la política de salud, sin necesidad de informatizar todos los servicios del área. A continuación presentamos las condiciones de nuestro trabajo.

El municipio de Ribeirão Preto (de aproximadamente 500 mil habitantes) es sede administrativa de una importante región económica del estado de São Paulo, con casi 2 millones de habitantes. La región es tradicional productora de café y ganado y cuenta con actividades agroindustriales notables en los ramos de azúcar, alcohol y naranja. Es también importante centro comercial, educacional y médico asistencial (cuenta con más de 1200 médicos en la ciudad) lo que lo torna uno de los polos de desarrollo del nordeste del estado. En Brasil el municipio de Ribeirão Preto adquiere la clasificación 2a, esto es, polo regional de nivel intermedio entre las grandes metrópolis y las ciudades menores.

Dadas las características de la asistencia médico-hospitalaria en la ciudad antes mencionada, nuestro interés se dirigió a profundizar el estudio de las mismas². Entonces se pudo constatar que el número de camas hospitalarias en el municipio era elevado (5,5 por mil hab.) con elevado coeficiente local de hospitalizaciones (122 por mil hab.) además de la demanda regional, y que aún así la utilización general de las camas estaba en torno al 70 %. En el municipio existen diversos sistemas de financiamiento de hospitalizaciones: particular, previdenciarios (federal, estadual y municipal), seguros-salud privados, asistencia filantrópica y a "indigentes". Además, el municipio tiene características de centro médico regional (de proyección nacional) por su Hospital Universitario y la calidad y cantidad de recursos especializados que posee. Esto garantiza que prácticamente la totalidad de la demanda de hospitalizaciones se atiende en el propio municipio, hecho que ha sido corroborado por diversos estudios posteriores. Esta importante característica de la asistencia médico-hospitalaria local potencializa enormemente el sistema de informaciones antes descrito.

Esto es, pasamos a contar con una población de referencia conocida, recursos médico-asistenciales accesibles cualitativa y cuantitativamente y un sistema de informaciones hospitalarias confiable, lo que ha permitido el estudio de las características de la demanda y utilización de servicios en bases poblacionales. Con la incorporación de sistemas de informaciones acerca de la asistencia ambulatoria, es posible establecer una visión más completa de la asistencia que se imparte en cada uno de los niveles del sistema de salud así como la eficacia del sistema de referencia y contrarreferencia de los pacientes. Será posible conocer mejor a la población usuaria de los servicios y la que ha sido marginada; mejorar la alocaión de recursos diseñando estrategias consistentes con los perfiles de demanda/utilización de los servicios. La mejor evaluación de un sistema médico asistencial que se pretende universal e igualitario se obtiene por el estudio de la cobertura a los diferentes grupos de la población, de las desigualdades que persisten en la asistencia, etcétera.

ESTUDIOS REALIZADOS

Los principales estudios realizados están citados en las referencias. En ellos se ha estudiado el coeficiente general de hospitalizaciones del municipio según grupos étnicos y sexo²; la evolución del mismo de acuerdo a las políticas médico-asistenciales del país^{6,10}; el perfil de morbilidad de las hospitalizaciones y su evolución^{2,10}; las hospitalizaciones en la infancia⁵; el índice de utilización de camas hospitalarias⁸; los coeficientes de cirugías según los grupos étnicos y sexo^{5,11}; la estancia media de las hospitalizaciones según grupos étnicos, sexo y sistema de financiamiento de las internaciones³; las malformaciones congénitas en las hospitalizaciones⁶; la asistencia obstétrica⁷; los patrones de morbilidad en la asistencia primaria¹³.

Más recientemente se ha optado por el estudio de hospitalizaciones según los diferentes estratos sociales, intentando aproximar este concepto de clases sociales^{10,12,14,16}. Esto se justifica porque una de las características de la asistencia médica en países de economía capitalista es justamente su carácter de clase. De esta manera se han estudiado: los coeficientes de hospitalizaciones según clases sociales^{11,12}; la incidencia de cesáreas según el sistema de internación¹⁴; las enfermedades cardíacas y vasculares cerebrales hospitalizadas¹⁶. Están en desarrollo estudios acerca de la demanda regional de hospitalizaciones en relación a los recursos existentes en el área de procedencia; cambios en el perfil de morbilidad referida en la asistencia a la niñez, asistencia a la vejez, etcétera. En relación a la asistencia primaria se pretende estudiar, además de los aspectos antes mencionados, la adecuación de la asistencia programada en relación a la demanda de los servicios.

FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

Una base importante para el desarrollo del programa arriba expuesto ha sido contar con un equipo de personas aptas y dedicadas al trabajo de colegir, conferir, codificar, digitar, procesar y editar las informaciones; además, el rol de los usuarios del sistema (además de los médicos de la red de servicios) es constituido por alumnos de especialización en Medicina Social o Salud Pública y de la Maestría y Doctorado en Medicina Social. A todos ellos se imparten desde las nociones elementales hasta la discusión más profunda del referencial y las características de la asistencia médica en Brasil. Además, el CPDH ha entrenado funcionarios archivistas, en informática y en documentación médica de la red local de servicios (municipales y de la Secretaria Estadual de Salud) y para escuelas médicas del estado de São Paulo (Campinas, Botucatu) y de otros estados (Espírito Santo, Bahía, Paraná). Actualmente posee un programa de intercambio de médicos residentes de medicina social con la Universidad Federal de Minas Gerais en el área de informática en salud.

REFERENCIAS

1. FAVERO, M.; YAZLLE ROCHA, J.S.; HADDAD, N.; TERUEL, J.R. *Organização de um Centro de Informática Hospitalar em nível local*. Rev. Paul. Hosp. 21 (4): 151-57, 1973.
2. YAZLLE ROCHA, J.S. *Estudo da Utilização de Leitos Hospitalares Gerais no Município de Ribeirão Preto (SP) pela população do município no ano de 1972*. Tesis de Doctorado. Dpto. de Medicina Social. F.M.R.P., 1974.
3. FAVERO, M. *Estudo da Duração de Internação em Hospitais Gerais de Ribeirão Preto*. Tesis de Livre-Docencia. F.M.R.P., 1975.
4. YAZLLE ROCHA, J.S. & NOGUEIRA, J.L. *Medicina Comunitaria. Interpretação de uma Experiência*. VI Conf. PanAmericana de Educação Médica e XIV Cong. brasileiro de Educação Médica. Anais, 655-61, Rio de Janeiro, 1976.
5. Barros, M.B.A. *Estudo da Morbidade Hospitalar no Município de Ribeirão Preto em 1975*. Dissertação de Mestrado. Dpto. de Medicina Social. F.M.R.P., 1977.
6. PAZ, J.E.; FAVERO, M.; YAZLLE ROCHA, J.S.; HADDAD, N. *As Malformações Congênitas nas internações dos Hospitais de Ribeirão Preto, S.P. Brasil*. Rev. Saúde Públ., S. Paulo, 12, 356-66, 1978.
7. GARDONYI CARVALHEIRO, C.D. *Padrões de Atendimento ao Parto no município de Ribeirão Preto (SP) Brasil*. Bol. Of. Sanit. Panam 85 (3): 239-49, 1978.
8. YAZLLE ROCHA, J.S. *Assistência Médico-Hospitalar em Ribeirão Preto (SP), 1972-1976. Considerações para uma política de Assistência Médico-Hospitalar*. Saúde em Debate, 6:38-41, 1978.
9. YAZLLE ROCHA, J.S. *Estudo da Assistência Médico-Hospitalar num Hospital Universitário, 1970-1977*. Tese de Livre-Docência. Dpto. de Medicina Social. F.M.R.P., 1980.
10. YAZLLE ROCHA, J.S. *Padrões de Morbidade Hospitalar. Considerações para uma política de Assistência Médico-Hospitalar*. Rev. Saúde publ., S. Paulo, 14: 80, 1980.
11. BARROS, M.B.A. *Saúde e Classe Social. Um Estudo sobre Morbidade e Consumo de Medicamentos*. Tese doutorado. Dpto. de Medicina Social. F.M.R.P., 1983. 12. FORSTER, A.C. *Hospitalizações e Classe Social*. Tese de Doutorado. Dpto. de Medicina Social. F.M.R.P., 1984.
13. YAZLLE ROCHA, J.S. & NOGUEIRA, J.L. *Padrões de Morbidade em Assistência Primária na Região de Ribeirão Preto (SP), Brasil*. Rev. Saúde publ., S. Paulo, 19: 215-24, 1985.
14. YAZLLE ROCHA, J.S.; ORTIZ, P.C.; FUNG, Y.T. *A Incidência de Cesáreas e a remuneração da assistência ao parto*. Cadernos de Saúde Pública, R.J. 1(14): 457-66, out/dez, 1985.
15. YAZLLE ROCHA, J.S. & SIMOES, B.J.G. *O Centro de Processamento de Dados Hospitalares (CPDH) do Dpto. de Medicina Social da F.M.R.P. USP: Relato de uma Experiência*. Relatório. I Seminário sobre Informações em Saúde: Uma proposta de Integração Interinstitucional. Univ. Nac. de Brasília, Brasília, 1986.
16. YAZLLE ROCHA, J.S.; JORGE, A.O.; SIMOES, B.J.G.; VICHI, F.L. *Desigualdades entre pacientes hospitalizados por doenças cardíacas e vasculares cerebrais em Ribeirão Preto (SP), 1986*. Trabalho em publicação.

HACIA LA CONSTRUCCION DE UN ESPACIO ALTERNATIVO UNIVERSIDAD-SALUD EN LA PROVINCIA DE LA PAMPA, ARGENTINA

María Herminia Di Liscia; Laura Parisa Piñero
ARGENTINA

1. INTRODUCCION

Nuestra preocupación por construir un espacio académico alternativo dentro de la Universidad comienza a concretarse desde la apertura democrática en 1983.

Sin embargo, este intento de acercar las Ciencias Sociales y las Ciencias de la Salud surge en un ámbito de discusión y reflexión extrauniversitario: la Subsecretaría de Salud Pública de la provincia de La Pampa, Argentina, a la cual pertenecemos.

Centramos el análisis en la asimetría existente entre las prácticas locales en salud y las impuestas desde las instituciones sanitarias durante largos años de opresión. Desde este espacio de gobierno hemos realizado trabajos comunitarios, Investigaciones sociales y programas de capacitación, logrando acuerdos y criterios básicos en la elaboración de herramientas metodológicas y estrategias de abordaje desde la Salud Pública.

Paralelamente y en el marco universitario, desde las cátedras de Psicología y de Introducción a la Sociología de la Facultad de Ciencias Humanas (de donde somos los docentes), comenzamos a generar discusiones y conocimientos en torno a la problemática de salud, vía regia de reflexión sobre la realidad y desde donde se estimula el surgimiento de alternativas transformadoras.

Los objetivos de este espacio académico son:

1. Profundizar el análisis acerca de la realidad.
2. Generar un modelo de educación alternativo al tradicional (elitista y alejado de la cotidianeidad) que se acerque a los sectores populares, respondiendo con estrategias comunitarias de cambio.
3. Contribuir a develar determinantes sociopolíticas que influyen en la formación académica y educar en una línea ideológica que involucre a los sectores populares.
4. Concretar este marco ideológico en una problemática concreta: atención de la salud en la provincia de La Pampa.
5. Formar a los estudiantes de distintas disciplinas de las Ciencias Sociales y a trabajadores de la salud en investigación social aplicada a salud.
6. Cristalizar un proyecto de cooperación Universidad-Gobierno a fin de dar respuestas comunitarias, profundizando herramientas técnicas y llevando al ámbito científico-académico las estrategias de acción.
7. Aunar esfuerzos de estudiantes, docentes de Ciencias Sociales, técnicos y profesionales de la salud del gobierno provincial en proyectos comunes.

Por último, destacando que ante la inexistencia dentro de la Universidad Nacional de La Pampa de facultades y carreras específicas de salud, es fundamental construir un espacio académico alternativo con estudiantes y docentes de distintas cátedras de Ciencias Sociales que respondan a problemáticas de salud comunitaria, trabajando en un camino dialéctico: Capacitación-Investigación-Estrategias Comunitarias.

2. MARCO TEORICO

"Entender la salud popular en Latinoamérica implica relativizar la existencia de una salud universal atemporal, supone también revisar la creencia de que la salud es igual para todos los seres humanos, porque estos poseen una estructura orgánica y biológica común". (1)

La medicina occidental fue desarrollada a la medida del desarrollo económico y cultural de esos países.

Sus formas de abordaje y prácticas, sin embargo, se han mostrado insuficientes frente a las necesidades de los pueblos latinoamericanos, que han producido terapéuticas propias que dan respuesta a la pobreza, y a la vez cuestionan la "medicina científica" por inaccesible y, en muchos casos, insuficiente.

Se produce así una inadecuación que "podría explicarse teniendo en cuenta que en los países industrializados el agua y el desagüe fueron anteriores a los antibióticos... la alimentación adecuada, igualmente se aseguró antes que la industria de las píldoras". En el siglo XX, cuando se desarrolla propiamente la medicina en esta parte de América, encontró que las clases populares se enfermaban preferentemente de hambre y de precarias condiciones higiénicas.

Estamos intentando desarrollar un enfoque que nos permita la comprensión de que en cada sociedad y en cada momento histórico la enfermedad recibe un contenido, una significación, a través de la medicina, pero no exclusivamente de ésta, y que, para la comprensión total del fenómeno, es necesario considerar otros factores institucionales, tales como: el desarrollo del saber y la tecnología del conocimiento, las distintas terapéuticas y el tipo de profesionales que intervienen sobre la enfermedad, aspectos culturales referidos a los valores que se dan en una misma sociedad, aspectos que informan acerca de las clases sociales, de las desigualdades, de las diferencias existentes, por ejemplo, entre el campo y la ciudad.

Con el fin de sistematizar la investigación social en salud (que creemos se interconecta y realimenta con la capacitación y con las estrategias comunitarias) estamos construyendo un marco teórico desde una concepción alternativa. El mismo se apoya en los siguientes ejes conceptuales.

- Concepciones de salud, modelos paradigmáticos en salud
- Representaciones sociales
- Construcción social del conocimiento
- Aproximaciones hacia la definición de sectores populares

La comprensión de la problemática salud-enfermedad desde esta perspectiva tiene como propósito aportar, desde las instituciones responsables, en la elaboración de propuestas preventivas y curativas desde la cotidianidad de los sectores populares, a fin de promover en estos la capacidad de cuidar su salud y curar sus enfermedades. Es este nuestro compromiso profesional con las instituciones a las cuales pertenecemos y con los sectores más desprotegidos.

3. METODOLOGIA

3.1 En el proceso de Investigación

La metodología tradicional que utilizan las Ciencias Sociales y Médicas se realiza a través de encuestas (diseñadas y aplicadas por técnicos) que revelan datos individuo por individuo, caso por caso.

Las estadísticas, así, nos arrojan valiosos conjuntos de datos, pero los considera separados de las personas y sus entornos familiares y sociales. Al tomar caso por caso ve fenómenos aislados sin sus relaciones con la estructura.

Creemos que uno de los desafíos que se le plantean a la investigación social es la invención de estrategias, métodos, técnicas y la adquisición de capacidades para llevarlas a cabo.

Advertimos la necesidad de la utilización de metodologías combinadas que complementen la visión numérica estadística con técnicas cualitativas. Se busca a partir de esta "la manera de develar las matrices culturales y los contenidos propios de un sector social, suspendiendo, dentro de lo posible, las conceptualizaciones y preguntas analíticas del investigador". "La vida diaria es un espacio importante de indagación en el que damos la palabra a la cotidianidad de los sectores populares", encontrando como herramientas más idóneas la observación participantes y las entrevistas inestructuradas individuales y grupales.

Las técnicas cualitativas develan los aspectos de la estructura social, para la cual se requiere la elaboración permanente de categorías de análisis que el investigador va creando a fin de explicar y significar la realidad. Se exige así una interpretación, un esfuerzo hermenéutico capaz de vincular el nivel microsocial con los procesos estructurales que los sustentan.

Esta modalidad de trabajo implica constituir una perspectiva desde la cual se disminuyan las fisuras generalmente existentes entre teoría y práctica, sujeto y objeto, intentando además aproximarse a la construcción colectiva de conocimientos.

3.2 De capacitación

La metodología se funda en las características de la educación no formal, creando una opción hacia la metodología tradicional autoritaria que desde un lugar de supuesto saber receta soluciones de manera vertical sin tener en cuenta las necesidades de los grupos.

Las técnicas de taller y de juego permiten contemplar la diversidad cultural e ideología y efectivizan la reflexión y construcción de proyectos de manera protagónica y colectiva.

Este modelo de capacitación se basa en:

- La promoción del respeto hacia el grupo y la valorización de cada uno de sus miembros, no solo por sus conocimientos sino por sus potencialidades latentes.
- La estimulación a cada miembro a que brinde lo mejor de sí, como así también sus creencias.
- El rescate de lo positivo y de la subjetividad.

4. LINEAS DE TRABAJO DESARROLLADAS Y EN CURSO

Nuestra línea de trabajo intenta generar un movimiento dialéctico docencia-práctica-investigación. Partimos de una demanda concreta, de una necesidad en salud, instrumentamos estrategias de solución y de transformación en respuesta a esa necesidad. Este accionar es reflexionado, desprendiéndose en torno a él líneas de investigación que profundicen el análisis y la perspectiva del cambio. Ese conocimiento generado es transmitido en la tarea docente y compartido con los estudiantes, de manera de construir un conocimiento colectivo y dinámico en torno a salud.

Desde la Subsecretaría de Salud Pública de la provincia de La Pampa, iniciamos experiencias de: a) capacitación, b) investigación y c) de investigación y trabajo comunitario.

Las más relevantes fueron:

a) de capacitación

- a agentes sanitarios
- a enfermeros en ejercicio
- a auxiliares de enfermería
- a docentes
- a educadores comunitarios
- a colaboración en la elaboración del curriculum de la carrera de Enfermería universitaria, de próxima creación en la U.N. La Pampa.

En todas estas experiencias los ejes de trabajo se desarrollaron a partir de la consideración de la base social del proceso salud-enfermedad, estrategias comunitarias y autogestionarias de atención de la salud, revisión del rol y necesidad de transformación de las estructuras sanitarias.

b) de investigación

aspectos socio-culturales de la percepción de la Enfermedad de Chagas en la provincia de La Pampa.

En esta investigación se establecieron las relaciones entre lo socio-cultural y la enfermedad de Chagas y su vector a fin de implementar campañas de prevención adecuadas y efectivas.

- relevamientos socio-culturales acerca de lactancia materna y vacunación.

c) de Investigación y trabajo comunitario

- participación comunitaria para la erradicación de la diarrea infantil.

Se comenzó este trabajo entendiendo que la diarrea testimonia la realidad económico-social, por lo que las acciones para erradicarla tienen que ver con la modificación de las condiciones de vida de la población.

La lucha contra esta enfermedad está asociada a la lucha contra la pobreza, por lo que trasciende la posibilidad de encararla exclusivamente desde un criterio biológico. Reconocemos la multidimensionalidad del problema y su relación con la estructura de la sociedad global. Con estos presupuestos se realizó el trabajo comunitario con un equipo interdisciplinario. Se realizaron cartillas y un audiovisual en conjunto con los pobladores de los barrios.

En base a lo revelado, las campañas de difusión masiva replantearon sus formas tradicionales de comunicación.

Discusión del Programa de Estimulación Temprana.

Se implementó en barrios periféricos de la ciudad de Santa Rosa un trabajo de relevamiento y valorización de las pautas de crianza de los sectores populares, lo que produjo un cuestionamiento a la implementación verticalista de los Programas de Estimulación Temprana.

Las experiencias reseñadas que se desarrollaron en 1984-1987 nos permitieron acumular un bagaje de vivencias, conocimientos y la construcción de un modelo de abordaje en salud para la investigación, capacitación y trabajo comunitario.

Así, la trasmisión de este conjunto de elementos que de manera informal hicimos en nuestras cátedras en estos años, comienza a tomar forma más orgánica a partir de 1988.

Señalamos a continuación las experiencias realizadas y en curso (queremos destacar que esta clasificación de actividades de capacitación, investigación e investigación y trabajo comunitario es a los fines de orden, pero todos los aspectos se interconectan entre sí).

a) capacitación

- primer curso de Salud y Población, en coordinación entre la Subsecretaría de Salud Pública (Ministerio de Bienestar Social) y la Secretaría de Cultura y Extensión de la U.N. La Pampa.

Está destinado a público general y a trabajadores de la salud. Sus objetivos son reflexionar acerca de las prácticas de salud y la formulación de proyectos comunitarios y de investigación, cuyo objetivo es la transformación desde la base del sistema de salud.

- A estudiantes y docentes en técnicas participativas de coordinación de talleres y de recolección de información.

Programa de educación social para la vivienda

El Instituto Provincial Autárquico de la Vivienda (I.P.A.V) solicitó una solicitud a la Facultad de Ciencias Humanas llevar a cabo realizar un programa dirigido a los preadjudicatarios de viviendas FO.NA.VI. a fin de posibilitar la investigación de los nuevos grupos poblacionales en los barrios planificados.

Sus objetivos generales son:

- Acompañar el proceso de integración comunitaria de los nuevos grupos poblacionales.
- Promover líneas de investigación social aplicadas a problemáticas regionales.
- Capacitar recursos humanos en programas de educación no formal y en estrategias comunitarias.

En este proyecto convergen las cátedras de Introducción a la Sociología, Psicología, Problemática Pedagógica, Geografía Humana III, Geografía Regional Argentina y personal del I.P.A.V.

b) Investigación

Vamos a cualquier parte (adolescencia, estilos de vida y alcohol)

Este trabajo, realizado en 1986, surgió como respuesta a la preocupación de docentes, padres e instituciones de gobierno acerca de la problemática de la ingesta de alcohol en los jóvenes. Se trabajó en los colegios secundarios de la ciudad de Santa Rosa y contó con la colaboración de estudiantes y docentes de la Facultad de Ciencias Humanas. A partir del relevamiento de la cosmovisión de los adolescentes acerca del tiempo libre, vida cotidiana, consumo de alcohol y proyecto de vida se elaboraron estrategias preventivas de trabajo a nivel de campañas de difusión masiva con la participación de los propios adolescentes.

Concepciones de salud y enfermedad en sectores populares de la provincia de La Pampa

Este proyecto está enmarcado en un convenio de cooperación entre la Universidad y el gobierno de La Pampa.

Sus objetivos son:

- Revelar experiencias, saberes y prácticas populares locales alrededor de la salud y la enfermedad.
- Detectar las relaciones entre la medicina científica y las prácticas populares en torno a la salud y la enfermedad.
- Acercar elementos a la Subsecretaría de Salud Pública para la elaboración de propuestas preventivas.

Se está trabajando en la primera etapa de esta investigación que se refiere a la zona sanitaria I.

Se prevé dos años más para el estudio de las tres zonas sanitarias en las que se divide nuestra provincia. En este proyecto convergen las cátedras de: Introducción a la Sociología, Psicología y la Subsecretaría de Salud Pública.

Embarazo de la adolescencia. La experiencia de los sectores populares de la ciudad de Santa Rosa

Se trata de un proyecto cuyo objetivo es relevar y significar comportamientos y percepciones de embarazadas adolescentes, a fin de orientar la cobertura médica ginecológica y estrategias comunitarias de prevención y contención.

Se reúnen para la realización del proyecto las cátedras de Introducción a la Sociología, Psicología, Problemática Pedagógica y el Servicio de Tocoginecología del Hospital Lucio Molas.

Se está trabajando en la primera etapa de esta investigación que se refiere al relevamiento estadístico.

Se prevé a un año y medio de duración.

c) **De investigación y trabajo comunitario**

En esta área se han iniciado dos trabajos en el grupo de infancia-pubertad que evidencia en mayor medida el anclaje en el área de la salud y el área de la educación.

El abordaje hacia el que tendemos entiende la educación como el desarrollo de una pedagogía alternativa, que parte de los sectores populares y vuelve a ellos y entiende la salud como la estimulación del mejoramiento de la calidad de vida.

Estos proyectos surgen como respuesta a la problemática constante de las escuelas de barrios periféricos con un alto porcentaje de deserción, trastornos de aprendizaje, problemas de conducta.

El camino tradicional es tomar el síntoma e indicar tratamientos psicológicos, psicopedagógicos y para los más pequeños implementar programas de Estimulación Temprana para revertir el retardo mental. Desde nuestra perspectiva ideológica creemos que hay otros caminos para revertir estos, y que se basan en la potenciación de los grupos, lo que implica entender las características socioculturales de los mismos y sus prácticas cotidianas.

Este espacio compartido Universidad-Salud Pública nos posibilita reflexionar con los estudiantes (futuros docentes) acerca de esta problemática.

Los proyectos mencionados son:

Apoyo a la crianza en sectores populares: "Hablar de la Crianza es Salud"

Este proyecto fue premiado por el Ministerio de Salud y Acción Social de la nación y se prevé su aplicación con la asistencia técnica de dicho Ministerio.

Sus objetivos son:

- .. Desarrollar y aplicar metodologías alternativas para apoyar la crianza en sectores propios.
- .. Potenciar y revalorizar a la mujer de sectores populares como agente comunitario de salud.
- .. Favorecer el desarrollo de la primera infancia promoviendo el enriquecimiento de estímulos donde se desenvuelve el niño.
- .. Promover la integración del equipo de salud, escuela y comunidad.

Apoyo a la pubertad en el Centro Diurno de menores de la ciudad de Santa Rosa

Este trabajo se realizó en los primeros meses de este año y sus objetivos se centraron en el relevamiento de la vida cotidiana y las prácticas de salud de niños y púberes que trabajan en el calle.

Finalizado este diagnóstico se están realizando programas de educación para la salud y una huerta comunitaria.

5. EPILOGO

Somos conscientes que estas áreas se podrán ir desarrollando gradualmente en la medida en que se unan a nuestra tarea otras cátedras, más estudiantes y técnicos a fin de que este espacio pueda ir consolidándose cada vez más desde lo conceptual y desde la práctica.

Es nuestro desafío y nuestro compromiso con la Universidad y la comunidad pampeana.



LA ASIGNATURA DE SEMINARIOS DE INTEGRACION Y PRACTICAS EN COMUNIDAD, COMO MODELO ALTERNATIVO PARA LA FORMACION DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD

Laura Moreno Altamirano

México

PROLOGO

El propósito del presente documento es contribuir al debate latinoamericano acerca del papel de las universidades en la elevación del nivel de salud de la población, a través del análisis de un modelo de formación de recursos humanos desarrollado en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México a partir de 1985.

Este modelo incorpora al proceso educativo los elementos sustantivos que imprimen a la formación de médicos una visión del proceso salud-enfermedad que pretende rebasar las tesis clásicas esgrimidas por el biologicismo y el positivismo de viejo cuño.

Para ello, la Facultad de Medicina de la UNAM ha dispuesto la creación de un espacio docente que traslade los escenarios académicos fundamentales del hospital y las aulas hacia la comunidad; que estimule la participación temprana del estudiante en el proceso de investigación científica -sobre todo aquella que permita el estudio y la transformación de la salud como fenómeno social-, y que permita el desarrollo de un juicio crítico, una actitud de servicio y un compromiso de participación en los procesos que el futuro depara a la ciencia y a la práctica profesional en la sociedad del siglo XXI. En este sentido, la estrategia de Atención Primaria de Salud orienta las acciones que la Facultad de Medicina, en este espacio académico, ha formulado para la capacitación de profesionales del más alto nivel científico-técnico comprometidos, a su vez, con la sociedad a la cual sirve.

Naturalmente, en la medida en que la Universidad y la sociedad no constituyen entidades homogéneas y expresan en cambio las profundas contradicciones de nuestro tiempo, el modelo ha demostrado desventajas y limitaciones que obedecen tanto al propio modelo como a la realidad social en el que éste se encuentra inmerso. Dado que estas limitaciones se expresan claramente en todos los niveles que conforman la experiencia, el documento señala cuáles son los principales problemas del programa, los docentes, los alumnos y los espacios comunitarios donde se desarrolla. Se precisa cuáles son posibles de enfrentar en un futuro inmediato y cuáles son aquellos que la Universidad por sí sola no podrá resolver.

Los autores hemos considerado que esta experiencia puede resultar interesante para los universitarios y profesionales de la salud latinoamericana en la medida que expresa los esfuerzos, problemas y limitaciones que la más antigua e importante Facultad de Medicina en México ha realizado y enfrentado, después de cuatro años de la modificación de su plan de estudios, para contribuir a la construcción de una sociedad más justa y más sana.

ANTECEDENTES

Durante la reunión del grupo multidisciplinario patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) celebrada en mayo de 1989 en la Ciudad de Quito, Ecuador, se señaló con claridad que la misión fundamental de la Universidad Latinoamericana es "contribuir al proyecto histórico de construcción de una sociedad más justa y democrática".

Se dijo también en la misma reunión que las instituciones universitarias deben "asumir un liderazgo en defensa de la vida humana y los derechos humanos fundamentales" enfatizando en el derecho al trabajo, la educación, la salud, la vivienda y la recreación.

Cuatro años antes, el director de la OPS había también advertido que, no obstante que las universidades debían "constituirse en la conciencia crítica de la sociedad y, en esa calidad, ser el principal instrumento para promover las transformaciones necesarias", la universidad sin embargo había servido hasta el presente como elemento de conservación del status quo de nuestras sociedades, "mediante la consolidación o reproducción de valores establecidos o alienantes". Ello parece deberse, en gran medida, al carácter de la Universidad que refleja las contradicciones de la sociedad en la que está inmersa y bajo la cual adquiere sentido y dimensiones.

El esfuerzo de los universitarios por modificar el papel que la sociedad imprime a las instituciones de nivel superior como reproductoras de ideología dominante se basa en la autonomía relativa que estas poseen en lo que respecta a la "organización de sus actividades y la reinterpretación de las necesidades sociales".

Este esfuerzo también es posible en la medida en que la Universidad, de suyo, se caracteriza por ser en esencia "defensora y promotora del ejercicio libre y responsable de la crítica, la cátedra, el aprendizaje, la investigación, y la controversia ideológica y política".

En este marco de ideas ha surgido, desde hace algunos años, un intenso debate acerca de las funciones de la universidad en la elevación del nivel de salud de la población en el contexto latinoamericano.

Como primer punto, una buena parte de la discusión se ha centrado en el análisis del propio concepto de salud, siendo en la actualidad una verdad irrefutable el hecho de que, cualquiera que sea la definición de salud, ésta depende en todos los casos de las condiciones de vida de la población, expresándose como un proceso de carácter esencialmente social determinado históricamente.

En segundo término, y como consecuencia del primer elemento debatido, se ha cuestionado severamente el impacto que la práctica médica clásica ha tenido en las condiciones de vida y de salud aceptándose, parcial o absolutamente, que la prestación de servicios médicos de tipo clínico, hospitalario, individual y especializado no pueden, por sí solos, modificar significativamente la situación de salud de la sociedad en su conjunto.

En tercer lugar, el debate ha involucrado directamente a las universidades replanteando tanto su papel como formadora de recursos humanos para la salud, como su relación con la sociedad en los aspectos de producción de conocimientos válidos y de servicio ante las necesidades sociales.

Este último aspecto ha obligado a los organismos internacionales a sugerir a los países del área la modificación de las estructuras curriculares tradicionales, que hasta hace muy poco se caracterizaron por: su alto grado de compartimentalización y parcialización del conocimiento transmitido; un abuso de los paradigmas biológicos y mecanicistas para la interpretación de los fenómenos vitales; una formación orientada hacia la especialización clínica, y un culto a la enfermedad y no a la salud. El "flexnerianismo", revolucionario en su época, impregnó durante más de 70 años las concepciones de los encargados de la estructuración de los currículos universitarios, hecho que aún continúa vigente.

Como señala Guerra de Macedo, una de las reacciones ante esta situación permitió el surgimiento de nuevas orientaciones vinculadas a la medicina preventiva y social, que al mismo tiempo que estimuló el progreso en las áreas de planificación y organización de los servicios influyó también importantemente en los estilos de formación de los recursos humanos para la salud.

Como punto culminante de este movimiento mundial, las universidades se enfrentan hoy al compromiso de rectificar su aislamiento de los sectores populares, incorporándose activa y directamente al trabajo democrático en y con la comunidad organizada. Ello implica necesariamente dimensionar sus misiones de transmisión, producción y difusión de la cultura y la ciencia en función de la población más desprotegida, a la que en esencia se debe.

Con el propósito de cumplir con los compromisos éticos, científicos y políticos que la Universidad no puede eludir en tanto estructura social, la citada reunión de Quito concluyó afirmando que las instituciones de educación superior tienen el deber y el derecho de:

1. Estudiar e interpretar la realidad social.
2. Identificar sus principales problemas.
3. Esclarecer su naturaleza y sus causas.
4. Proponer y ensayar formas de enfrentamiento y
5. Difundir y promover debates de esclarecimiento sobre tales búsquedas y hallazgos.

En el rubro de la salud, la formación de los recursos humanos capaces de contribuir activa, consciente y responsablemente al logro de los compromisos señalados implica, como primer paso, la modificación de los planes de estudio y la metodología de su enseñanza.

Al mismo tiempo, como ya fue señalado, es indispensable trasladar los escenarios de las actividades académicas de las aulas y los hospitales hacia el seno de la comunidad. En tercer término, y como fundamento de los dos anteriores puntos, es imprescindible descentrar la atención del estudiante en la enfermedad, dando paso al estudio de la salud como principal objeto de estudio e investigación, caracterizándola en sus dimensiones biológica, psicológica y social.

DESCRIPCION DEL MODELO

MARCO CONCEPTUAL

Partiendo de los planteamientos anteriores, la Facultad de Medicina de la UNAM ha dispuesto en 1985 la modificación del plan de estudios de la carrera de médico-cirujano. En el nuevo plan curricular, entre otras cosas, fue creada la asignatura Seminarios de Integración y Prácticas en Comunidad (SIPC), de la que se describirán los aspectos generales.

Una de las principales características de SIPC es que en ella se generan puntos de articulación entre los contenidos que se desarrollan en todas las asignaturas del primero al cuarto año de la carrera, de ahí que sea considerada como el eje articulador del plan de estudios de la Facultad de Medicina de la UNAM. (Cuadro No.1).

**CUADRO NO.1
PLAN DE ESTUDIOS 1985
FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

1er. AÑO

SIPC I	MORFOLOGIA HUMANA BIOQUIMICA-INMUNOLOGIA PSICOLOGIA MEDICA
--------	--

2do. AÑO

SIPC II	FARMACOLOGIA FISIOLOGIA HUMANA ECOLOGIA HUMANA SALUD PUBLICA TERAPEUTICA QUIRURGICA I
---------	---

3er. AÑO

SIPC III	ANATOMIA PATOLOGICA FISIOPATOLOGIA Y PROPEDEUTICA MEDICA
SIPC IV	EPIDEMIOLOGIA CLINICA PSICOLOGIA MEDICA CLINICA MEDICINA GENERAL I

4to. AÑO

SIPC V	HISTORIA Y FILOSOFIA DE LA MEDICINA TERAPEUTICA QUIRURGICA II MEDICINA GENERAL II
--------	---

5to. AÑO

PROYECCION A LA COMUNIDAD EN INTERNADO MEDICO

6to. AÑO

SERVICIO SOCIAL

Durante los cuatro años en que se cursa SIPC, se busca que los estudiantes se incorporen activamente en un proceso de formación que les facilite acercarse críticamente a un cuerpo de conocimientos, y que desarrollen actitudes y habilidades que les permitan abordar el proceso salud-enfermedad en escenarios reales. Tales cualidades capacitan al alumno para participar activamente en proyectos de investigación, lo que les permite ser generadores más que consumidores de conocimiento y al mismo tiempo buscar posibles soluciones a los problemas de salud encontrados.

El proceso salud-enfermedad se concibe como un proceso dinámico, histórico y determinado socialmente tanto en lo individual como en lo colectivo. Al ser el proceso salud-enfermedad colectivo el objeto de estudio de esta asignatura, requiere que los sujetos que lo abordan se involucren en la integración de los diversos aspectos que complejamente interactúan en el mismo.

Por integración entendemos aquello que resulta del esfuerzo por reconocer, a partir de conocimientos y experiencias particulares, la expresión de la generalidad y sus leyes; como el eslabonamiento consciente entre las estructuras lógicas, psicológicas y conceptuales en un área del conocimiento.

No debemos perder de vista que el análisis del proceso salud-enfermedad colectivo, que facilita una formación integradora del estudiante de medicina es objeto de estudio en un contexto real. Es dentro de ese contexto que los alumnos y profesores realizan actividades prácticas y de investigación, que en sí mismas también favorecen la integración. Ello refuerza a la vez el componente humanista que requiere el ejercicio de la medicina en todos sus ámbitos, y que más adelante se convertirán en parte de la realidad cotidiana del propio quehacer médico del estudiante.

En SIPC en todo momento se concibe a la comunidad como un conjunto vivo, cambiante y capaz de participar en la formación de los recursos para la salud acordes a su propia problemática.

Para poder lograr en lo posible este proceso formativo, se ha hecho un esfuerzo para alcanzar una estructura académica y una metodología de enseñanza-aprendizaje que propicien el conocimiento del proceso salud-enfermedad.

METODOLOGIA DE LA ENSEÑANZA

En el contexto educativo, el logro de los objetivos de la asignatura SIPC depende del énfasis que se otorga a la enseñanza activa. Esto significa que el aprendizaje descansa no en el número de horas asignadas semanalmente a la misma, sino en el carácter de las actividades que el alumno desarrolla durante el proceso de adquisición de los conocimientos.

Otro aspecto fundamental que explica las estrategias seleccionadas es el escaso interés que tradicionalmente despiertan en el estudiante de medicina los aspectos epidemiológicos de la salud y las actividades comunitarias. Esta falta de motivación se debe tanto a la concepción que los estudiantes poseen con respecto a la imagen de la profesión médica -estereotipada en la pretensión de la especialización clínica como modelo de excelencia académica a seguir-, como en la dificultad de observar modificaciones rápidamente palpables en las poblaciones donde se ha trabajado, en contraste con los efectos que el tratamiento individual consigue durante las actividades típicamente clínicas.

Ambas situaciones obligan a establecer estrategias educativas específicas que conduzcan no solo al logro de los objetivos cognoscitivos planteados sino, además, a la motivación que resulta de la satisfacción ante el trabajo realizado.

La revisión de los métodos de enseñanza que se emplean a nivel internacional sugiere la utilización de "problemas a resolver" -en lugar de la revisión de temas teóricos exclusivamente- como la concepción más acabada de la pedagogía moderna.

La enseñanza problematizada ha demostrado, en efecto, ser la mejor vía para el aprendizaje, dado que obliga al estudiante a construir una mentalidad analítica que, en vez de memorizar contenidos en poco tiempo anacrónicos, le permite conformar caminos metodológicos y formas de aprehender la realidad, los paradigmas y los enfoques que estructuran el razonar científico.

Por otro lado, cuando los problemas son extraídos de la realidad, el educando puede adquirir un compromiso con las personas involucradas, creando los lazos afectivos que constituyen la fuente más valiosa de motivación para el aprendizaje.

El fomento del autodidactismo es otro de los propósitos fundamentales que persigue nuestra estrategia educativa, ya que constituye un hábito necesario para la actualización constante y el desempeño ético de la profesión. La asignatura lo facilita enfrentando al estudiante a situaciones que requieren, para su solución, del estudio hasta cierto punto autónomo, autogenerado y autoprogramado.

En síntesis, la estrategia educativa puede resumirse en las siguientes actividades:

1. Actividades en Comunidad
2. Realización de seminarios
3. Revisión de temas teóricos.

Los sitios en los que se desempeñan las prácticas comunitarias corresponden a los diversos conceptos de comunidad, es decir, el alumno acude no solo a comunidades geográficas abiertas sino también a escuelas y hospitales, entre otras.

Durante esta fase el alumno entra en contacto directo con la población, realizando desde estudios descriptivos de comunidad hasta investigaciones cuasi-experimentales durante los últimos años de la carrera. Las acciones realizadas contemplan en todos los casos el estudio de la familia, como célula de la sociedad, en la que se expresan las diferentes contradicciones de la formación socio-económica en la que está inmersa.

En este momento se pone en marcha el uso de las técnicas más importantes de la investigación social, tales como la entrevista, la encuesta, la observación directa y la Investigación bibliohemerográfica.

El seminario, por las características de su desarrollo, corresponde, con algunas modificaciones, a la técnica didáctica conocida con el mismo nombre. Este ejercicio se realiza periódicamente a lo largo del año escolar y versa sobre temas teóricos propios de la asignatura o de las otras asignaturas que el alumno cursa simultáneamente. La estrategia utilizada consiste en la revisión de un caso clínico, un caso epidemiológico o material bibliográfico selecto.

La operación del seminario se lleva a cabo en dos fases. La primera implica una preparación previa y exhaustiva de material seleccionado sobre el tema. Esta fase es individual. La segunda fase se realiza en forma grupal bajo la guía del profesor y consiste en una discusión analítica, crítica y propositiva del tema abordado, buscando llegar a conclusiones integrales tomando en cuenta la mayor parte de los puntos de vista a partir de los cuales puede enfocarse el problema analizado.

En cuanto a la revisión de los temas teóricos, éstos responden a la especificidad de los problemas que guían el proceso de enseñanza-aprendizaje. Estos se han seleccionado para lograr la integración -en la estructura psíquica del alumno- tanto del fenómeno salud-enfermedad como un complejo problema social, como del saber médico contenido en el resto de asignaturas del plan de estudios.

Dentro de estos temas la epidemiología constituye uno de los pilares principales para el acercamiento al saber médico, junto con la metodología de investigación y la atención primaria. El resto de contenidos sirve de apoyo a la consecución del aprendizaje de los señalados como prioritarios por la dinámica del proceso pedagógico.

RESULTADOS PARCIALES

El plan de estudios del cual el modelo descrito forma parte no ha visto, hasta el momento de escribir estas líneas, completar la formación de su primera generación, dado que comienza apenas su quinto año de vida. Sin embargo, los datos que a continuación se expondrán pueden servir como muestra de los logros y dificultades que en su desarrollo el modelo ha experimentado, a reserva de comunicar posteriormente los resultados de una nueva evaluación más acabada.

1. Hasta el momento han cursado la asignatura, en sus diferentes grados, un total de 6840 alumnos. De ellos, lo han hecho 3400 en el primer año; 1860 en el segundo; 1140 en el tercero y 440 en el cuarto año. El porcentaje de acreditación aproximado es del 93 % sobre el total de cursos.

2. Se ha realizado un total de 296 Seminarios de Integración en los distintos grados, agrupados de la siguiente manera:

51	sobre la salud en Latinoamérica
36	sobre el estudio de la familia en comunidad
35	sobre Síndrome de Down
28	sobre contaminación biológica del agua intradomiliaria
21	sobre fiebre reumática
16	sobre el individuo sano
15	sobre cáncer cérvico-uterino
15	sobre S.I.D.A.
15	sobre trabajo comunitario
7	sobre medicina tradicional
7	sobre inmunizaciones en el infante
35	sobre diversas enfermedades médico-sociales; y
15	sobre Diabetes Mellitus

3. Con respecto a las prácticas comunitarias, se han realizado trabajos en 62 comunidades suburbanas y rurales en la periferia de la ciudad de México o urbanos en el centro de la Ciudad. En estas comunidades se han estudiado 4750 familias a las que en promedio se han visitado en cinco ocasiones, lo que arroja un total aproximado de 23 750 visitas intradomiliarias. En ellas se han detectado 1500 personas con padecimientos diversos que requirieron canalización a distintos servicios médicos. Aún no se cuenta con el reporte de la morbilidad general detectada en la población atendida. En total se han realizado 76 reportes generales de comunidad, los mismos que siempre que ha sido posible se han regresado a la población o servicios de salud correspondientes.

En cuatro años de trabajo se han investigado las condiciones de salud de los escolares en 15 escuelas primarias. Los estudios se han orientado hacia la detección de parasitosis, micosis, caries y estreptococcias, revisándose un total de 7200 niños entre 6 y 12 años. Aproximadamente 3472 han sido canalizados al servicio médico que correspondió en su caso.

Se analizaron también 2352 muestras de agua obtenidas de tomas en 1176 viviendas, encontrándose contaminación biológica en cerca del 10 % del total y realizándose educación para la salud en todos los casos.

4. En el hospital se han realizado 25 investigaciones descriptivas. Entre los temas que destacan se encuentran "calidad del expediente clínico, infecciones nosocomiales, condiciones de trabajo en el área hospitalaria, desnutrición, etcétera".

5. En total se han llevado a cabo 8200 pláticas de educación para la salud, 428 sociodramas y un número indeterminado de rotafolios, periódicos murales, posters, etcétera.

Algunos de estos últimos trabajos fueron expuestos en la "Primera exposición de Técnicas de Educación para la Salud" realizada en diciembre de 1989.

6. Se han terminado 56 reportes de investigación descriptiva sobre "automedicación"; 43 sobre "problemas médico hospitalarios" y 19 sobre diversos temas epidemiológicos.

Los últimos 19 fueron realizados por los estudiantes del cuarto año, participando desde la selección del problema a investigar hasta el reporte final de resultados. De ellos dos han reunido la calidad suficiente para participar en el Congreso Nacional de Salud Pública en 1989 y en el Coloquio Internacional sobre SIDA, realizado en el mismo año. Ambos obtuvieron el primero y segundo lugares en el IV Congreso Nacional Estudiantil de Investigación en Salud, donde la totalidad de trabajos presentados representando a todo el país fue de 82.

EVALUACION PRELIMINAR DEL MODELO SIPC

A) PROBLEMAS Y LIMITACIONES DEL MODELO

Los resultados mencionados en el espacio anterior no han sido fáciles de obtener; son producto de constantes revisiones y evaluación del programa, así como de la participación permanente del profesorado, pues desde la creación de la asignatura han surgido obstáculos en el proceso educativo de los cuales solo se mencionarán los de mayor relevancia.

PROGRAMA

En este rubro existieron deficiencias en la congruencia interna y externa, secuencia y profundidad de los temas y las actividades desarrolladas (prácticas, seminarios, etcétera). Se detectaron y corrigieron en su momento repeticiones temáticas dentro de la asignatura, así como con otras materias (salud pública, psicología médica, etcétera).

El problema del abordaje de los temas, su dirección y profundidad, originó la necesidad de remodelar y especificar con mayor precisión el programa SIPC a través de reuniones anuales con el profesorado (talleres) y comunicación directa y permanente con alumnos y autoridades.

En el desarrollo de las prácticas en el espacio de la comunidad se han presentado los siguientes obstáculos.

1. Existe una insuficiente coordinación con los servicios de salud, las delegaciones políticas y el resto de Departamentos de la Facultad; en ese sentido, las actividades en ocasiones se han visto retrasadas y duplicadas.
2. En los períodos de exámenes las prácticas quedan suspendidas para algunos grupos.
3. El tiempo destinado para la realización de acciones en la comunidad, ha requerido de algunas adecuaciones, debido al logro parcial de los objetivos programados. Como ejemplo de esta adecuación, en el primer año se ha incrementado el peso específico de las prácticas, en términos de tiempo.
4. Los seminarios de integración en general han tenido una buena realización y aceptación por parte de alumnos y profesorado, ya que por su estructura, permiten la participación y el debate de puntos de vista diversos (clínicos, sociológicos, epidemiológicos, etcétera).
5. La evaluación de conocimientos que hasta el momento se realiza, evalúa principalmente el área cognoscitiva, por lo que se hace cada vez más necesaria una evaluación que considere los tres aspectos fundamentales en el proceso de aprendizaje (cognoscitivo, afectivo, habilidades y destrezas desarrolladas).
6. Debido a la gran variedad de contenidos temáticos que el profesor debe manejar, el perfil del docente es muy amplio, de ahí que en conjunto con el proceso educativo en el grupo, el docente se encuentre en un proceso continuo de formación.

Los problemas que se han presentado se engloban fundamentalmente en dos rubros:

- a) Formación Académica
- b) Actitud hacia la asignatura

Estos problemas se reflejan en el abordaje y desarrollo de los temas, en la coordinación inadecuada en el trabajo de campo, el uso inadecuado de las técnicas didácticas, etcétera.

7. Dos aspectos externos a la asignatura conforman el origen de la mayoría de los problemas relevantes presentados con los alumnos. Estos son la orientación y calidad de su formación académica previa al ingreso de la Facultad, y, muy relacionado con el anterior, la introyección que en su concepción del ejercicio médico profesional tiene el modelo médico hegemónico. La mayoría de los alumnos que ingresan a la Facultad tienen un conocimiento regular de las materias básicas emanadas de las ciencias naturales y casi nulo en las de las ciencias sociales.

Sin embargo, es conveniente señalar que a lo largo de los cuatro años de existencia del programa, esta situación ha venido de más a menos y hoy en día observamos, no sin satisfacción, un mayor interés que se refleja en mayor participación tanto en las prácticas y los seminarios, como en el interior del aula.

B. NECESIDADES Y PROPUESTAS

El Programa de Seminarios de Integración y Prácticas en comunidad viene a representar una estrategia más para incidir en la formación de recursos humanos con una conciencia social y crítica que le permitan entender que el proceso salud-enfermedad se desarrolla dentro de la sociedad, por la cual es marcadamente influido, y en este sentido se puede decir que constituye una forma de lucha para lograr que la Universidad se constituya realmente como un instrumento de cambio.

Como consecuencia de lo anterior, en el camino que nos lleve al logro de esta empresa muchos son los obstáculos que se tienen que enfrentar; algunos de ellos, si nos movemos dentro de los esquemas en que nuestra condición de subordinados a la producción del conocimiento nos coloca con respecto a los países industrializados, son insalvables.

Al igual que en la mayoría de las universidades Latinoamericanas, en la nuestra, en la mayoría de los profesores, en los alumnos y en el seno mismo de las diferentes capas sociales persiste como modelo médico hegemónico el emanado del informe Flexner.

Es la presencia de este modelo nuestro primer y mayor obstáculo, de lo cual se desprenden necesidades mediatas e inmediatas, y en camino a la solución de las mismas, nuestras propuestas.

Para el logro de tales propuestas es indispensable una actitud positiva ante la materia, que se dará a partir de que el docente esté realmente convencido del objetivo que se persigue: la formación de recursos humanos transformadores, críticos y verdaderamente comprometidos con la salud de la comunidad.

PROPUESTAS

1. Si bien se señalaron ya algunos resultados cuantitativos y cualitativos parciales, arrojados a partir de la implementación del modelo, surge la necesidad de un esquema integral de evaluación y de la obtención de los recursos necesarios para que permitan conocer el impacto de la asignatura en la formación del futuro médico, en la comunidad, las instituciones de salud, y al interior mismo de la Universidad.

2. Es necesario para la implementación y el logro de los objetivos propuestos, el conocimiento del modelo en los diferentes espacios en que se desenvuelve, así como en los que sus efectos han de repercutir.

En primer lugar, es de suma importancia que los tutores, profesores y otras personas que intervienen en la formación del médico, se convenzan verdaderamente del beneficio del modelo, y que entiendan como éste puede cumplir la función de integración del conocimiento médico general.

3. No es suficiente la inserción en la carrera de medicina de un modelo como el aquí presentado; es necesario, en un esfuerzo conjunto, incidir en el concepto que se tiene de los fenómenos de salud-enfermedad entendidos como un proceso social, desde la educación básica y, como un compromiso específico de nuestra Universidad, buscar una congruencia lógica entre los contenidos temáticos del bachillerato en las materias obligatorias para el aspirante a la carrera de medicina, y otras relacionadas con el área de salud.

La presentación de este programa en simposios, conferencias, congresos, etcétera constituyen un mecanismo más para su difusión y no se descarta la búsqueda de mecanismos de vinculación, a partir del intercambio de experiencias, con modelos similares realizados en otras universidades Latinoamericanas.

4. De primera importancia en el trabajo comunitario es la responsabilidad que el alumno, el profesor, y el modelo mismo adquieren ante la comunidad. De ahí que surge la necesidad de buscar mecanismos que permitan a partir de un respeto mutuo, transmitir la información acerca de lo que se quiere hacer. Y fomentar el interés por ambas partes para el logro de objetivos modestos, pero susceptibles de realizarse.

5. Es necesario también considerar mecanismos de evaluación del aprendizaje del alumno en la comunidad, que permitan considerar fundamentalmente el conocimiento práctico y en segundo término el teórico.

6. El logro de una verdadera integración entre la Universidad y otras instancias relacionadas con la prestación de servicios de salud (instituciones de salud, delegaciones políticas, etcétera) supone la necesidad de modificaciones importantes en la estructura y las políticas de salud de las mismas, que en este momento se antojan irrealizables.

Sin embargo, en el camino para el logro de una elevación en el nivel de salud, acciones a primera vista de corto alcance, como el establecimiento de convenios y programas de participación conjunta, son como un primer intento, lo más viable.

7. Constituye otro problema de integración del modelo con las asignaturas del área clínica la persistencia de una actitud hostil, o apática en el mejor de los casos, de la gran mayoría de sus profesores hacia la asignatura producto, como ya se ha señalado, de la resistencia del modelo médico hegemónico, del cual aún son parte y en el cual en gran medida sustentan su prestigio social y económico. Como un mecanismo que permita la búsqueda de espacios de **concordancia** surge la necesidad de reforzar los eventos de participación conjunta -seminarios anatómicos clínicos epidemiológicos- y la difusión del programa a estos docentes, punto ya señalado en el espacio correspondiente.

PROPUESTAS EN VIAS DE OPERACION

1. Como respuesta a la problemática señalada en el trabajo comunitario, surge la necesidad de la implementación de un **programa Integrado** de participación en la comunidad, que se caracterizará porque en un mismo tiempo, cuatro grupos, de cada uno de los años en que se imparte la asignatura, realizarán actividades que van desde la elaboración de un diagnóstico de comunidad hasta la realización de proyectos de investigación epidemiológica. Este programa piloto actualmente se encuentra en la fase de acercamiento a la comunidad.

2. Dentro de las limitaciones del modelo se observó que ni en éste ni en otras asignaturas se había contemplado en la formación del alumno el acercamiento a unidades del primer nivel de atención. De ahí que, en fecha próxima, y durante el segundo semestre del tercer año de la carrera, el programa "SIPC" estará completamente destinado al conocimiento teórico-práctico del primer nivel de atención. Conformado en cinco módulos, 2 teóricos, 2 prácticos y uno de síntesis -integración-, el estudiante conocerá las actividades de prevención, curación, vigilancia epidemiológica y proyección a la comunidad que se llevan a cabo en este nivel.

3. Finalmente, y aunque este rubro merece para su completa descripción un espacio similar al de todo este trabajo, debemos resaltar aquí la importancia que tiene la integración docencia-investigación en el último año en que se cursa la asignatura, misma que esperamos logre en un mediano plazo rebasar la condición de mecanismo recabador de datos y llegue a ser una verdadera producción de conocimiento científico.

CONCLUSIONES

En el difícil camino hacia el logro de una Universidad transformadora con objetivos que se vinculen con las necesidades de salud de la población -al mismo tiempo que produce conocimiento científico propio-, el proyecto SIPC viene a constituir una experiencia más. Sus logros, aunque parciales y modestos, nos permiten vislumbrar que se están generando cambios en la actitud de los recursos formados en nuestra Universidad con respecto a su compromiso social como médicos.

A pesar de que la tarea no ha sido fácil, es posible que estemos en el camino correcto. Reconocemos sin embargo que el pertenecer a una sociedad donde la concepción y la práctica de la medicina tiene un carácter opuesto al de nuestra propuesta, hará el trabajo mucho más difícil.

Ponemos a la consideración de los Universitarios Latinoamericanos nuestros logros y nuestras limitaciones, considerando que la mejor evaluación es aquella que resulta de la discusión y el debate fraternal entre aquellos que estamos comprometidos en el mismo propósito.

México, enero de 1990

FORMACION DOCENTE-PEDAGOGICA EN CIENCIAS DE LA SALUD. EVALUACION DE UN PROGRAMA DESARROLLADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Claudia Castro
ARGENTINA

ANTECEDENTES

El Programa de Formación Docente-Pedagógica ha sido pensado en el marco de la transformación curricular que la Facultad de Medicina ha puesto en marcha de acuerdo con la Reforma Pedagógica que impulsa la Universidad de Buenos Aires (U.B.A.) a partir de la recuperación del gobierno democrático en 1983.

Uno de los propósitos de la Reforma de la Universidad de Buenos Aires es:

"Superar la mera transmisión de conocimientos y formar estudiantes, docentes e investigadores capaces de recrear y generar nuevos conocimientos y tecnologías."

El Programa de Formación Docente fue diseñado con la intención de ofrecer a los profesionales de Ciencias de la Salud una experiencia de aprendizaje participativo que permitiera revisar y discutir los procedimientos de enseñanza y de evaluación que se practican cotidianamente en la docencia que se lleva a cabo en los servicios de salud. Los estudiantes de medicina realizan sus aprendizajes correspondientes al ciclo clínico en 39 establecimientos hospitalarios (Unidades Docentes Hospitalarias).

El Curso de Formación Docente Pedagógica en Ciencias de la Salud tiene 4 componentes:

- a) Conducción del Aprendizaje
- b) Dinámica de Grupos
- c) Recursos Instruccionales
- d) Evaluación Educacional

El presente trabajo analiza el desarrollo, durante el período lectivo de 1988, del primer componente. En 1989 se repitió el Curso de Conducción del Aprendizaje con una respuesta de 420 inscriptos. Si bien todavía no se ha analizado la información recogida a lo largo del mismo, algunos de estos datos se toman en cuenta en el capítulo de conclusiones.

El presente informe ha sido realizado por un equipo de trabajo integrado por licenciadas en Ciencias de la Educación que participaron como coordinadoras-tutoras en el desarrollo de la experiencia.

PROPOSITOS

- a) Realizar un perfil de la población que respondió a esta oferta educativa en 1988.
- b) Evaluar el programa desarrollado.

DESCRIPCION DE LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL CURSO EN 1988

El curso se desarrolló en forma descentralizada en 7 sedes (Hospitales de Capital Federal y Gran Buenos Aires).

Funcionaron en total 28 grupos de alrededor de 80 participantes cada uno. Cada grupo fue coordinado por un profesional en Ciencias de la Educación. Al interior de estos grupos se organizaron pequeños subgrupos de 10 participantes como máximo, que constituyeron las unidades operativas de estudio y participación. Cada grupo funcionó una vez por semana en la sede y horario elegidos por los participantes.

La duración total fue de 50 horas. Se desarrollaron reuniones plenarias, obligatorias (40 % del total) y reuniones tutoriales, optativas, de orientación para el estudio y aprendizaje independiente.

El Curso de Conducción del Aprendizaje se integra con cuatro unidades temáticas.

1. Crisis Actual de la Universidad
2. Proceso de Aprendizaje
3. Currículo y Programación
4. Estrategias de Enseñanza

Para cada una de estas unidades temáticas se elaboró un módulo impreso. Cada uno de los módulos incluye los objetivos, la información y las instrucciones para orientar la tarea individual, los ejercicios en grupo y la elaboración de un informe colectivo. Este informe es evaluado por el Coordinador. De la aprobación de estos informes colaborativos depende la continuidad de los participantes en el curso. Los coordinadores tutores realizan la corrección y la posterior devolución evaluativa a cada subgrupo, proponiendo, en caso necesario, actividades remediales para algún contenido en particular.

La metodología de trabajo privilegió el aprendizaje en grupo y puso énfasis en el desempeño del rol docente como facilitador-orientador.

Los requisitos para aprobar el Curso fueron: obtener nivel satisfactorio en todos los informes; asistir al 100 % de las reuniones presenciales y aprobar el 60 % del puntaje máximo posible mediante un examen final escrito.

En esta oportunidad se utilizó una versión de los materiales impresos que, una vez corregidos en base a esta experiencia, se publicaron en la serie PALTEX-OPS, 1989.

Materiales y métodos

Al inscribirse los profesionales interesados llenaron un formulario en el que registraron una serie de datos que son los tomados en cuenta para elaborar el "perfil" de esta población motivada para realizar una capacitación pedagógica.

La evaluación del Programa considera el análisis de: materiales impresos (Módulos); desempeño docente; sistema de evaluación de aprendizaje y promoción de los alumnos.

El presente trabajo fue realizado en base a:

- a) La evaluación realizada por los participantes mismos. La información fue recogida a través de encuestas. Se tabularon 300 encuestas; en la muestra están representadas las distintas sedes y horarios.
- b) Entrevistas a 28 participantes.
- c) La evaluación realizada por los 21 coordinadores-tutores. La información fue recogida a través de encuestas muy similares a las aplicadas a los alumnos, pero con algunas preguntas con respuesta abierta.
- d) Entrevistas a 4 coordinadores.
- e) La autoevaluación que, sobre su propio desempeño, realizaron los coordinadores-tutores.
- f) El análisis crítico de los materiales impresos.
- g) La revisión de los resultados de los exámenes.

RESULTADOS

1. PERFIL DE LOS PARTICIPANTES

El Curso fue ofrecido a graduados de la Facultad de Medicina y de otras facultades, siempre que desempeñaran tareas docentes en medicina. También pudieron inscribirse estudiantes que cumplieran funciones de ayudantes de trabajos prácticos.

Esta experiencia involucró a 2318 participantes, de los cuales el 60 % son varones y el grupo etareo más numeroso tiene entre 25 y 35 años. En relación al número de médicos los otros profesionales resultaron poco significativos (10 %). Más del 40 % de los incritos no tiene formalmente designación o cargo docente en la Facultad; son colaboradores en las Unidades Docentes Hospitalarias.

La mayoría de los docentes (70 %) son auxiliares que se desempeñan como Jefes de Trabajos Prácticos.

Cabe señalar que la inscripción de Profesores ha sido mínima; solo ocho de un total de 400 profesores titulares y adjuntos que tiene la Facultad. Un 60 % de los inscriptos se define como "especialistas"

De los especialistas, menos de la mitad ha completado la residencia y un 68 % dice tener concurrencia.

El hecho de que la mayoría de estos jóvenes docentes se defina como especialista, seguramente influye en los contenidos de la enseñanza y en las experiencias de aprendizaje que se brindan a los alumnos. Si bien no hay dudas que a nivel de postgrado la especialización contribuye a mejorar la calidad de la docencia, a nivel de grado y con el propósito explícito de formar un médico general, debería reflexionarse sobre el modelo de práctica profesional con el cual los alumnos entran en contacto. Esto implicaría revisar también el nivel de complejidad de los servicios de salud en los que los alumnos realizan sus aprendizajes.

2. EVALUACION DEL PROGRAMA

2.1 Materiales Impresos. Módulos

Cada módulo incluye objetivos, contenidos procesados didácticamente, actividades, trabajos prácticos y anexos con bibliografía complementaria.

Con respecto a: a) **los contenidos**: los participantes expresaron que la información presentada fue suficiente (83,5 %); comprensible (86 %); interesante (85 %); útil para desempeñar mejor la tarea docente (80 %); conducente a mejorar la práctica docente (71 %). b) **los anexos**: consideraron que fueron interesantes (81 %) e integrados a los contenidos de los módulos (80 %). c) **los trabajos prácticos**: el 76 % los consideró comprensibles; integradores de teoría y práctica (72 %); y que los ayudaron a resolver situaciones concretas de enseñanza y aprendizaje (66 %).

Los alumnos consignaron como críticas falta de claridad en algunas consignas, el lenguaje utilizado y la dificultad en la adaptación al trabajo y a la producción grupal.

Por su parte, los coordinadores realizaron un análisis más crítico.

En algunos, por ejemplo, Módulo 1, las lecturas propuestas fueron difíciles (77 %) y en otros las consignas de los trabajos prácticos estaban confusas (61 %).

En general los encontraron interesantes (69 %) y estimulantes para la discusión grupal (54 %). Hicieron sugerencias que, en gran medida, fueron tenidas en cuenta para la versión publicada por PALTEX.

Los autores realizaron un análisis de la coherencia interna de los materiales. Se observó que en la mayoría de los casos existe una correlación entre los objetivos propuestos y los contenidos, los trabajos prácticos y las lecturas complementarias.

En relación a los textos seleccionados se advierte un distinto grado de complejidad: algunos resultan verdaderamente inadecuados para los destinatarios.

Las dificultades señaladas por los participantes en relación a los trabajos prácticos se originaron porque las instrucciones para los mismos estaban mal redactadas. La tarea, en sí misma, no presentaba mayores dificultades.

El trabajo con módulos facilitó el autoaprendizaje de los alumnos; un trabajo en las reuniones presenciales más rico, ya que al asistir con el material discutido previamente, se evitaron largas exposiciones, pudiendo ensayar estrategias pedagógicas alternativas de refuerzo e integración conceptual. La inclusión de ejemplos de educación médica promovió un aprendizaje más significativo al poder reconocer como propias las situaciones planteadas.

2.2 Desempeño Docente

Los alumnos evaluaron a sus coordinadores del siguiente modo:

ITEMS	EN GRAN MEDIDA	MODERADAMENTE	MUY POCO	NADA
Las reuniones presenciales contribuyeron a integrar mi aprendizaje	59 %	29 %	12 %	--
He recibido ayudas oportunas y aclaraciones de temas en las tutorías	72 %	18 %	10 %	--
Mi coordinador ha contribuido con su actitud a motivarme e Incentivarme. (No contestan 5 %)	73 %	17 %	3 %	2 %
La relación docente-alumno me mostró un modelo diferente y positivo. (No contestan 6 %)	72 %	13 %	7 %	2 %
Mi coordinador manifestaba capacidad para la conducción grupal. (No contestaban 6 %)	83 %	8 %	3 %	--
Mi coordinador dominaba los contenidos específicos. (No contestan 4 %)	86 %	7 %	3 %	--
La corrección de los informes me ha servido para orientar y reforzar el aprendizaje. (No contestaban 6 %)	53 %	30 %	10 %	1 %

Los resultados obtenidos en las entrevistas confirman los de la encuesta, ya que los principales aciertos de los docentes mencionados fueron: la buena conducción grupal (60 %); el conocimiento de la disciplina pedagógica (32 %); el respeto, la paciencia, el trato como adultos, el saber escuchar (32 %); el compromiso con la tarea, el preocuparse por la gente (25 %); el dar libertad para trabajar (21 %).

Como dificultades se identificaron el lenguaje y los códigos no compartidos (28 %). Algunos entrevistados demandaron más explicaciones teóricas (11 %).

Los coordinadores, evaluando su propio desempeño, reconocieron dificultades en el manejo de "tantos" alumnos y la imposibilidad de ejercer el "control" necesario sobre el grupo. Manifestaron reiteradamente que, al ser la tarea y la evaluación grupal, no lograron tener evidencia cierta del aprendizaje individual de cada alumno. Este hecho, sumado a que no todos los participantes se mostraban comprometidos con la tarea, generó sentimientos de angustia, ansiedad y "bronca" a causa de la incapacidad para modificar estas actitudes desde el ejercicio del rol docente.

En este sentido la toma de conciencia de la imposibilidad de controlar todos los elementos intervinientes, en el proceso de enseñanza y aprendizaje, favoreció el logro de actitudes menos omnipotentes y exigentes de los coordinadores en relación del desempeño de su propio rol.

Los participantes valoraron positivamente, justamente las habilidades y conocimientos que fueron requisito para la selección del equipo docente. Aparece una valoración espontánea, especialmente en las entrevistas a los participantes de aspectos actitudinales de los docentes. En las entrevistas los coordinadores hacen referencia permanente a la dificultad encontrada en el manejo de grupos numerosos, mientras que los participantes han valorado positivamente la capacidad para la conducción grupal de sus coordinadores.

2.3 Sistema de evaluación de los aprendizajes y promoción

Para la evaluación formativa de los aprendizajes cada módulo proponía actividades individuales con o sin clave de autocorrección y trabajos prácticos grupales con evaluación a cargo del docente. La resolución de los trabajos prácticos implica la comprensión y aplicación de la información ofrecida en el material impreso. Los trabajos prácticos se materializaron en los informes.

La opinión de los alumnos en relación a la contribución de los trabajos prácticos a su aprendizaje es del 50 % en gran medida, 41 % moderadamente y 9 % muy poco.

En las entrevistas los alumnos rescatan espontáneamente el trabajo y la producción grupal como una de las cosas más valiosas e importantes que aprendieron en el curso.

Los coordinadores, por su parte, expresan que los trabajos prácticos en su gran mayoría fueron adecuados y que la producción grupal en general fue buena, aunque dispareja. Afirmaron que fue factible conocer cómo trabajaba cada grupo, qué dificultades encontraba y cómo las superaba, pero que no fue posible evaluar el aprendizaje individual de cada alumno, por lo que hubo consenso en analizar la posibilidad de plantear, en el futuro, actividades individuales obligatorias.

Para la evaluación sumativa se implementó un examen final individual consistente en una prueba estructurada, integradora de los 4 módulos. En la confección de este instrumento participaron los coordinadores construyendo items y probando los elaborados por sus colegas.

Se observaron fuertes resistencias, tanto en los alumnos como en los coordinadores, al examen final y especialmente al tipo de instrumento elegido.

Los alumnos opinaron sobre el examen final que:

ITEMS	SI	NO
Brindó oportunidades para demostrar lo aprendido	66 %	34 %
Los items estuvieron correctamente redactados (No contestaban 6 %)	62 %	32 %

Los participantes entrevistados expresaron que este tipo de examen no era del todo coherente con la tarea propuesta a lo largo del curso.

Los coordinadores a su vez expresaron que:

- El tipo de instrumento se acepta por la posibilidad de evaluar a gran cantidad de gente en poco tiempo y con una corrección unívoca y rápida, pero al mismo tiempo sugiere pensar en otra posibilidad más acorde a la metodología desarrollada.
- El examen final fue demasiado fácil, casi todos los alumnos superaron ampliamente el estándar fijado. Al bajo nivel de dificultad se suma un escaso grado de discriminación.
- El examen no evaluó todos los aprendizajes realizados, ya que solo evaluó los niveles de conocimiento y comprensión de los contenidos.
- Existieron algunos problemas en el momento de la aplicación de la prueba (confusión en algunas consignas, intentos de copia, etcétera).

Con respecto al análisis realizado por los autores, se puede afirmar que la prueba fue válida y objetiva. Para interpretar el bajo nivel de dificultad y discriminación es necesario tener en cuenta que la prueba debía ser común a todos los grupos y elaborada en base al mínimo común denominador. Por lo tanto, solo se evaluaron los objetivos de "mínima" y estos fueron alcanzados por todo el grupo.

Al finalizar el curso, los alumnos completaron una planilla de autoevaluación en la que se transcribían todos los objetivos del curso y debían indicar el grado de dominio que consideraban haber alcanzado. Todos los alumnos consideraron haber alcanzado en gran medida los objetivos de mínima propuestos.

CONCLUSIONES

En función de los contenidos de las discusiones mantenidas, del tenor emocional en el que fueron sostenidas y de la producción expresada en los informes, se puede afirmar que tanto los participantes que cursaron en 1988 como los que lo hicieron en 1989 han tomado conciencia de la necesidad de impulsar cambios en la Educación Médica. Se ha logrado una amplia difusión de los cambios propuestos en el Plan de Estudios vigente desde 1986 que era desconocido por casi todos los participantes, a pesar de ser muchos de ellos docentes de la Institución.

Se tomó conciencia de las relaciones entre Universidad y Sociedad que fue el eje temático del Módulo I. Durante la cursada de 1988 este módulo fue muy criticado por los alumnos en relación a la bibliografía. Se arguía que la misma era prácticamente inabordable por presentar una interpretación sociológica de muy difícil acceso para los médicos. Para la cursada de 1989 se cambió la bibliografía, y sin embargo, siguió siendo el módulo más resistido. Sin embargo, en la evaluación general del curso resulta muy significativo que ambos grupos (1988 y 1989) hayan señalado el tema de la misión de la Universidad como uno de los aprendizajes más novedosos. Este hecho llama la atención si se considera que los que opinan son profesionales que han permanecido como alumnos en esta institución por lo menos 6 años y que el 50 % de ellos pertenece al claustro docente. Cabría preguntarse en qué medida este desconocimiento que de la función de la Universidad tienen sus miembros afecta la capacidad de esta para producir el conocimiento científico necesario para dar respuesta a los problemas nacionales.

También resulta interesante observar que los participantes de ambas cursadas hayan planteado que la metodología usada permitió un nuevo aprendizaje relacionado con la disposición a trabajar y producir en grupos. Es llamativo este dato al considerar que son profesionales con largos años en el sistema educativo formal y que ejercen una profesión en la que teóricamente es común y necesaria la tarea en equipos interdisciplinarios.

Es muy frecuente encontrar un alto grado de satisfacción por el logro de objetivos "extra-cognoscitivos", tales como: nuevos modelos de vínculo docente-alumno, espacios de libertad para aprender, ejemplos de pluralismo ideológico. La insistencia con que se mencionan estos logros hace pensar que constituyeron aprendizajes muy significativos, que las experiencias han sido "fuertes" y que experimentaron situaciones diferentes a sus estilos habituales de interacción.

Es probable que las evaluaciones formativas, la permanente recolección y devolución de información acerca del proceso y el estilo de comunicación establecido con los coordinadores hayan sido los factores que más contribuyeron a estos aprendizajes no cognoscitivos.

La tolerancia frente a la discrepancia y la informalidad en las interacciones personales no fueron estrategias explicitadas; constituyeron, sin duda, un "currículo oculto".

La aceptación del rol docente como coordinador-tutor fue también un aprendizaje para los alumnos de 1988 y 1989 y para los propios docentes.

Los alumnos inicialmente plantearon una fuerte demanda de clases teóricas en las que se transmitieran conocimientos "serios y definitivos". Se trató de presionar al coordinador para que asumiera un rol tradicional, reservándose como alumnos la función de escuchar, anotar y repetir.

Hubo que realizar un intenso trabajo para superar el estilo de comunicación radial que tendía a establecerse en las reuniones. Cada participante procuraba dialogar con el docente y obtener su aprobación con escasa disposición para escuchar y dialogar entre pares.

La "imago del saber" estaba presente: la "verdad" solo proviene del docente, de la autoridad. Costó mucho comprender y aceptar que si una situación de aprendizaje se desarrolla en un clima ameno, con cierta informalidad, en el cual "todos podemos aprender de todos", esto no es un sinónimo de pérdida de nivel académico.

A los coordinadores también les resultó difícil desempeñar un rol en el que el eje del trabajo no fuera necesaria y exclusivamente "dar clase". Los coordinadores pudieron superar con bastante rapidez esta dificultad, encontrando estrategias que les permitieran sentirse cómodos y seguros en el ejercicio de su rol como orientadores.

En 1989, en base a la experiencia anterior, el desempeño docente no presentó conflictos, lo que permitió una aceptación más rápida por parte de los alumnos del estilo "novedoso" que se proponía.

Por otra parte, los organizadores de este Curso se plantearon inicialmente llevar a cabo una experiencia que pudiera dar cuenta del fenómeno de masividad. En la práctica se logró sostener una actividad participativa con muchos profesionales en cada unidad, a través de la estrategia de organizar subgrupos de trabajo y estimulando la autogestión.

La experiencia realizada permite afirmar que el problema de masividad no es solo una cuestión cuantitativa. La superpoblación estudiantil no implica necesariamente el deterioro de la calidad de la enseñanza. El deterioro es producto de una conjunción de hechos y factores tales como: la persistencia de prácticas docentes tradicionales, la falta de formación técnico-pedagógica de los profesionales que ejercen la docencia, las condiciones de selección de los profesores, la falta de supervisión capacitante y los procedimientos administrativos arcaicos que mantienen oculta la información necesaria para llevar a la práctica la evaluación de los procesos educativos.

Sin investigación educacional difícilmente puedan transformarse las prácticas docentes.

Este trabajo, esta investigación evaluativa de un programa de capacitación docente-pedagógica es un intento de mostrar una práctica crítica, reflexiva de la propia docencia, dando a los participantes-alumnos un espacio central en dicho análisis crítico.

PROGRAMA DOCENTE EN LA COMUNIDAD

José Portillo; Gloria Mendoza; Roberto Bazzoni
URUGUAY

1. INTRODUCCION

1.1 Fundamentos

La educación médica ha estado tradicionalmente, al igual que el resto de la educación superior, determinada en gran medida por las características de la estructura socioeconómica, en la cual se inserta¹. Consecuencias de esta última son la práctica profesional y las características del proceso educativo, como aspectos supraestructurales de una determinada sociedad.²⁻³⁻⁴⁻⁵⁻⁶

En América Latina desde hace más de 150 años ha sido el Hospital, al igual que en Europa y Norteamérica, la institución que ha desempeñado el rol protagónico en la atención de la enfermedad.⁷⁻⁸

Vinculado con estos aspectos señalados, la concepción de la enfermedad ha sido fundamentalmente considerada como un fenómeno biológico e Individual.⁹ Sin embargo, en el correr de este siglo y, sobre todo a partir de 1950, surgen escuelas vinculadas a las ciencias de la salud, que comienzan a encarar el proceso salud-enfermedad de una forma diferente.¹⁰ Comienza a aparecer claramente, la vinculación con el resto del contexto socioeconómico en el cual se desarrolla.¹¹⁻¹² Es un fenómeno más del hombre como ser social y, por lo tanto, para su estudio y comprensión, es necesario también el de las ciencias sociales.¹³⁻¹⁴

El proceso salud enfermedad es, por lo tanto, un proceso dinámico, cambiante, dialéctico, dependiente de un conjunto de factores económicos, sociales, históricos, culturales, demográficos, geográficos, entre otros.

Parecería ser, entonces, que la clásica práctica médica y su consecuencia, la educación médica, basada en el individuo aislado y una concepción casi enteramente biologicista, no son adecuadas para dar respuesta a las reales necesidades y demandas sociales.¹⁵⁻¹⁶

Existen desde 1950 hasta 1978 distintos hitos que van marcando la evolución en los conceptos de la medicina.¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹ Es en 1978 en la Conferencia de Alma-Ata, organizada por la Organización Mundial de la Salud que se define la Atención Primaria de la Salud como una estrategia básica para el logro de objetivos significativos en materia de salud.²⁰ Este destaca como elementos fundamentales la concepción de la salud-enfermedad como un complejo proceso social, que es necesario conocer en todos sus aspectos, y no solo en los aspectos médicos. Se hace fundamental hincapié en la salud con tareas de promoción y prevención, en la educación para la salud, en la participación de la propia comunidad en la solución de sus problemas, en la adecuación y racionalización de los servicios, de acuerdo con las necesidades de las grandes mayorías.²¹⁻²²⁻²³

Estas concepciones llevan a nuevos enfoques en la educación médica.²⁴⁻²⁵ El enfoque debe ser clínico pero, también, epidemiológico y social.²⁶⁻²⁷ Pero para el proceso de enseñanza-aprendizaje de esta concepción, el hospital no es el ámbito más adecuado.²⁸ Es la comunidad, en sus espacios naturales, el lugar más adecuado para comprender los factores determinantes de la producción y distribución de los problemas de salud.²⁹ Surgen varias escuelas latinoamericanas que propenden por una "descentralización" de la educación médica, cosa que aún está lejos de alcanzarse para la gran mayoría de Facultades de Medicina latinoamericanas.³⁰ Esto es fácil de comprender, si se entiende que esta concepción de la salud y de la educación médica es contradictoria con la estructura socioeconómica hegemónica. Sin embargo, y a pesar de esto último, parecería ser que el enfoque clínico-epidemiológico y social de la salud es el único que puede dar respuesta a las necesidades de los pueblos.

1.2 Antecedentes

La Facultad de Medicina de la Universidad de la República en el Plan de Estudios aprobado en 1968 para la carrera de Doctor en Medicina, tenía en cuenta con especial énfasis, el enfoque clínico-epidemiológico y social del proceso salud-enfermedad. Pretendía, también, cambiar la metodología docente, transformando la enseñanza de pasiva, memorística y alejada de la realidad histórica en activa, razonada, crítica y directamente vinculada con su medio y su historia. Para esto se introducen grandes cambios en el Plan anterior. Se introduce el estudio de las ciencias

sociales, se realizan integraciones de diversa índole, se insiste en el aspecto psicológico, se le da gran participación al estudiante. Sin embargo, la intervención de la Facultad, en la dictadura, borra todas las innovaciones en 1973, volviendo a los viejos esquemas, es así que no hay oportunidad de que egresen médicos habiendo cursado íntegramente su carrera con el Plan de 1968.

En 1985 recuperada la democracia y el co-gobierno universitario, una de las primeras decisiones de la Facultad de Medicina fue la de reimplantar el Plan de 1968. Esto debe hacerse en forma gradual debido a las carencias presupuestales, que impiden una instrumentación más rápida del Plan de Estudios.

Uno de los aspectos importantes de este Plan es que prevé la estancia de los estudiantes en la comunidad, en todos los ciclos de la carrera, por períodos variables y con actividades diferentes, de complejidad creciente.

En 1987 y 1988, esto ya sucedió con los estudiantes que ingresan a la Facultad, en el Ciclo Básico, pero la Facultad decide la creación de un equipo docente que, vinculado a las Clínicas y Departamentos, operen en forma permanente en la comunidad, con base en los Centros de Salud. Será este equipo multidisciplinario el encargado de la enseñanza-aprendizaje para los distintos ciclos de la carrera.

Para el logro de estas metas se hace imprescindible la integración docente-asistencial.³¹ Esta es, según la Organización Panamericana de la Salud, "el proceso de creciente articulación entre instituciones de educación y de servicios de salud, para mejorar la atención de la salud, orientar la producción de conocimientos y la formación de personal, tomando como base el perfil epidemiológico en un determinado contexto poblacional y regionalizado, que permita la continuidad del proceso educacional que nazca en el trabajo y sea capaz de transformarlo".³²⁻³³

Se destacan como aspectos importantes de esta nueva metodología educacional, que gana el espacio comunitario, como espacio docente, los siguientes.³⁴

- Involucra a la comunidad como espacio social participativo
- Se centra en las necesidades reales de salud de la población.
- Exige una cobertura de servicios con base de población adecuada.
- Tiene control epidemiológico de riesgo y patología predominante.
- Incluye el cuidado de la salud en todos los niveles de atención.
- Adopta orientación colectiva, con participación de toda la Facultad.
- Busca la interpretación crítica de la realidad.
- Reconoce a los actores como agentes de cambio social.
- Ajusta el Plan de Estudios a la logística de los servicios.
- Usa la autoevaluación y la autoformación en el desempeño.

Es por estas razones que la Universidad de la República, fundamentalmente a través de las Facultades de Medicina y Odontología,³⁵ deciden cooperar con el Ministerio de Salud Pública, apoyando el desarrollo de los programas asistenciales y de Centros de atención integral de la salud.

Se ha considerado que la presentación de esta experiencia inicial de educación comunitaria contribuirá a la difusión de aspectos importantes y, por otra parte, al recibir críticas podrá rectificar errores cometidos.

2. OBJETIVOS

2.1 Generales

Integración de la Universidad con el Ministerio de Salud Pública en los Centros de Salud, que permita ampliar el espacio docente a la comunidad y cooperar en el desarrollo de la atención primaria de la salud.

2.2 Específicos

- 1) Formación de los estudiantes universitarios en general, pero de las ciencias de la salud en particular, en acciones de promoción, prevención, curación, recuperación y rehabilitación, en acciones integradas con todos los recursos que deben confluir desde otras áreas y de la propia comunidad.

- 2) Contribuir a revertir el sentido exagerado de medicina curativa hacia la preservación de la salud, como la meta trascendental que influye en el desarrollo social y económico del país.
- 3) Fomentar la investigación aplicada de las ciencias de la salud y de las ciencias sociales, en un ámbito común y como contribución a reales necesidades sociales.
- 4) Contribuir con la declarada intención de la Universidad de inserción social y comunitaria, creando enclaves universitarios "extramurales" permanentes.
- 5) Contribuir junto con otras instituciones y, en particular con la comunidad, a crear la posibilidad de una verdadera autogestión y de la autorresponsabilidad en la salud, en particular y en el desarrollo social, en general.
- 6) Contribuir a mejorar la calidad de la atención de la salud en los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública.
- 7) Contribuir a incrementar la eficacia y la eficiencia del primer nivel de atención, con el resultado lógico de disminución de demanda de atención secundaria y terciaria con un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles.
- 8) Fomentar la integralidad en la atención de la salud (enfoque clínico-epidemiológico y social).

3. RECURSOS

3.1 Institucionales

Este es un Programa cooperado entre la Universidad (Facultades de Medicina y Odontología) por una parte y el Ministerio de Salud Pública por otra.

A los efectos de precisar los alcances de dicha cooperación se ha firmado un convenio.

Este señala entre sus aspectos más importantes, como justificación, que "la integración docente-asistencial resulta de la superposición planificada, coordinada y organizada de esfuerzos destinados a la promoción de la salud y a la atención de pacientes, y, asimismo, a la formación de profesionales de la salud". Entre los propósitos se destaca "establecer un programa de articulación docente-asistencial, a través de la red de Centros de Salud existentes en el Uruguay". Se destacan también aquellos aspectos vinculados a la colaboración mutua en los aspectos asistenciales, así como en la investigación.

3.2 Humanos

La Facultad de Medicina ha dispuesto inicialmente de un equipo docente, con afectación permanente en los Centros de Salud, de 38 profesores de 5 áreas disciplinarias: Pediatría, Ginecobstetricia, Medicina, Salud Mental y Medicina Preventiva y Social. Todos desempeñan la totalidad de su carga horaria (entre 12 y 24 horas semanales) en los Centros de Salud, cumpliendo además de con las tareas propiamente educacionales, con tareas asistenciales y de investigación.

Se han conformado así 6 equipos multidisciplinarios para cada Centro. Estos equipos funcionan con la coordinación de uno de los docentes integrantes de los mismos. Un Coordinador General realiza las tareas de coordinación entre los equipos, las Clínicas y Departamentos de la Facultad, otros servicios de la Universidad y el personal del Ministerio de Salud Pública. Los docentes asignados a las tareas en la comunidad han mantenido, además, un vínculo que se intenta incrementar con los Profesores Titulares de las Clínicas y Departamentos.

Estos equipos han integrado también en algunos casos, docentes de sociología, enfermería y parteras. Se aspira a realizar pasajes de los docentes habitualmente asignados en el Hospital, para colaborar en la docencia del espacio comunitario, aumentando el recurso humano.

La **Facultad de Odontología** ha dispuesto de 12 docentes (2 por Centro) coordinados por un docente de grado superior y se han integrado con los equipos de Medicina, sobre el fin del año escolar.

El **Ministerio de Salud Pública** colabora con el personal médico y no médico en los Centros, realizando diferentes tareas que permitan mejorar la inserción de los estudiantes. El Director del Centro, junto con el Coordinador del equipo docente, son los responsables a nivel local de la articulación de las acciones.

3.3 Materiales

Inicialmente se ha comenzado la tarea en 6 Centros de Salud, ubicados en la ciudad de Montevideo, de los 10 que existen en total. En el interior del país existen 18 Centros, 1 por capital de departamento, y se han fusionado 2, Paysandú y Maldonado, dos ciudades en las cuales la Facultad ha desarrollado tareas docentes con personal de la salud del lugar.

Los 6 Centros de Montevideo (Ciudad Vieja, Cerro, Cerrito de la Victoria, Santa Rita, Jardines del Hipódromo y Unión) están ubicados en barrios de la periferia de la capital, salvo uno que se encuentra en la zona más antigua y céntrica de Montevideo.

El área geográfica correspondiente a cada uno es bastante extensa, aunque en la misma existen también policlínicas municipales, comunitarias, parroquiales, generalmente sin coordinación entre sí ni con los Centros de Salud. (Figura 1)

La población que se asiste en cada Centro, cuyo número varía entre 50 y 100 000 personas, corresponde a los estratos o clases sociales de menores ingresos. En casi todos existen conjuntos de población marginales (cantegriles), que se encuentran por debajo de la línea de pobreza extrema.

El tipo de asistencia que se brinda en los Centros, generalmente es a demanda y no incluye visitas a domicilio ni otras tareas en la comunidad por parte del personal médico del Ministerio de Salud Pública.

Entre las normas asistenciales vigentes en el país, no existen criterios bien definidos de referencia y contrarreferencia, entre los Centros y las unidades asistenciales de 2do. y 3er. niveles.

3.4 Financieros

Este Programa Docente en la Comunidad es uno de los 20 proyectos que la Universidad ha considerado más relevantes y que han recibido por parte del Gobierno una financiación especial.

Esta financiación ha permitido la creación de estos cargos docentes de ubicación comunitaria y financia exclusivamente remuneraciones. El resto del personal docente que eventualmente participe y los equipamientos, son financiados con rubros del Presupuesto Universitario.

Se considera que estos fondos son insuficientes para lograr la implementación más adecuada de estas actividades. Como se sabe, Uruguay dispone de uno de los presupuestos universitarios más bajos de América Latina: menos del 3 % del Gasto Central y el 45 % del mismo se gasta en el Hospital de Clínicas.

4. ACTIVIDADES

4.1 Docentes

Si bien es inquietud de la Facultad de Medicina que los estudiantes de todos los ciclos y años de la carrera pasen por la comunidad en el transcurso de su respectivo año escolar, en 1988, primer año de implementación del Programa Docente en la Comunidad, solo pasaron estudiantes del Ciclo Básico (600) y de los dos últimos años del Ciclo Clínico-Patológico (y de la carrera), el año Médico-Quirúrgico II (300) y el año Materno-infantil (600).

Los 600 estudiantes del Ciclo Básico, que son aquellos que ingresan a la Facultad y trabajan en forma integrada las líneas de Psicología, Sociología, Biología y Métodos Cuantitativos, funcionaron con sus respectivos docentes en un área geográfica diferente. Se estudian actualmente formas de coordinar e integrar estas actividades con las del resto de la carrera. Los estudiantes del Ciclo-Clinico-Patológico sí pasaron por los 6 Centros señalados y sus respectivas áreas de influencia. Los estudiantes del Médico-Quirúrgico hicieron estancias de 3 semanas en grupos de 15 ó 20 por Centro. Los del año Materno-Infantil pasaron períodos de 4 semanas en igual número por Centro. Esto determinó que a lo largo de todo el año hubiera estudiantes en la comunidad, siendo en total cerca de 1500.

Los estudiantes de odontología aún no han comenzado las actividades comunitarias.

Las actividades realizadas por los equipos docentes con los grupos de estudiantes, fueron diferentes, ya que se consideró fundamental que las mismas estuvieran de acuerdo con las necesidades reales de cada Centro y de la propia comunidad, es decir, que las actividades docentes deberán tener un fin social y no transformarse en un ejercicio artificial. Se ha pretendido, en la medida de lo posible, que cada estudiante adquiriera responsabilidades concretas, como un integrante más del equipo de salud.

Se intentó un proceso de enseñanza-aprendizaje, basado sobre todo en esto último, en forma activa, participativa, dialogista. Se hizo evaluación continua del rendimiento estudiantil durante su pasaje por el Centro.

A los estudiantes se les brindó información teórica y se definieron en conjunto las actividades a realizar, de acuerdo con los programas educacionales y asistenciales.

Estas actividades pueden resumirse de la siguiente forma:

4.1.1 En el Centro de Salud

- Tareas asistenciales en las respectivas Policlínicas Pediátricas, Obstétricas o Médicas, en pequeños subgrupos, con los docentes respectivos y, en algún caso, con personal médico del Centro, con supervisión del docente.
- Trabajo grupal con estudiantes y en algún caso, también, con personal del Centro, para discusión y análisis de material bibliográfico o de situaciones planteadas, tanto en los consultorios como en los domicilios.
- Aporte de información teórica por parte de los docentes, en forma de seminarios, de acuerdo a temas seleccionados previamente o surgidos de la dinámica del trabajo.
- Trabajo de los estudiantes con el personal no médico del Centro (nutricionista, asistente social, oficial de higiene ambiental, archivista, vacunador, educador para la salud).
- Actividades de educación para la salud en forma colectiva, en salas de espera.
- En algún caso se hicieron ateneos clínicos con participación del equipo docente del hospital, incluyendo al Profesor Titular.

4.1.2 En la comunidad

- Visitas domiciliarias a los efectos de la recolección de datos (encuestas) que permitan al Centro de Salud un diagnóstico de salud en sectores no bien conocidos, en el marco de su área de referencia.
- Visitas domiciliarias de captación y seguimiento en el marco de programas Asistenciales del Ministerio de Salud Pública (captación del recién nacido, captación precoz de la embarazada).
- Captación de pacientes con factores de riesgo que han sido detectados y que no concurrer Centro para su correspondiente control.

- Actividades de educación para la salud, en coordinación con las escuelas, dirigidas a los niños, a los padres o a los maestros, realizadas por los estudiantes con la supervisión de los docentes.
- Relacionamiento con organizaciones sociales que tienen vinculación con el Centro (comisiones de fomento, clubes deportivos, sindicatos, parroquias) que permitió la realización de charlas de educación para la salud, a pedido de la propia comunidad y en locales comunitarios.

4.2 Asistenciales

Los docentes, que forman parte del personal de salud, han cumplido como se señalara anteriormente, tareas asistenciales, independientemente de la presencia o ausencia de estudiantes.

Se ha intentado que aproximadamente un 25 % de la carga horaria se destine a estas tareas. Los Clínicos (Pediatras, Obstetras y Médicos) han cumplido sus tareas en las respectivas políclínicas. Los docentes de Medicina Social y Salud Mental, han intentado realizar tareas de su área específica en conjunto con los directores de los Centros, en los aspectos de planificación y programación.

4.3 De Investigación

Si bien el tiempo transcurrido desde la implementación del Programa es corto, se han comenzado a estudiar varios proyectos de investigación. Se entiende que el espacio comunitario es el ámbito más propicio para generar conocimientos sobre las reales necesidades de la población, en forma multidisciplinaria, tanto en las ciencias de la salud como también con las ciencias sociales. Se intenta lograr la participación activa del resto de los docentes de la Facultad (disciplinas básicas y disciplinas clínicas), así como de todo el resto de la Universidad, buscando instrumentar proyectos cooperados.

Actualmente hay varios proyectos en elaboración; se señalan algunos de ellos:

- Participación de la comunidad en un Centro de Salud. Programa Docente en la Comunidad y Médicos del Centro de Atención Primaria de la Salud (Las Piedras). Podría contar con apoyo del Instituto SAREC de Suecia.
- Programa de salud reproductiva para adolescentes. Programa Docente en la Comunidad. Podría contar con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para las Actividades de Población.
- Educación a la Comunidad y Diagnóstico Precoz en Cáncer. Programa Docente en la Comunidad y Departamento de Oncología.
- Estimulación precoz y desarrollo psicomotor del niño. Programa Docente en la Comunidad y Curso de Psicomotricidad en la Escuela Tecnología Médica
- Evaluación de una experiencia educacional. Programa Docente en la Comunidad.

5. EVALUACION

Se consideró fundamental que esta primera experiencia de educación médica en el espacio comunitario fuera evaluada por los protagonistas, los docentes y los estudiantes que participaron de la misma.

Se considera igualmente importante (o más) que la propia comunidad pudiera evaluar las actividades de la Universidad, sin embargo esto es operativamente complejo. Requiere de una comunidad organizada y participativa (cosa que en general no se encontró) y de más tiempo de actuación en la comunidad, para poder lograr un mejor relacionamiento con la misma.

A continuación se presentan los resultados de lo señalado en primer término. Se piensa poder lograr lo otro en el correr del siguiente año de actividades comunitarias.

5.1 Por los estudiantes

Se hizo de dos formas. Al finalizar la estancia de 3 ó 4 semanas en la comunidad, cada grupo de estudiantes con su respectivo equipo docente, realizó una evaluación de lo actuado. Al finalizar el año se hizo un cuestionario que se intentó repartir a la totalidad de los estudiantes que habían participado en la experiencia, pero se logró que muy pocos lo contestaran.

Ambos métodos tuvieron grandes dificultades de aplicación, como más adelante se verá, por lo que solo sirven para tener una idea aproximada de la opinión estudiantil y no permiten extraer conclusiones generalizables, con rigor estadístico.

5.1.1 Oral

Se dejó librado a que cada equipo docente realizará la evaluación con objetivos y métodos que cada uno definiría. Incluso en el correr del año se modificaron los criterios. En algún caso se hicieron 4 ó 5 preguntas abiertas y luego se comentaron en grupo. En todos los casos se hicieron reuniones grupales, estudiantes y docentes, de evaluación.

En general se intentó conocer: qué conocimiento previo tenían los estudiantes del espacio comunitario; cuánto había contribuido esta breve experiencia a la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes; qué opinión tenían de la metodología docente, sobre todo en comparación con lo realizado durante el resto de la carrera en el aula y en el hospital y qué sugerencias harían para ir corrigiendo y mejorando las actividades docentes en la comunidad.

Si bien es imposible reproducir todo lo sucedido, se puede sintetizar muy esquemáticamente, que la gran mayoría de los estudiantes (que nunca antes habían participado en actividades similares) compartió los aspectos doctrinarios de este modelo enseñante, aunque destacaron aspectos negativos vinculados al equipo docente (parcialmente integrado, no vinculado formalmente al programa hospitalario) y sobre todo a las deficiencias de los servicios de salud. Generó mucha angustia la captación en el terreno de graves problemas socio-económicos de muy difícil solución, sin embargo, podría señalarse como favorable el saldo de las respuestas obtenidas por los 6 equipos docentes. Otro elemento que conspiró contra esta actividad fue la realización simultánea de alguna tarea docente en el hospital, que sigue ejerciendo mucho mayor influencia.

Entre otras cosas, los estudiantes señalaron la importancia en: haber conocido aspectos no vinculados directamente con la clínica y la patología; conocer el marco de referencia de las personas que, vistas en el hospital, quedan desvinculadas de su ambiente familiar y comunitario; la ventaja de la relación docente-estudiante en un plano de igualdad. Se comprendió la complejidad de la problemática que rodea a las personas y su enfermedad, temas estos que habitualmente no son considerados. Justamente se señaló que paradójicamente en el hospital no se "pregunta" demasiado.

Se puede concluir que uno de los aspectos más trascendentes fue el descubrimiento colectivo de las pérdidas de roles específicos (médico, estudiante, paciente).

5.1.2 Escrita

Se estructuró un cuestionario con preguntas cerradas en su mayoría, dejando alguna respuesta abierta, que tendía fundamentalmente a conocer la opinión de los estudiantes sobre la estancia en la comunidad, en lo que tiene que ver con: conocimientos, habilidades y actitudes adquiridos en este lapso; metodología docente y sobre la necesidad de este espacio docente en el currículo.

Grandes dificultades operativas llevaron a que solo 44 estudiantes respondieran el cuestionario. Esto a su vez, no puede ser considerado una muestra representativa, porque no fueron seleccionados al azar. Sin embargo, pese a que al igual que con la evaluación oral, las conclusiones no pueden ser generalizables con criterios estadísticos, los resultados que se muestran a continuación permiten tener una idea aproximada de la opinión de los estudiantes.

Preguntado:

- 1) Si esta actividad le aportó conocimientos y destrezas, 84 % respondió afirmativamente.
- 2) Si le permitió lograr mejor comunicación con compañeros y docentes, 60 % respondió afirmativamente. Igual resultado en la comunicación con pacientes.
- 3) Si la metodología docente fue participativa, permitiendo la iniciativa del estudiante, hubo 65 % afirmativo.
- 4) Opinión sobre el equipo docente (capacidad, dedicación) fue positiva en 61 %.
- 5) Sobre las posibles ventajas del trabajo docente en forma multidisciplinaria y en equipo, 79 % considera que era facilitador de la comprensión de los problemas.
- 6) Sobre la actitud hacia el bienestar social y la influencia favorable que esta actividad puede tener en ese sentido, 65 % respondió favorablemente.
- 7) Con respecto al tiempo adjudicado a la enseñanza en la comunidad (3 ó 4 semanas), respondió que fue apropiado 30 %, que fue poco 34 %, que fue excesivo 34 % y 2 % no respondió.
- 8) La última pregunta se refería a la posible necesidad y conveniencia para la educación médica, de una estancia en la comunidad, respondiendo que era muy necesario 84 %, que era poco necesario 11 %, que no era necesario 2 % y sin respuesta 3 %.

Como puede verse, salvo en las últimas dos preguntas, en las anteriores hubo alrededor de un 65 % de respuestas positivas. El resto se divide aproximadamente en una mitad que respondió en forma negativa y otra mitad que no respondió. Esto último podría explicarse por dos factores:

- 1) mala formulación de algunas preguntas, y
- 2) falta de colaboración adecuada del personal docente y administrativo que repartió los cuestionarios en el hospital (único ámbito en el que se encontraron reunidos los estudiantes a fin de curso).

5.2 Por los docentes

Se estructuró un cuestionario con preguntas abiertas, que respondieron los 40 docentes que participaron en las actividades en la comunidad.

Se pretendía conocer la opinión de los docentes con respecto a: actitud y relación con estudiantes, funcionamiento del equipo docente multidisciplinario, vínculos del personal docente y personal del Centro del Ministerio de Salud Pública, relación con la comunidad, adecuación de las actividades docentes realizadas, suficiencia o no del tiempo asignado a los estudiantes para poder cumplir los objetivos previstos y características del funcionamiento de los servicios asistenciales.

Por ser un cuestionario abierto resulta muy complejo hacer una síntesis de los resultados. Estos cuestionarios fueron discutidos, una vez respondidos en forma individual, en conjunto por todo el equipo docente.

A pesar de las dificultades que ello conllevase, se transcriben a continuación los resultados aproximados.

1. Actitud de los estudiantes

La mayoría de los docentes respondió que, al llegar a la comunidad, traen muy mala información sobre las tareas a realizar. Que al transcurrir los días se interesan y se comprometen con la tarea. Sin embargo, las tareas residuales en el Hospital, alguna clase y sobre todo las evaluaciones escritas de patología, distorsionan el compromiso de los estudiantes. Al terminar el período de 3 ó 4 semanas se considera que la tarea queda incompleta y la experiencia ha sido corta.

2. Relación con los estudiantes

La mayoría ha considerado que el trabajo grupal y multidisciplinario logra por única vez en la carrera, una relación fluida y buena comunicación, que permite un intercambio de opiniones y emociones docente-estudiante. La buena relación-docente-estudiante y la metodología docente usada, permiten un buen grado de participación y comunicación.

3. Funcionamiento del equipo docente

En su mayoría se consideró muy adecuado, logrando buena comunicación, cooperación, compromiso común e integración. Las reuniones internas del grupo y de todos los equipos, ayudan a solucionar las excepciones en los casos en que no sucedió así.

4. Vinculación con el personal del Centro de Salud

No existió en general, en ninguno de los 6 Centros, integración ni coordinación. Pese a la actitud favorable de los Directores, no hubo mecanismos que facilitaran la comunicación con el personal médico y no médico, aunque sobre todo con el primero. Varios factores (deficiencias locativas, diferencias de horarios, prejuicios) llevaron a dificultar esta integración.

5. Relación con la comunidad

En general fue muy escasa. Se señalaron algunas razones: no existe una relación previa en general, entre los Centros de Salud y la comunidad organizada, menos aún participación de esta en la definición de sus problemas de salud; en muchos casos no existe una organización mínima de la comunidad; el horario matutino del trabajo docente no coincide muchas veces con las actividades comunitarias (nocturnas o en días feriados). Hubo algunas excepciones y además, unánimemente se consideró imprescindible trabajar en este sentido para lograr una participación de la comunidad.

En los casos de visitas domiciliarias, la receptividad en general fue buena, aunque se señaló: debe evitarse la reiteración de visitas sin finalidad concreta, incide desfavorablemente la rotación de diferentes estudiantes en períodos breves, puede aparecer malestar en muchos casos de expectativas no satisfechas.

6. Continuidad de la tarea

La mayoría respondió que el período de 3 ó 4 semanas es muy breve y que sería preferible 1 ó 2 veces en la semana, todo el año. Mejora el rendimiento de la tarea docente, evitando la reiteración de las actividades. Mejora también la relación con las familias seleccionadas para la tarea.

7. Características de los Centros de Salud

La mayoría ha considerado que el funcionamiento de los mismos es altamente insuficiente, entre otras cosas, por:

- Deficiencias locativas, graves en algunos casos.
- Horarios de atención insuficientes (en general funcionan entre 8 y 12 horas y solo uno tiene 24 horas de atención).
- Falta de recursos materiales (medicamentos, leche, exámenes complementarios).
- Escasos recursos humanos médicos y no médicos.
- Falta de mecanismos de dirección y administración adecuados.
- Existe una demanda de la población insatisfecha.
- Falta casi total de tareas comunitarias extramurales. Se ha considerado que si bien las tareas de la Universidad en los Centros podría lograr mejorar la calidad de la asistencia, es un proceso progresivo y que requerirá tiempo para su consolidación.

6. DISCUSION

Pese a los pequeños contratiempos, el saldo de las actividades se ha considerado altamente favorable.

No cabe duda de la importancia del espacio comunitario para la educación médica en general y para la enseñanza de cada una de las disciplinas en particular.

Ya en 1971, el 1er. Informe sobre la Enseñanza de la Obstetricia y la Ginecología en América Latina, señalaba "además del ambiente hospitalario, la enseñanza de la obstetricia y la ginecología debían hacerse en servicios de salud extramurales, donde el alumno puede capacitarse más adecuadamente para su futuro ejercicio profesional. Es aconsejable establecer condiciones que permitan coordinar e integrar los sistemas regionales de salud y las facultades de medicina".³⁶ Molina³⁷ presentó en 1966 una experiencia de enseñanza de los contenidos de medicina social, en la Universidad de Chile, integrados en las Clínicas, en el hospital y en la comunidad, que fue evaluada favorablemente por estudiantes y profesores.

Yankauer y Villarreal³⁸ señalaban también en 1966, refiriéndose a la enseñanza de la pediatría, "lo mismo que los laboratorios y las salas del hospital, las posibilidades pedagógicas de la zona de salud de la comunidad serán mejores y más permanentes si profesores y estudiantes la consideran y utilizan como medio de investigación y como recurso de enseñanza y de servicio".

No solo es importante integrar en la comunidad todas las disciplinas médicas, sino todas las ciencias de la salud y sociales, como señala Beltrán.³⁹

La opinión de los docentes sobre esta experiencia resulto favorable, pese a las dificultades existentes en los servicios de salud, previamente conocidas y sobre las cuales no habrá otra solución que continuar trabajando en el futuro. Bridge³⁹ señala, además, que "es estimulante notar que las actitudes y opiniones están sujetas a modificación, como resultado de la información pedagógica y de la experiencia interpretativa en dinámica del grupo". Por lo tanto, se puede suponer que los docentes asignados a tareas comunitarias irán consolidando sus motivaciones iniciales.

El problema mayor consiste en lograr una integración precoz del estudiante en la comunidad y motivar al resto del cuerpo docente, habitualmente radicado en el hospital, sobre la necesidad del espacio docente de la comunidad. Se comparte lo señalado por Payne¹⁰ en una conferencia hace 23 años, pero con plena vigencia: "No ha sido difícil que las más altas esferas del profesorado acepten nuestras ideas. Son de una gran comprensión y competencia, dispuestos a aceptar nuevos conceptos, siempre que se les presenten en forma debida y puedan ser comprobados. Tampoco he tenido dificultades con los estudiantes, siempre que estos conceptos sean presentados en las primeras fases de estudios antes de que se obsesionen con el "cuidado corporal" del paciente. Los mayores problemas surgen con los residentes y el personal docente auxiliar a quienes, en su formación, no dieron a conocer estos conceptos. Este personal ejerce una enorme influencia adversa sobre los estudiantes durante los años de enseñanza clínica y como están mucho más en contacto que los profesores titulares, esta influencia resulta difícil de contrarrestar."

La opinión de los estudiantes es similar a la encontrada en experiencias de enseñanza comunitaria: Algunas frases y conceptos, así como los cambios de actitudes durante la estancia en el Centro de Salud, coinciden casi exactamente con lo señalado por Standard y col. en una experiencia en Jamaica, realizada en 1967.⁴⁰ También resulta coincidente en forma casi idéntica, la respuesta afirmativa en 84 % de los estudiantes encuestados, sobre la necesidad de la enseñanza extramural. Juan C. García² encontró frente a la misma pregunta, respuestas afirmativas entre el 71 % y el 88 % de los estudiantes encuestados, en las 6 Universidades de América Latina en las cuales realizara la investigación sobre Educación Médica, hace casi 20 años. También señala García, "la preocupación más importante de la Salud Pública en estos momentos es ampliar la cobertura de los servicios; parecería responsabilidad de las escuelas de medicina, introducir y evaluar sistemas de atención médica más integrales y amplios, con participación activa y creativa del estudiante".

Las respuestas obtenidas de los estudiantes coinciden también, en gran medida, con las obtenidas en la evaluación de una experiencia previa (1987), realizada por una clínica pediátrica de esta Facultad de Medicina, en la que participara el autor, sobre la enseñanza extramural de la pediatría.⁴¹

Puede decirse que los modelos de educación médica en la comunidad, contemporáneos, que se están desarrollando en México, Nicaragua y Costa Rica, y que presentan Braveman y Mora,⁴² tienen características conceptuales y metodológicas similares, con el modelo que se presenta en este trabajo.

En Buenos Aires, Argentina, existen algunas experiencias en el mismo sentido.⁴³

Los aspectos metodológicos didácticos coinciden con los principios promovidos a partir de algunos organismos educacionales de América Latina, como el Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud (CLATES), que señalan Lobo y colaboradores.⁴⁴

7. CONCLUSIONES

Si bien, como ya fue señalado, el inicio de la actividad extramural, por el solo hecho de que existe ya, es positiva, muchos son los aspectos que deberán mejorarse.

De acuerdo a opinión de estudiantes y docentes puede destacarse:

- Esta experiencia ha sido útil y positiva.
- Se hace necesario ampliar el cuerpo docente en la comunidad.
- Es fundamental la integración de estos docentes con aquellos radicados en el hospital, definiendo contenidos y metodologías comunes.
- Mejorar la coordinación con el resto de las ciencias de la salud y también de las ciencias sociales, en especial la sociología, generando proyectos de investigación médico-social.
- Es muy importante la presencia de los estudiantes en la comunidad, desde el ingreso a la Facultad, a lo largo de toda la carrera y por períodos prolongados o en forma alterna, a lo largo de todo el año.
- Debe buscarse mecanismos para lograr la participación de la comunidad organizada en la solución de sus problemas de salud e incluso para evaluar las actividades universitarias.
- Deberá adecuarse esta actividad a servicios de salud de mala calidad, que probablemente sigan siéndolo, pero teniendo la obligación ética de lograr mejorar.

RESUMEN

Se presenta en este trabajo el Programa Docente en la Comunidad, de las Facultades de Medicina y Odontología, de la Universidad de la República, Uruguay, que se comenzara a implementar, por acuerdo con el Ministerio de Salud Pública en 6 Centros de Salud de la ciudad de Montevideo en 1988.

Se presenta un soporte bibliográfico sobre la importancia del espacio comunitario en la formación de los profesionales de la salud y que, pese a que hace 20 ó 30 años que es tema central en diferentes foros, no es el modelo educacional hegemónico.

La Facultad de Medicina lo había definido en 1968 en su Plan de Estudios, pero la intervención de la Universidad en el período de la dictadura impidió su aplicación, hasta la recuperación del gobierno legítimo de la Universidad en la democracia.

El objetivo general del Programa es lograr la integración de la Universidad con el Ministerio de Salud Pública en los Centros de Salud, que permita ampliar el espacio docente en la comunidad y cooperar en el desarrollo de la atención primaria de la salud.

El Programa cuenta con docentes de Pediatría, Obstetricia, Medicina, Salud Mental y Medicina Social, que se integran en 6 equipos multidisciplinarios en los respectivos Centros de Salud.

Los estudiantes de los dos últimos años de la carrera realizaron estadías de 3 ó 4 semanas, en grupos de 15 ó 20. Durante las mismas realizaron actividades de promoción y prevención, además de aquellas de curación y rehabilitación, tanto en los Centros como en la comunidad.

Estas actividades fueron evaluadas por los estudiantes y los docentes participantes, existiendo un apoyo mayoritario hacia los aspectos doctrinarios de la educación médica en la comunidad, aunque se señalaron aspectos operativos que han dificultado la implementación inicial de esta experiencia educativa.

Se señalan publicaciones que coinciden con lo que aquí se presenta, tanto en los aspectos metodológicos como en los resultados de las evaluaciones realizadas.

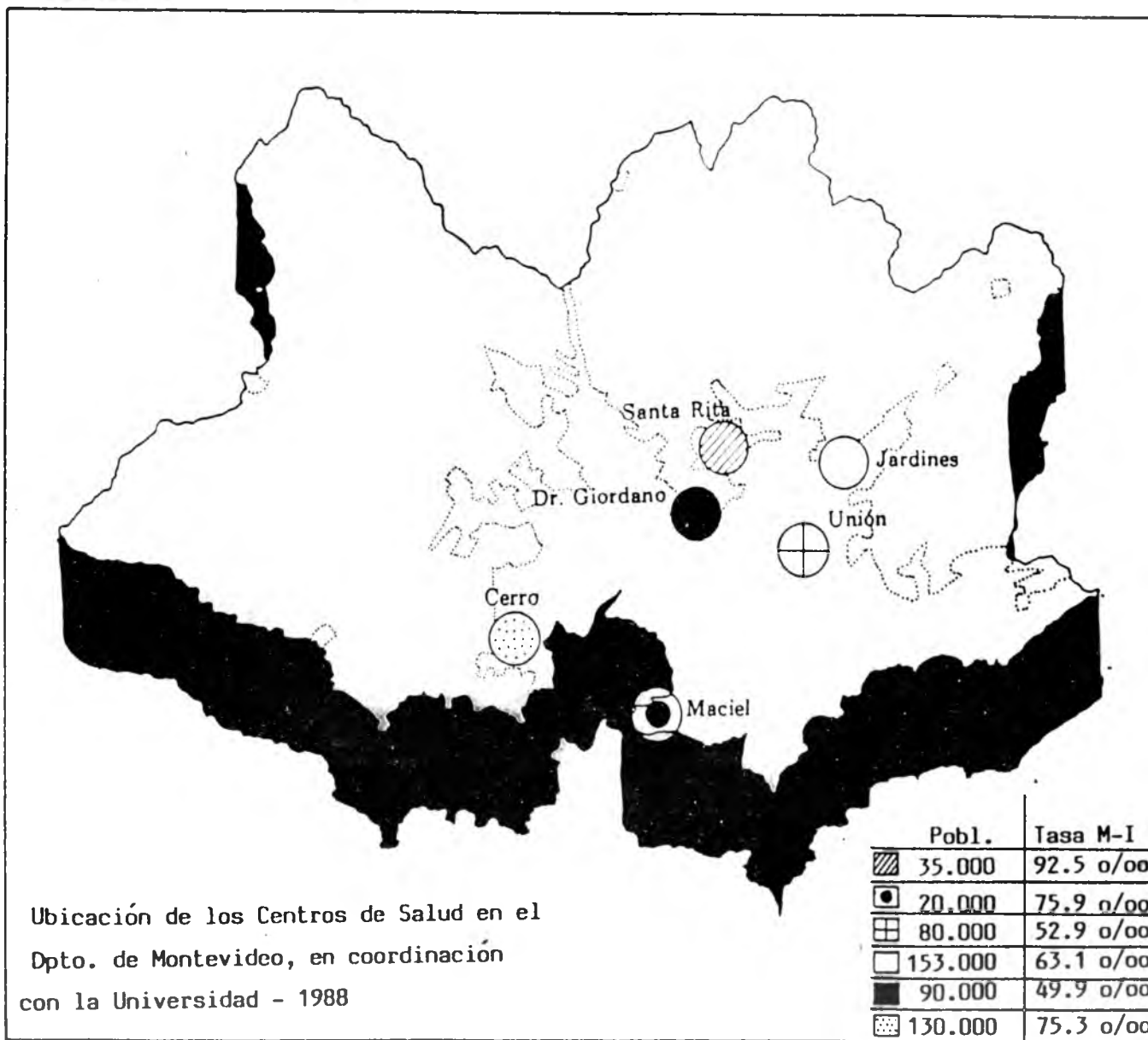
Se concluye en la importancia de este espacio docente; se señalan aquellos aspectos que a juicio de los autores, son más importantes para lograr la consolidación del mismo.

REFERENCIAS

1. GRAMSCI, A. Los Intelectuales y la organización de la Cultura. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 1984.
2. GARCIA, J.C. La Educación Médica en la América Latina. OPS, Publ. Cient. No. 255, 1972.
3. ILIZASTIGUI DUPUY, F. Salud, Medicina y Educación Médica. Ed. Ciencias Médicas, La Habana, 1985.
4. PORTILLO, J. Educación Médica: Un nuevo enfoque. Ed. Universidad de la República, Montevideo, 1987.
5. ANDRADE, J. Marco conceptual de la Educación Médica en América Latina. Educación Médica y Salud, 12:1, 149 y 223, 1978 - 13:1, 1979.
6. MEZA CUADRA, A. Marco conceptual de la Educación Médica y Salud para Todos en el año 2000. Sociedad y Salud, 1:67, 1986.
7. FOUCAULT, M. El nacimiento de la clínica. Ed. Siglo XXI, México, 1982.
8. FERREIRA, J.R. Misión del Hospital a la luz de las nuevas tendencias de la Educación Médica. Educación Médica y Salud, 10:140, 1976.
9. FOUCAULT, M. La Crisis de la Medicina o la crisis de la antimedicina. Educación Médica y Salud, 10:152, 1976.
10. PAYNE, A. La innovación derivada de una nueva unidad. Educación Médica y Salud, 1:28, 1966.
11. GARCIA, J.C. Paradigmas para la enseñanza de las Ciencias Sociales en las Escuelas de Medicina. Educación Médica y Salud, 7:130, 1973.
12. GARCIA, J.C. Medicina y Sociedad. Las corrientes del pensamiento en el campo de la salud. Educación Médica y Salud, 17:363, 1983.
13. MERCER, H. Las contribuciones de la sociología a la investigación en salud. En Ciencias Sociales y Salud en América Latina. Ed. Nones. OPS. p. 231, 1986.
14. MITJAVILA, M.; PORTILLO, J. y ROTONDARO, E. La Sociología y la construcción de objetos de conocimiento en el área de la salud. XVII Congreso Latinoamericano de Sociología. Montevideo, 1988.
15. LUNA, R. Reorientación de la Educación Médica. Educación Médica y Salud. 20:466, 1986.
16. HADDAD, J. Desarrollo Educativo en salud. Perspectivas para el año 2000. Educación Médica y Salud. 20:448, 1986.
17. 1ra. Reunión sobre principios básicos para el desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe. Informe Final. Educación Médica y Salud. 10:109, 1976.
18. RODRIGUEZ, M.I. y VILLAR, R. La Administración del conocimiento. Lo biológico y lo social en la formación del personal de salud en América Latina. Educación Médica y Salud, 20:424, 1986.
19. GUERRA DE MACEDO, C. Política de Recursos Humanos en salud. Educación Médica y Salud, 20:415, 1986.
20. DECLARACION DE ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre atención primaria de la Salud. OMS-UNICEF, 1978.

21. ORDOÑEZ, C. El futuro de la Atención Primaria. Educación Médica y Salud. 19:74, 1985.
22. Función de las Universidades en las estrategias de salud para todos. Documento para la 37a. Asamblea Mundial de la Salud. Educación Médica y Salud. 19:85, 1985.
23. GUERRA DE MACEDO, C. La Universidad y Salud para Todos en el año 2000. Bol. OPS. Editorial, 1986.
24. MAHLER, H. Estrategia de Salud para Todos en toda su magnitud. Bol. of Sanit. Panam. 95:361, 1983.
25. _____. Palabras en su visita al Uruguay, 1982.
26. ORDOÑEZ, C. La formación del Médico en la Atención Primaria de Salud. 1er. Seminario Internacional de Atención Primaria. Cuba, 1986.
27. _____. El enfoque clínico-epidemiológico y social: Un nuevo reto. 1er. Seminario Internacional de Atención Primaria. Cuba, 1986.
28. VILLARREAL, R. La Educación en Ciencias de la Salud en función de la Comunidad. Educación Médica y Salud. 6:1, 1972.
29. La educación del personal de salud centrada en la comunidad. Serie de informes técnicos 746 - OMS, 1987.
30. FERREIRA, J.R. La necesidad de la colaboración efectiva entre la Educación Médica y el Servicio de Salud. Educación Médica y Salud. 15:154, 1981.
31. _____. Integración docente-asistencial y Atención Primaria de Salud. 20:458, 1986.
32. _____. La integración de los servicios, la docencia y la investigación en la Atención Primaria de la Salud. Sociedad y Salud. 1:11, 1986.
33. VIDAL, C. El desarrollo de Recursos Humanos en las Américas. Educación Médica y Salud. 18:9 y 113, 1984.
34. CARLEVARO, P. La Comunidad en la formación de los profesionales de la Salud. IX Conferencia de escuelas y facultades de medicina. La Habana, 1976.
35. BELTRAN, R. La coordinación de la enseñanza de las Ciencias de la Salud. Educación Médica y Salud. 5:1, 1971.
36. 1er. Informe sobre la enseñanza de la obstetricia y la ginecología en las Escuelas de Medicina en América Latina. Comité de Expertos OMS/OPS, Washington, 1971. Educación Médica y Salud. 6:176, 1972.
37. MOLINA, G. Evaluación de la enseñanza de la medicina preventiva y social integrada en las clínicas. Educación Médica y Salud. 1:67, 1967.
38. YANKAUER, A.; VILLARREAL, R. La zona de salud de la comunidad en la enseñanza de la pediatría. Educación Médica y Salud. 1:127, 1967.
39. BRIDGE, E. Actitudes y opiniones de los Profesores de Medicina. Educación Médica y Salud. 1:351, 1967.
40. STANDARD, K.; CRUICKSHANK, R. y ENNAVER, O. Evaluación por los alumnos de una pasantía de medicina de la comunidad. Educación Médica y Salud. 3:8, 1969.
41. SCHIAFFINO, A.; DA LUZ, S.; PORTILLO, J. y NAIRAC, A. Evaluación de una experiencia de docencia extramural en pediatría. Trabajo presentado en la Reunión Científica, Sociedad Uruguaya de Pediatría. 15.VII, 1987.
42. BRAVEMAN, P. and MORA, F. Training Physicians for community. Oriented Primary care in Latin America: Model Programs in Mexico, Nicaragua and Costa Rica. Am. Jour. Publ. Health. 77:485, 1987.
43. TENEMBAUM, M. Experiencia Docente en un Hospital de mediana complejidad. 2do. Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud, Cuba, 1988.
44. LOBO, L.C.; ALVAREZ MANILLA, J.M. y CALPERIN, J. Evaluación, Enseñanza y Aprendizaje. Educación Médica y Salud. 20:485, 1986.

FIGURA 1



ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD BUCAL EN UNA COMUNIDAD RURAL ARGENTINA

Lia Pereyra de Cantón
ARGENTINA

INTRODUCCION

Las caries y enfermedades periodontales han constituido un problema de salud pública, porque:

a) afecta al 99 % de la población; b) el daño se complejiza con el tiempo; c) su atención insume un alto costo "per cápita" y d) existen medidas para prevenirlas que no se transfieren masivamente a la población.

El denominador común para América Latina ha sido una clara visión en tres clases de odontología: una suficiente para los grupos con alto poder adquisitivo, otra limitada para los habitantes de menor ingreso ubicados en zonas de influencia urbana y por último una casi inexistente para la gran masa de población que sobrevive en la periferia económica y social. La salud para esta última población está condicionada no solamente por hechos biológicos, sino también por factores zonales, hábitos de vida y características que tienen los servicios de salud que recibe.

La Declaración de Alma Atá ha propuesto la búsqueda de soluciones alternativas para mejorar las condiciones de salud como integrante básico de la calidad de vida.

Los objetivos globales de salud bucal para el año 2000 para caries dental que ha propuesto la OMS son: a) 50 % de los niños de 5-6 años libres de caries; b) CPOD igual o menor de 3 para los niños de 12 años; c) 85 % con dentición completa a la edad de 18 años; d) reducción del 50 % del nivel de desdentamiento para personas de 35 a 44 años y e) reducción del 25 % del nivel de desdentamiento a la edad de 65 años.

La Atención Primaria ha sido la estrategia propuesta para alcanzar las metas fijadas por OMS y UNICEF y su caracterización resulta de las siguientes condiciones: a) debe ser una estrategia dinámica, por lo tanto, variable; b) multidisciplinaria, pero coordinada con criterios normativos básicos para determinar acciones uniformes; c) debe prever una amplia cobertura; d) debe ser soportada por la comunidad y e) debe incluir participación comunitaria.

La salud bucal como componente de la Atención Primaria se ha basado y planificado a partir de: a) investigación; b) educación; c) prevención y d) tratamiento.

Gillespie y Beltrán han observado que los productos eferentes de las universidades cuyo modelo apunta a una alta tecnología y práctica costosa, produce áreas urbanas de gran concentración de profesionales y áreas rurales no cubiertas por recursos de salud.

Se ha observado que el contacto con situaciones reales representa para el alumno y el docente universitario una experiencia que combina teoría y práctica, acontecimientos y vivencias. Esto lleva al alumno a observar, cuestionar y reflexionar sobre situaciones de salud pública que no hubiera logrado realizar de no mediar esta experiencia.

La tecnología y el instrumental han sido valorados y seleccionados para los Programas de Atención Primaria, aprovechando al máximo los recursos locales que ofrece la comunidad. La tecnología simplificada, no convencional, fácilmente transportable, redundará en la disminución de los costos.

JUSTIFICACION Y OBJETIVOS

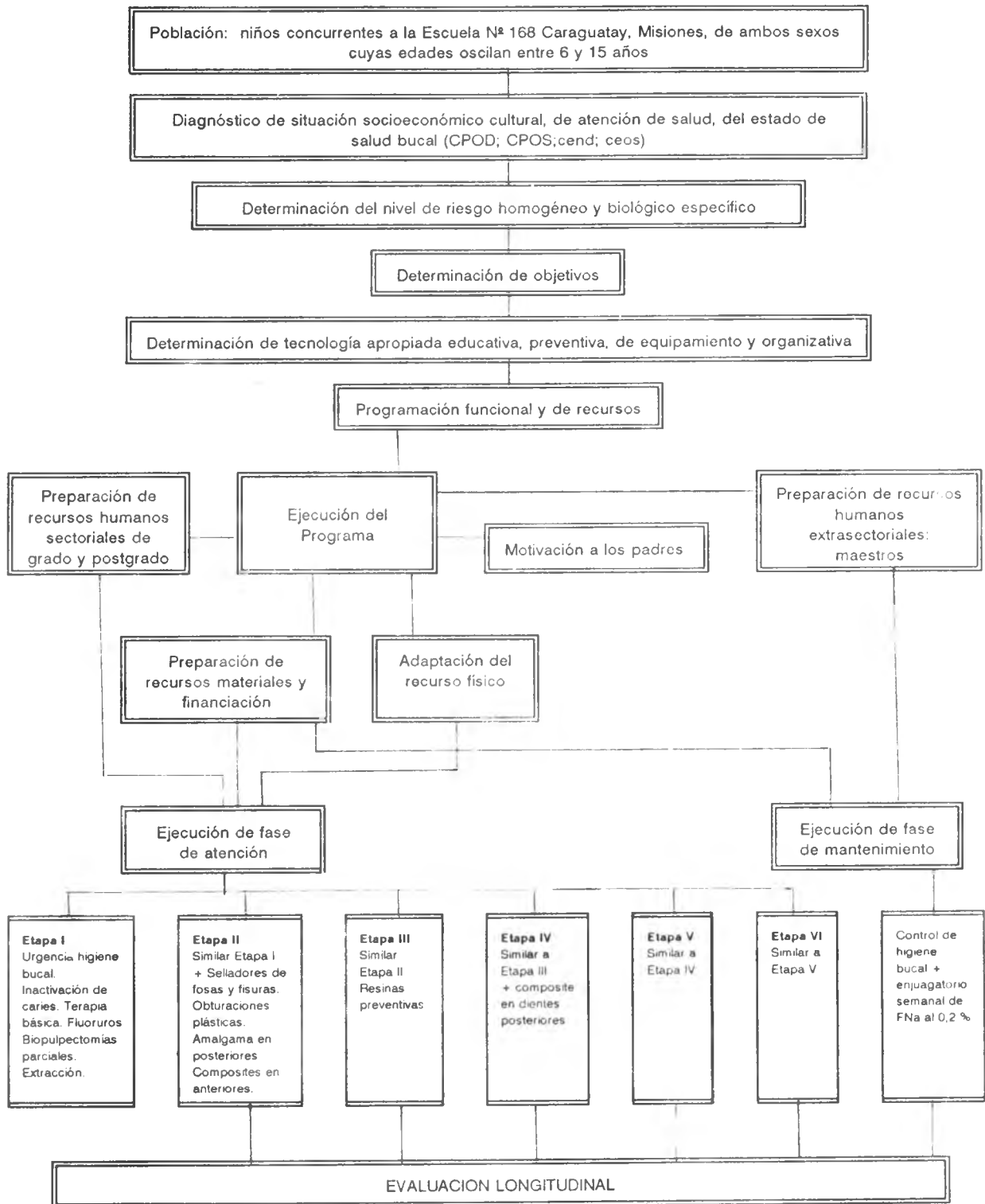
La selección del área Caraguatay, provincia de Misiones, surge de la consideración de los siguientes criterios:

- a) Identificación de la salud bucal como una necesidad sentida en la población.
- b) Area representativa de la problemática de riesgo biológico y social.
- c) La elección de la Escuela N° 168 se debe a que actúa como centro unificado de la zona que agrupa a numerosos niños.
- d) Las familias están incluidas en la calidad de hogares con necesidades insatisfechas.
- e) Dimensión apreciable del problema. Permite manejarlo como un servicio de cobertura progresiva, aplicando un Programa Incremental utilizando la estrategia de Atención Primaria.

El objeto del presente trabajo es:

- 1) programar, ejecutar y evaluar un área modelo de demostración de atención odontológica rural utilizando la estrategia de Atención Primaria con inclusión de recursos humanos en pregrado y extrasectoriales y desarrollando una tecnología apropiada;
- 2) los niños de 12 años participantes del programa alcanzarán al cabo de 6 años un CPOD igual a 3.

DISEÑO DE LA EXPERIENCIA



DIAGNOSTICO DE LA CONDICION BASAL

Análisis socioeconómico-cultural aplicado según criterios sistematizados en la orientación de la odontología preventiva y comunitaria. La población puede ser identificada como de alto riesgo social o de pobreza en función de las siguientes características:

- Vivienda: de madera, en general con falta de saneamiento ambiental y dispersa en el monte.
- Trabajo: los padres trabajan periódicamente en molinos yerbateros, aserraderos o son cuentapropistas. Las madres son amas de casa.
- Educación: los padres en gran parte son semi o analfabetos.
- Nutrición: es insuficiente.
- Servicios de salud: con ausencia de cobertura.

Análisis del estado de salud bucal:

Sobre el total de la población y en forma sucesiva de acuerdo a su incorporación al programa, fue realizado un diagnóstico del estado de salud bucal que permitió establecer el nivel de riesgo biológico específico cariogénico. Los exámenes realizados fueron:

- cantidad de dientes primarios y permanentes presentes;
- diagnóstico de dientes y superficies dentarias primarias cariadas, perdidas y obturadas (ceod-ceos);
- diagnóstico de dientes y superficies dentarias permanentes cariadas, perdidas y obturadas (CPOD-CPOS).

Procesamiento estadístico:

En todas las etapas se evaluaron clínicamente Indicadores utilizados en la condición basal.

Se realizó la media aritmética, el error estándar de cada una de las etapas y se analizaron las diferencias con análisis de varianza.

Se comparó los valores inicial y final de los niños que se mantuvieron en el programa a través de 5 años; se estableció la media de las diferencias y la diferencia de las medias entre la condición basal y final y se realizaron las diferencias con el test "t" de Student con una significación $p < 0,05$.

Se analizó el total de las prestaciones y se estableció el porcentaje de extracciones y acciones preventivas dentro de las mismas.

RESULTADOS

Condición Basal:

El diagnóstico del estado bucal en el grupo de 51 niños atendidos en 1983 de 7 ± 3 m y 19 ± 13 meses se consigna en el cuadro 1.

CUADRO 1
INDICADORES CLINICOS REGISTRADOS EN LA CONDICION BASAL

EVALUACION	n	EDAD	CEOS	CPOD	CPOS
Etapas I	51	7,3	14,53	1,91	2,46
Condición Basal		± 3 m	$\pm 1,74$	$\pm 0,98$	$\pm 0,44$
Etapas I	19	13,3		9,63	15,83
Condición Basal		± 13		$\pm 0,32$	$\pm 2,17$

Cobertura del Programa:

Se analizaron las altas durante las fases de mantenimiento y atención de salud bucal. Se registraron las urgencias durante las etapas de ejecución del programa.

**CUADRO 2
COBERTURA DEL PROGRAMA**

Etapas	Fase	Nº de niños cubiertos	Nº Altas
I	atención	51	27
	urgencias	17	-
II	mantenimiento	30	21
	atención	67	41
	urgencia	58	-
III	mantenimiento	77	67
	atención	75	54
	urgencias	22	-
IV	mantenimiento	119	88
	atención	72	54
	urgencias	-	-
V	mantenimiento	114	101
	atención	67	56
	urgencias	-	-
VI	mantenimiento	141	136
	atención	47	45
	urgencias	-	-

Evaluación longitudinal (Cuadro 3)

Post 4 años

Los resultados de la condición basal de 35 niños arrojaron un ceos de $14 \pm 3,9$; un CPOD de $1,82 \pm 0,39$; un CPOS de $2,11 \pm 0,51$

Evaluados los resultados del programa post 4 años revelaron un ceos de $2 \pm 1,6$; CPOD $3,17 \pm 0,41$; CPOS de $4,23 \pm 0,6$

**CUADRO 3
EVALUACION LONGITUDINAL DE RESULTADOS POST 4 AÑOS**

n=35

EVALUACION	EDAD	CEOS	CPOD	CPOS
BASAL	6,8 ± 12	14 ± 3,9	1,82 ± 0,39	2,11 ± 0,51
POST 1 AÑO	7,8 ± 9	9,35 2,52	2 ± 0,44	3,11 ± 0,74
POST 2 AÑOS	8,90 ± 10	5,81 ± 1,82	2,41 ± 0,4	3,17 ± 0,15
POST 3 AÑOS	9,10 ± 11	2,63 ± 1,38	2,88 ± 0,40	3,82 ± 0,6
POST 4 AÑOS	10,11 ± 12	2 ± 1,6	3,17 ± 0,41	4,23 ± 0,6

* Significación $p < .05$

Se registraron diferencias significativas con una $p < .05$ entre el ceos y el CPOD y CPOS iniciales y post 4 años. Estos resultados se repitieron cuando, apareados los niños participantes, se calcularon las medias de las diferencias de los indicadores clínicos entre la condición basal y post 4 años de programa (Cuadro 4).

**CUADRO 4
MEDIAS DE LAS DIFERENCIAS EN LOS INDICADORES CLINICOS ENTRE BASAL Y POST 4**

EVALUACION	CEOS	CPOD	CPOS
Condición basal	14 ± 3,9	1,82 ± 0,39	2,11 ± 0,51
Post 4 años	2 ± 1,6	3,17 ± 0,41	4,23 ± 0,6
Medias de las diferencias entre post 4 años y basal	13,5 ± 6,49*	1,35 ± 0,28*	2,11 ± 0,45*

* Significación $p < .05$

Post 3 años:

Se analizaron los resultados de la evaluación del estado de salud bucal de 50 niños con una edad $7,3 \text{ m} \pm 3 \text{ m}$ al comienzo del programa, a través de 3 años de permanencia en el mismo.

Se analizaron los resultados iniciales hasta post 3 años.

Los valores iniciales del ceos fueron $13,18 \pm 1,85$; del CPOD $1,53 \pm 0,2$; del CPOS $1,77 \pm 0,25$. Al cabo de 3 años de programa, los indicadores arrojaron el ceos $4,02 \pm 0,9$; el CPOD $2,5 \pm 0,24$; el CPOS $3,28 \pm 0,34$. Se estableció la significación de las diferencias entre estos 2 exámenes dando valores de $p < 0,1$ para el ceos, CPOD y CPOS.

Los resultados en el ceos mostraron una disminución entre post 1 año y 3 años de programa, alcanzando niveles de significación entre condición basal y post 3 años de programa $13,18 \pm 1,85 - 4,02 \pm 0,9$ ($p < .01$).

En el registro del CPOD se observó una tendencia al aumento durante todo el período experimental y alcanzó

niveles de significación entre condición basal-post 1 año de programa ($1,53 \pm 0,2 - 1,72 \pm 0,2$) y entre condición basal-post 3 años de programa ($1,53 \pm 0,2 - 2,5 \pm 0,24$).

El CPOS evidenció una tendencia al aumento en dicho indicador durante el período experimental y alcanzó diferencias significativas entre la condición basal -post 3 años de programa ($1,77 \pm 0,25 - 3,82 \pm 0,34$).

CUADRO 5
LONGITUDINAL POST 3 AÑOS

EXAMENES	EDAD	CEOS	CPOD	CPOS
Condición Basal	7,3 ± 3 m	13,18 ± 1,85	1,53 ± 0,2	1,77 ± 0,25
Post 1 año	8,4 ± 5 m	10,04 ± 1,39	1,72 ± 0,2	2,2 ± 0,31
Post 2 años	9,3 ± 3 m	6,61 ± 1	2,16 ± 0,24*	2,68 ± 0,32*
Post 3 años	10, ± 5 m	4,02 ± 0,9	2,5 ± 0,24	3,28 ± 0,34

Significación * $p < .01$ ** $p < .05$

Análisis de la intervención:

- Se analizó la relación entre extracciones y prestaciones totales y entre acciones preventivas y totales desde 1983 (inicio del programa) hasta 1988.
- En 1983 las extracciones cubrieron el 25,80 % y las acciones preventivas el 27,69 % del total de prestaciones.
- En 1988 las extracciones alcanzaron un 9 % de las acciones, y las acciones preventivas un 61,22 % del total de prestaciones.
- Entre estos años se observó una disminución paulatina de las extracciones y un aumento sostenido de las acciones preventivas (cuadro 6).

CUADRO 6
PORCENTAJE DE EXTRACCIONES Y ACCIONES PREVENTIVAS SOBRE

PRESTACIONES	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Extracciones totales	25,80 %	17,52 %	13,15 %	11,21 %	4,25 %	9 %
Preventivas totales*	27,69 %	31,19 %	40,57 %	58,89 %	67,53 %	61,22 %

* Prestaciones preventivas: higiene bucal, raspaje, topicación del FFA y selladores.

Perfil del CPO

Al analizar los componentes del CPO en valores relativos inicial y post 4 años, se encontró:

- para el CPOD el componente C al inicio del programa fue de 96 % mientras que el componente P fue del 4 %; no se registraron valores de O;
- post 4 años estos valores fueron C 22 %, P 10 % y O 68 %;
- para el CPOS al inicio C 9 %, P 9 %; no se registraron valores de O;
- post 4 años C 19 %, P 31 % y O 50 %.



DISCUSION

Análisis del proceso

Fase de atención:

Al analizar el número de altas sobre el total de niños atendidos se observó un incremento a medida que progresó el programa. Al comienzo del mismo, sobre 51 niños atendidos se registró un 52,94 % de altas. En la etapa VI se obtuvo 96,27 % de altas sobre 188 niños atendidos.

A partir de la IV etapa (1986) se logró la cobertura de la totalidad de los niños asistentes a la escuela.

Cuando se analizaron las acciones desarrolladas, al inicio del programa la relación extracciones/total de prestaciones fue 1:4. En la etapa VI esta relación fue 1:9.

La relación de prestaciones preventivas/total de prestaciones comenzó (1983) con 1:4. En la etapa VI el incremento de las acciones preventivas cambió ese valor a 6:10.

Se registraron aumentos de las obturaciones que alcanzaron al 68 % al cabo de 4 años de programa. La disminución del componente C del CPO alcanzó valores del 74 %.

Estos resultados serían atribuibles a la atención programada incremental con fuerte componente preventivo, utilizando la estrategia de Atención Primaria.

La reconversión de la patología permitió que se realizaran acciones clínicas de menor complejidad, y por tanto el tiempo operatorio utilizado fuera menor. Se logró así incorporar una nueva escuela de la zona, a la que se dedicó la mitad de los recursos humanos.

Los resultados forman parte de otro informe.

Fase de mantenimiento:

Durante los 3 primeros años de programa el equipo de maestros se mantuvo estable, lo que le dio regularidad al programa de mantenimiento.

En el cuarto año se produjeron cambios en la conducción de la escuela y en el equipo docente, a consecuencia de lo cual el programa fue irregular.

Participación comunitaria:

La evolución de la participación de la comunidad atravesó tres etapas que podrían esquematizarse de la manera siguiente:



A través de toda la experiencia se observó en los niños una participación cada vez mayor. Se enriqueció en ellos el lenguaje, y la comunicación denotó un lazo afectivo intenso y renovado en cada grupo de alumnos.

Se podría inferir que el grupo de Odontología constituye para la comunidad un estímulo válido que lo motiva tanto en aspectos de salud bucal como social.

Análisis de los resultados:

En la evaluación longitudinal sobre 35 niños fue observado entre la condición basal y post 4 años, un incremento de 1,35 dientes y de 2,12 superficies.

Sobre 50 niños que habían participado durante 3 años en el programa, fueron registrados resultados similares con un incremento del CPO/niños de 1 diente y un incremento del CPOS de 1,51 al finalizar el período experimental.

Los valores del CPOD al cabo de 3 años de programa fueron de 2,5, y para este grupo al cabo de 4 años fue de 3,17, lo que hace suponer que se cumpliría con la meta de Salud para Todos en el Año 2000, que propone un CPOD de 3 para los niños de 12 años.

Análisis del Impacto:

En la población:

Al analizar la participación de los padres se observó que a partir del 4to. año del programa solicitaron su atención, que consistió en obturaciones y extracciones. La cuantificación de estos datos no se presenta en este trabajo; formará parte de otra presentación.

La demanda espontánea de los niños (urgencias) se incrementó entre el 1er. y 2do. año en un 341 %. Este dato hace suponer una actitud favorable de los niños hacia el programa y resultaría un indicador válido.

A partir del 3er. año los niños mayores participaron activamente, desempeñando en la clínica tareas de ayudantes.

La disminución de la demanda espontánea a partir del año 1986 se debió a que en esta etapa se alcanzó la cobertura total de la escuela.

Los programas de atención de salud bucal en escuelas parecería constituir una estrategia válida para el cambio de perfil de necesidades de una población, tanto por los resultados directos como por el impacto que producen en el grupo familiar satélite del niño participante.

En la formación del recurso humano:

La formación del recurso humano extrasectorial, maestras, buscó cumplir con la función de ir creando fuentes de avance en la prevención de enfermedades bucales y ayudó a la concientización de la comunidad sobre sus necesidades de salud.

La participación del recurso sectorial de grado crea una forma de aprendizaje donde el elemento principal es el trabajo que el propio estudiante realiza durante la atención.

La interacción del estudiante con grupos humanos portadores de necesidades reales permite un aprendizaje en condiciones que la propia realidad crea.

El entrenamiento en la toma de decisiones clínica estimula al estudiante al desarrollo de su propio juicio crítico.

La participación del grado aumenta la cobertura, baja los costos de atención y cubre necesidades de la comunidad que no tiene acceso a la atención de salud bucal.

En la utilización de tecnología apropiada:

Para la implementación del programa se utilizó como recurso físico el ámbito escolar.

Las necesidades de equipamiento se resolvieron utilizando recursos existentes en la escuela (bancos, mesas, etcétra) y elementos específicos de baja complejidad para la atención de salud bucal.

La utilización de tecnología apropiada ha permitido bajar costos y dar cobertura a mayor número de niños.

Se ha observado que la preparación y adecuación del recurso físico es pertinente a la situación clínica odontológica que un programa de atención primaria requiere.

En la generación de modelos de atención:

Es un modelo válido original que no se agota en sí mismo, que puede ser adaptable a otras situaciones con las modificaciones que cada una de ellas requiera, provocando así procesos de diseminación, ampliación y evolución.

REFERENCIAS

- ARANGO DE BEDOYA, J.; CASAS LUZ, L. *et al.* **Práctica comunitaria en unidades de atención de medicina.** Ed. Med. Salud, 12:22-26, 1978.
- BORDONI, N. **Conceptualización y modelos para la formación de recursos humanos para la salud bucal.** La docencia, servicio en América Latina. Montevideo. Facultad de Odontología, 1989.
- CABARRUS, FRANCISCO, J.; POWER CARLOS, E. *et al.* **Programas de ejercicio profesional supervisado de promotores rurales de salud oral en Guatemala.** Educ. Med. Salud, 12:361-391, 1978.
- CHAVES, M. **Odontología Sanitaria.** Washington, OMS/OPS, 1972.
- DE GEYNDT, W. **Atención Primaria de Salud en zonas urbanas y rurales de los países en desarrollo: semejanzas y diferencias.** Bol. Of. Sanit. Panamericana, 94:441-459, 1983.
- MORAES NOVAES, H. **Desarrollo de recursos humanos para la administración de sistemas locales de salud.** Ed. Med. Salud, 21(4):356-366, 1987.
- Documento elaborado por el Comité de Expertos de la OPS. **La salud bucal como componente de la Atención Primaria.** Costa Rica, 1983.
- DOÑO, R.; CANTON, L. **Guía para la identificación y selección de recursos materiales para la salud bucal.** Buenos Aires, OPS/OMS, 1989 (doc. preliminar)
- GILLESPIE, G. **Antología de experiencias en educación y servicios odontológicos en América Latina.** Editorial Ed. Med. Salud, 12:427-433, 1978.
- GILLESPIE, G.; BELGRAN, R. **Tendencias innovadoras en Odontología. Antecedentes, bases y perspectivas.** Ed. Med. Salud, 12:512-531, 1978.
- KLEIN, H.; PALMER, C E.; KNUTSON, J W. **Studies on Dental Caries I. Dental Status and Dental Needs of Elementary School Children.** Public Health Rep. 53:751-765, 1938.
- KIRK, E.E.J. **Design of Dental Equipment from Remote Rural and Field Areas.** Int. Dent. J. 36:199-202, 1986.
- LISON, L. **Estadística aplicada a la Biología experimental.** Eudeba, Bs. As., 1976.
- LOPEZ CAMARA, V. **Cambios en la enseñanza de la Odontología en América Latina.** Buenos Aires, Congreso FDI, 1987.
- MENA, A. **Alternativas preventivas para la salud oral de las poblaciones escolares de la América Latina.** Buenos Aires, 75º Congreso FDI, 1987.
- YEPES, P. **La experiencia ecuatoriana: el trabajo rural como eje para el desarrollo de los servicios odontológicos.** Ed. Med. Salud 12:502-511, 1978.

CONTRIBUCION DE LA UNIVERSIDAD A LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD Y A LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Alberto Geiringer
VENEZUELA

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 es importante alcanzar.

Estoy elaborando con ustedes porque pienso que la Atención Primaria de Salud no es una moda, al contrario, es una 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, presentar 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 de 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, expresan 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 en donde se expresa, 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 se 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 sociohistórica 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 anomía. Las posibilidades de libertad del individuo quedarán restringidas a pequeñas minorías, y tal libertad sería la de tomar la vía de la alineación 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.¹

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 reinserción 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.²

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-Atá, requieren 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 sistémica 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 programáticos, 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 autoconfianza 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, pueda 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-Atá, a los sectores marginados de la sociedad.

Si bien es cierto que las estructuras sociales presionan a la Universidad para que ésta 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 multidisciplinares 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 desarrollarán 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 objetivo no sea la de ser un simple mecanismo de integración y de control social para aliviar las tensiones al interior del sistema 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. Duda/Certeza/Crisis. La Evolución de las Ciencias Sociales en América Latina. UNESCO, Editorial Nuevas Sociedad, Caracas, 1988, pág. 160

(2) *Ibidem*, pp. 161-162

CONTRIBUCION DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA AL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD Y LA ATENCION PRIMARIA

Nancy del Carmen Monroy de Espinosa
COLOMBIA

INTRODUCCION

En este documento se pretende compartir con las otras universidades de América Latina, la experiencia de conformar un grupo interdisciplinario para definir la función de la Universidad en el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud y la metodología de trabajo del grupo, así como la estructura organizacional para la toma de decisiones.

Los resultados son parciales, pues han transcurrido solo seis meses de trabajo en los cuales los objetivos del proceso interno, apenas algunos de ellos están cumpliéndose, además, de los tres niveles propuestos para la toma de decisiones; el tercer nivel aun no se ha comprometido.

El trabajo en gran parte se halla en su etapa de planificación, pero como experiencia ya es válida para ser compartida.

1. CONTRIBUCION DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA AL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD Y LA ATENCION PRIMARIA

1.1 Propósitos del trabajo

- Describir la metodología empleada para definir la función de la Universidad como elemento del subsistema educativo en el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud.
- Señalar los logros parciales del trabajo de seis meses cuya finalidad es la de generar cambios internos y externos que finalmente involucren a la Universidad como un todo en el desarrollo social, teniendo como eje la salud.

1.2 Justificación

La Universidad de Cartagena responde a la convocatoria de la Unión de Universidades de América Latina porque el trabajo que ha realizado es novedoso en su metodología y puede ser orientador para otras universidades.

1.3 Relevancia

Para la Universidad de Cartagena este trabajo significa "un atreverse" a involucrarse toda ella en un cambio sutil que desde hace una década viene sobreponiéndose a la estructura existente.

Pretende pasar del pensamiento analítico, complemento natural de la doctrina del Reduccionismo imperante en el siglo XVIII, época en que la Universidad fue fundada, a la doctrina Expansionista compatible con el Reduccionismo, pero qué es otra forma de ver las cosas: "considera que todos los objetos, eventos y experiencia de ellos son partes de todos más grandes".

Así comienza a concebirse la Universidad como un sistema abierto que busca interactuar con el medio en el que está inmersa para contribuir al desarrollo social.

1.4 Antecedentes

1.4.1 Institucionales

La Universidad de Cartagena es un establecimiento público de carácter académico creado por Decreto de octubre 6 de 1827 y reconocida por disposiciones legales posteriores, entre ellas, la ordenanza No. 13 de 1956 del Consejo Administrativo de Bolívar. Con domicilio en la ciudad de Cartagena, Departamento de Bolívar, Colombia, Sur-América.

La Universidad nació en los primeros años de la República de Colombia como una idea del Libertador Simón Bolívar y del general Francisco de Paula Santander.

Enclavada en una ciudad como Cartagena, protagonista de las luchas por la independencia, llena de abolengos y casi con ninguna movilidad social, la Universidad conserva una estructura por facultades jerarquizadas e independientes.

1.4.2 Antecedentes que favorecen el cambio

Esta Universidad siempre ha estado ligada a las políticas y estrategias de docencia-asistencia e investigación en el sector salud. Para la Institución es el área más sólida. Sus Facultades de Odontología, Enfermería, Medicina y Química y Farmacia han sido las primeras en trabajar interdisciplinariamente, incluso agrupando sus estudiantes de primero y segundo año en programas de Educación en Salud y Salud Familiar. El intercambio de información y apoyo de estas Facultades con los programas del Ministerio de Salud y de los Servicios Seccionales de Salud en los tres niveles de atención es permanente, pero no responde a una planificación concertada.

En noviembre de 1988 la Universidad realiza un taller con la participación de sus directivos, para replantear su misión y objetivos y define sus fortalezas y debilidades. En este taller se hace evidente para el área de la salud que la Universidad no impacta en las condiciones de salud de la región, a pesar de tener cuatro Facultades que directamente se ocupan de ella: Medicina, Enfermería, Odontología, Química y Farmacia y cuatro Facultades que indirectamente contribuyen a mejorar las condiciones de salud de la población: Ingeniería Civil, Ciencias Económicas, Derecho y Trabajo Social.

También en este mes de noviembre se recibe la visita de delegados de la Organización Panamericana de la Salud y se conforma un grupo central integrado por el Coordinador Técnico del Servicio Seccional de Salud, el Jefe Zonal del Programa de Consolidación, el Director del Hospital Universitario y la Rectoría y Vice-Rectoría Académica de la Universidad de Cartagena, con el objeto de iniciar debates, organizarse internamente y crear condiciones que favorezcan la reestructura de los sistemas locales de salud como una consecuencia del proceso de descentralización que vive el país.

En febrero de 1989 el Vice-Rector Académico y los decanos hacen una reflexión sobre los problemas en el área de la salud y se concluye; primero: Que la Universidad de Cartagena tiene una función que no ha definido en el desarrollo de la Región de Planificación de la Costa Atlántica. "En Colombia la regionalización de la planificación debe servir para: alcanzar los beneficios del desarrollo, fortalecer la democracia de participación; generar empleo y facilitar el acceso de los más pobres a los servicios de agua, electricidad, salud, educación y transporte"². Segundo: Que la Universidad no está participando en el proceso de descentralización (Leyes 11 y 12 y el Decreto 077 de 1987). "Descentralización. Dentro del contexto colombiano, podemos entenderla como un proceso dirigido a la redistribución del poder en los aspectos político, fiscal, administrativo y técnico".³ Tercero: Que las facultades del área de la salud de la Universidad están realizando trabajos significativos en salud a través de sus actividades de extensión en los tres niveles de atención con la estrategia de atención primaria, pero la realizan aisladamente, hay pocos esfuerzos conjuntos y no se han solidificado con planes concretos de participación. (Centro de Desarrollo Vecinal de La Esperanza (C.D.V.) y su área de influencia y el Centro Controlado de Atención Primaria con su área de influencia).

Como consecuencia:

Se hace necesario generar un cambio hacia la integración de todas las facultades para que la Universidad como un TODO participe en el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud en la región.

1.5 Estrategias inmediatas para generar el cambio que le permite a la Universidad participar en el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud

1.5.1 Considerar tres niveles para la toma de decisiones, así:

Primer nivel: Nivel de Políticas. La rectoría de la Universidad toma las decisiones a nivel central y asigna los recursos.

Segundo Nivel: De programación. Un coordinador y dos representantes por cada Facultad planean el proceso para generar el cambio y conducir el nivel de ejecución.

Tercer nivel: De ejecución: Todos los estamentos de la Universidad orientados por el nivel programático participan activamente del cambio (Decanos, Comités Curriculares, Profesores, Estudiantes, etcétera).

1.5.2 En marzo de 1989 se nombra un coordinador y dos representantes por cada Facultad para conformar el nivel de programación como un equipo Interdisciplinario.

El grupo entendió la Interdisciplinariedad como una metodología de investigación que tiene que manejar simultáneamente dos procesos: De transformación del YO individual y profesional al YO colectivo Interdisciplinario y también las etapas metodológicas propias para tratar el problema. Desde luego ninguno de los dos procesos ha terminado.

1.6. Etapas del trabajo propuesto a nivel programático

1.6.1 De reconocimiento Interdisciplinario y de conceptualización del problema

Limitaciones iniciales. Primera: La dificultad principal, iniciar el trabajo, fue el del manejo del lenguaje. Es evidente que los ingenieros no sabían qué significa "racionalizar el uso del medicamento como una de las actividades de la estrategia de atención primaria" (primera etapa del trabajo Interdisciplinario). Segunda: Desconocer las actividades de extensión en salud que realizaban las otras Facultades y, además, reconocer que es posible que cada una se proyectara más y mejor con el apoyo de las otras. Algunas Facultades como Derecho terminaron por descubrir que ellos también juegan un papel en la salud como en derecho de familia, prevención del delito, consultorios jurídicos extramurales, etcétera. Tercera: Falta de un respaldo teórico acerca de la responsabilidad de la Universidad de participar en el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud, legitimar su función y definirle unos objetivos.

Decisiones que fueron tomadas en relación con la etapa de reconocimiento Interdisciplinario y de conceptualización del problema

En mayo de 1989 fue desarrollado un taller con un doble propósito: Tener un marco de referencia común para que interdisciplinariamente la Universidad de Cartagena planifique como un todo su participación en el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud y clarificar el aporte de cada Facultad en el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud, teniendo como objeto de la experiencia el C.D.V. de La Esperanza y el Centro de Atención Primaria.

Se diligenció un formato para recolectar la información acerca de las actividades de extensión de cada Facultad en todas las asignaturas y en Ciencias de la Salud, además en los tres niveles de atención.

En el taller se discutió y legitimó el papel de la Universidad en el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud desde los supuestos de la Organización Panamericana de la Salud en su propuesta de reestructuración de los Sistemas Locales de la Salud.

Supuestos:

- Los recursos para la salud no provienen necesaria ni exclusivamente de los sistemas de servicio de salud, tienen una naturaleza multisectorial y comunitaria.
- La salud es un proceso social que se desarrolla en un sistema abierto.
- En el ámbito comunitario la salud es la resultante del intercambio de la población con su ambiente natural y cultural.

"Así corresponde al SILOS conceptos de salud aplicado a la comunidad y en el cual, además del subsistema de atención de salud local intervienen los otros subsistemas locales como el cultural, el político, el EDUCATIVO y el económico.

Corresponde entonces el SILOS a una unidad territorial y poblacional bajo la responsabilidad de una red local de servicios de salud que mediante un sistema de referencia está articulada con otros niveles de complejidad, para que el sistema como un todo brinde accesibilidad a toda población al nivel de atención que la complejidad de sus problemas de salud requiera.

Es también una unidad administrativa con suficiente delegación de autoridad para la toma de decisiones en la gerencia del sistema local. La participación social en los SILOS debe permitir que en el proceso de toma de decisiones para la programación, ejecución y control del proceso de atención de salud, participe la población activamente⁴

1.6.2 Etapa de planificación desarrollada en el nivel programático

Declaración. La Universidad de Cartagena reconoce que no está preparada aún para cumplir su función como parte del subsistema educativo en el SILOS (Sistemas Locales de Salud), y que en consecuencia debe generar un proceso interno y otro externo.

Objetivos del Proceso Interno. Primero: Identificar en cada facultad las asignaturas, número de estudiantes, objetivos, campos de práctica y criterios que se utilizan para seleccionarla en las diversas actividades de extensión. Este objetivo se cumplió mediante el diligenciamiento del formato. Segundo: Sistematizar la información en computadora para planificar los cambios curriculares que los representantes por Facultades deben liderar en el nivel de ejecución. Tercero: Realizar un diagnóstico por Facultades acerca de sus aspiraciones de participar en el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud y establecer fortalezas y debilidades, así como los recursos necesarios para vencer las debilidades. Este objetivo se cumplió, ver ejemplo del trabajo realizado por las Facultades de Medicina y Enfermería. Cuarto: Elaborar un plan general de la Universidad y proyectos orientados al logro de la financiación para vencer las debilidades.

Objetivos del Proceso Externo. Primero: Considerar como pilares en cada acción de la participación de la Universidad en el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud:

- El proceso de descentralización municipal
- La estrategia de atención primaria
- El trabajo Interdisciplinario
- La participación comunitaria
- El concepto de salud de una manera integral como eje para la satisfacción de las necesidades básicas fundamentales
- El concepto de desarrollo como bienestar social en equilibrio en los indicadores económicos.

Segundo: Elaborar el proyecto de participación de la Universidad como un todo en el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud teniendo como punto de partida una experiencia piloto en el área de influencia del C.D.V. y de La Esperanza y en el Centro de Atención Primaria. Tercero: Favorecer el apoyo interinstitucional mediante la vinculación a proyectos comunes en otras organizaciones de otros subsistemas en el nivel local. Especialmente en el área de influencia del C.D.V. de la Esperanza y el Centro de Atención Primaria. Cuarto: Crear lazos con organizaciones que se interesen en financiar proyectos de desarrollo de los proyectos de salud con la estrategia de atención primaria. Quinto: Vincular a la Universidad a los planes de la Regional de la Costa Atlántica.

Programación para el segundo semestre de 1989. El trabajo interdisciplinario en el proyecto se reinicia el día jueves 10 de agosto. Para este semestre serán vinculados dos estudiantes de cada facultad como apoyo y para que participen activamente en él. La Facultad de Ciencias Económicas integró a dos egresados para que su trabajo de grado lo realicen sobre los planes de desarrollo para los sectores del área de influencia del C.D.V. de La Esperanza y el proyecto de Atención Primaria, en los cuales la Universidad está interesada.

1.6.3 Etapa de ejecución

La metodología empleada es de Investigación-Acción

En la medida en que las opciones y variantes lo permiten el equipo interdisciplinario adelanta las actividades planeadas para los objetivos propuestos.

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
PARTICIPACION DE LA UNIVERSIDAD EN EL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD.
SEGUNDO SEMESTRE, 1988 (PROPUESTA)**

No.	ACTIVIDADES	AGO.	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
1	Reestructurar el plan de trabajo en equipo	—				
2	Sistematizar las actividades de extensión de todas las Facultades	—				
3	Reuniones con decanos, comités de currículos para presentar las debilidades y fortalezas y enriquecer los documentos por facultad.		—	—		
4	Iniciar la experiencia piloto con el trabajo diagnóstico del área de influencia del C.D.V. de La Esperanza y del Centro de Atención Primaria.		—	—	—	—
5	Participar en las reuniones de la comisión para elaborar el proyecto de SILOS en Cartagena y de la creación de la Secretaría Municipal de Salud.	—	—	—	—	—
6	Diseñar el plan de la Universidad como un todo para participar en la zona de la experiencia piloto.			—	—	—

REFERENCIAS

ARGOTE R., Benigno T. Sistemas Locales de Salud como táctica operacional en la transformación de los sistemas nacionales de salud para la aplicación de la estrategia de atención primaria para SPT 2000. Fotocopia. 10 pp.

INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR. Reforma de la Educación Postsecundaria: Compilación Legislativa. Bogotá: ICFES. 190 pp.

MINISTERIO DE SALUD. OFICINA DE PLANEACION. Metodología de Planeación Estratégica. Vol. 4, Scorpio Editores. Bogotá, Septiembre de 1988, 50 pp.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Grupo de trabajo sobre "Participación social en los Sistemas Locales de Salud". Washington, diciembre, 1987. 40 pp.

ROA SUAREZ, HERNANDO. Colombia: Planificación, Política, Regionalización y Políticas de Planificación. Ed. Príncipe. Septiembre de 1988. 87 pp.

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA. CONSEJO SUPERIOR. Estatuto General y Estructura Orgánica. Cartagena, agosto, 1981.

PROGRAMAS PREVENTIVOS ESCOLARES APLICABLES EN LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA

Raquel Doño
ARGENTINA

INTRODUCCION

Se ha demostrado que las enfermedades bucales prevalentes afectan al 95 % de la población y que el 80 % de los escolares de América Latina tienen caries dental. No hay zonas donde no existan caries, ni aún en aquellas donde las aguas de consumo contienen elevados tenores de fluor. Además de la alta prevalencia, las enfermedades bucales tienen limitada cobertura por parte de los servicios dentales. Si bien estos tienen características propias existen denominadores comunes para América Latina:

- a) existen diferentes tipos de odontología para diferentes sectores de la población;
- b) el modelo prevalente de servicio satisface la demanda espontánea con escaso o nulo componente preventivo;
- c) los modelos de servicio no resultan eficaces ni eficientes para el logro de los objetivos de salud bucal.

En 1978, la UNICEF y la OMS establecieron la estrategia de Atención Primaria de Salud para alcanzar las metas de Salud para Todos en el año 2000. En 1988 se determinó que los Sistemas Locales de Salud son la vía más apropiada para operativizar la Atención Primaria.

Esto justifica el desarrollo de investigaciones que incluyan programas preventivos escolares y representan una contribución de importancia que apunta a la disminución de esta patología y la posibilidad de ampliar la cobertura por su escasa complejidad.

El objetivo de este trabajo fue:

1. Evaluar el estado dentario al cabo de 2 años de programa:

- a) **Modelo A:**
Higiene bucal controlada y autocepillado con gel de fluorofosfato de sodio acidulado al 1 % (4520 ppm de F-) pH 5,6.
- b) **Modelo B:**
Higiene bucal controlada y enjuagatorios de fluoruro de sodio al 0,2 % (900 ppm de F-) pH 7.

Ejecutados semanalmente, durante el calendario escolar y bajo control profesional.

MATERIAL Y METODO

Población seleccionada:

Se escogieron 360 niños correspondientes a 2 escuelas de la zona sur del gran Buenos Aires.

Se seleccionaron los grupos experimental y control en forma aleatoria.

Se solicitó la autorización de los padres de todos los niños participantes.

Una muestra de 180 niños, que incluyó 15 de cada grado, fue seleccionada por el método de números aleatorios.

Diagnóstico clínico:

El diagnóstico clínico fue realizado por un examinador calibrado que registró los siguientes datos:

- a) presencia de placa bacteriana según Loe y Silness;

- b) dientes permanentes cariados, perdidos y obturados;
- c) dientes primarios cariados, con indicación de extracción y obturados;
- d) manchas blancas.

Programa preventivo:

El grupo experimental participó en:

- a) Subprograma de Educación para la Salud.
 - a.1) curso para directores y maestros
 - a.2) curso para los niños con entrenamiento en técnica de higiene bucal
 - a.3) clases informativas y motivadoras para los padres de los niños

Este programa se repitió una vez por año.

- b) Subprograma preventivo que incluyó higiene bucal controlada y autocepillado con 1 cm de FFa al 1 %, pH 5,6 durante 4 minutos, una vez por semana, 2 años consecutivos.
- c) Subprograma preventivo que incluyó higiene bucal controlada y enjuagatorio con 10 ml de FNa al 0,2 %, pH 7, durante un minuto, una vez por semana, durante 2 años consecutivos.

Al cabo de 1 y 2 años de programa fueron realizados nuevamente los registros clínicos por el mismo operador, siguiendo los criterios del diagnóstico de la condición basal.

Se calculó la media aritmética y el error standard de los índices de placa CPOD, ceod, y mancha blanca.

Fueron comparados los resultados de la basal, post 1 año y post 2 años de cada modelo y establecida la significación estadística de las diferencias por medio del test "t" de Student con valor de $p < .05$ y $p < .01$.

RESULTADOS

3.1 Modelo A

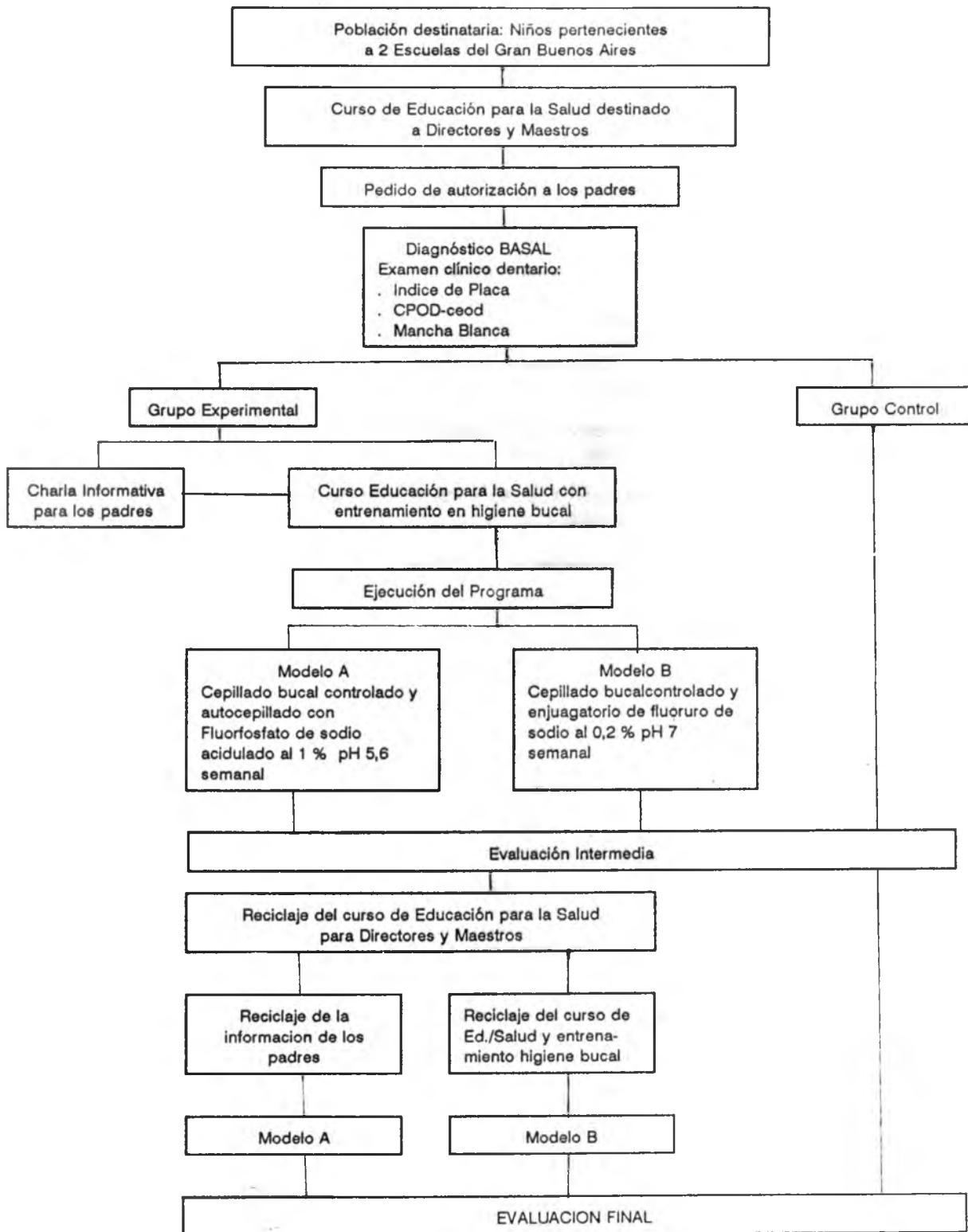
El análisis del índice de placa reveló disminuciones significativas entre exámenes con valores de $p < .01$ en el grupo experimental. En el grupo control los aumentos fueron significativos con valores de $p < .05$ entre el primer y el segundo examen y $p < .01$ entre el primer y tercer examen (cuadro 1).

El índice CPOD reveló diferencias significativas $p < .01$ en los exámenes post 1 y 2 años, cuando se comparó experimental y control.

Para el ceod las diferencias fueron significativas $p < .01$ entre el 1er. y 3er. examen y $p < .05$ entre el 1er. y 2do. examen del grupo experimental. Las diferencias entre exámenes del grupo control no alcanzaron valores de significación (cuadro 2).

El registro de mancha blanca fue significativo $p < .01$ entre ambos grupos en los diferentes exámenes (cuadro 3).

DISEÑO EXPERIMENTAL



**CUADRO 1
INDICE DE PLACA**

GRUPO	BASAL	POST 1 AÑO	POST 2 AÑOS
EXPERIMENTAL	1,10 ± 0,07	0,81 ± 0,06	0,60 ± 0,07
CONTROL	1,26 ± 0,07	1,48 ± 0,07	1,68 ± 0,10

* p < .01 ** p < .001 *** p < .05

**CUADRO 2
INDICES CPOD Y ceod**

GRUPO	BASAL	CPOD		BASAL	ceod	
		POST 1 AÑO	POST 2 AÑOS		POST 1 AÑO	POST 2 AÑOS
EXPERIMENTAL	1,4 ± 0,32	1,11 ± 0,29	1,51 ± 0,35	2,70 ± 0,50	1,29 ± 0,31	0,88 ± 0,32
CONTROL	2,45 ± 0,63	4,07 ± 0,72	4,30 ± 0,80	2,46 ± 0,56	1,80 ± 0,52	1,65 ± 0,47

* p < .01 ** p < .05

**CUADRO 3
EVOLUCION DE MANCHA BLANCA**

GRUPO	BASAL	POST 1 AÑO	POST 2 AÑOS
EXPERIMENTAL	0,007 ± 0,003	0,001 ± 0,001	0,001 ± 0,001
CONTROL	0,04 ± 0,001	0,06 ± 0,02	0,09 ± 0,02

* p < .01

3.2 Modelo B

El índice de placa reveló aumentos significativos con valores de p < .01 entre exámenes tanto para el grupo experimental como en el control (cuadro 4).

Se analizó el CPOD del grupo experimental y se le comparó con el control, no se observó diferencias significativas entre exámenes

El ceod no mostró diferencias significativas entre exámenes (cuadro 5).

Los registros de mancha blanca no alcanzaron diferencias significativas entre exámenes (cuadro 6).

**CUADRO 4
INDICE DE PLACA**

GRUPO	BASAL	POST 1 AÑO	POST 2 AÑOS
EXPERIMENTAL	1,15 ± 0,04	1,37 ± 0,06	1,58 ± 0,05
CONTROL	1,19 ± 0,06	1,50 ± 0,08	1,73 ± 0,06

* p < .01

**CUADRO 5
INDICES CPOD Y ceod**

GRUPO	BASAL	CPOD		BASAL	ceod	
		POST 1 AÑO	POST 2 AÑOS		POST 1 AÑO	POST 2 AÑOS
EXPERIMENTAL	1,22 ± 0,23	1,74 ± 0,33	2,48 ± 0,27	3,11 ± 0,60	2,56 ± 0,54	2,43 ± 0,59
CONTROL	1,66 ± 0,41	2,37 ± 0,43	3,79 ± 0,73	2,83 ± 0,44	2,43 ± 0,30	2,35 ± 0,43

NS - No significativo

**CUADRO 6
EVOLUCION DE MANCHA BLANCA**

GRUPO	BASAL	POST 1 AÑO	POST 2 AÑOS
EXPERIMENTAL	0,001 ± 0,001	0 ± 0	0 ± 0
CONTROL	0 ± 0	0 ± 0	0,05 ± 0,04

NS - No significativo

DISCUSION

4.1 Análisis del efecto del programa a nivel clínico

Modelo A

Con referencia al índice de placa, se partió en ambos grupos de valores similares, pero el grupo experimental disminuyó significativamente alcanzando en esta evolución niveles compatibles con salud ($0,6 \pm 0,07$). Esta disminución podría ser debida a la higiene bucal ; a la acción antibacteriana que poseen los fluoruros en acción tópica, como ha sido reconocido por Axelsson.

Aunque en este trabajo no se ha analizado los datos referidos al estado gingival, esta marcada disminución en el índice de placa favorecería el mantenimiento de la salud de estos tejidos.

Bellini ha concluido que "aunque la higiene bucal no ha sido la manera más eficiente para combatir la caries, ha demostrado un efecto que justifica la promoción de su implementación".

La iniciación de la caries dentaria correlacionada con la higiene bucal, fue estudiada por Koch, y los niños escolares suecos tenían sus bocas significativamente más limpias, pero no se apreció una reducción en la caries dentaria.

Podría inferirse de estas conclusiones la necesidad de incorporación sistemática de fluoruros en los modelos escolares.

Silverstone ha señalado que lo importante es tener fluoruros tópicos disponibles en el tiempo de la erupción de los dientes, comentario concluyente para determinar la edad de entrada de los niños bajo programa preventivo.

El presente programa incorporó la autoaplicación semanal de FF en altas concentraciones (4520 ppm de F-) y bajo pH.

Los resultados revelaron aumentos no significativos de caries en dientes permanentes del grupo experimental, mientras que los niños del grupo control registraron tendencias incrementales más importantes, si bien no alcanzaron niveles de significación. Al comparar los valores del 2do. y 3er. examen entre experimental y control se encontraron diferencias significativas ($p < .01$).

Al analizar el incremento del CPOD del grupo experimental entre la basal y post dos años se obtuvieron valores de 0,10, mientras que en el mismo período el incremento en el control fue de 1,85. La reducción del incremento alcanzó valores de 81,5 % al cabo de dos años de programa.

Al analizar los resultados obtenidos en la dentición primaria a través del ceod, se observa que se partió de una condición basal similar en ambos grupos.

Al analizar los resultados, en el grupo control fue observada una tendencia a la disminución, atribuible al recambio dentario.

Un análisis similar del grupo experimental reveló una disminución significativa entre el examen basal y el 2do. examen y entre el basal y el 3er. examen.

Heifetz, Horowitz, Gallagher, Marthaler y Mühlemann han encontrado disminuciones significativas en CPOD y ceod, con programas de higiene bucal y autocepillado con aplicaciones tópicas de fluoruros de diferentes tipos, concentraciones y pH.

A pesar de que en las condiciones experimentales de este trabajo el registro de manchas blancas en la condición basal fue significativamente menor en el grupo experimental que en el control, y que estas diferencias fueron mantenidas al año y a los 2 años de evaluación fue observada una tendencia a la disminución de las mismas en el grupo experimental y un aumento en el grupo control. Posiblemente, esta tendencia a la disminución de manchas blancas en el grupo experimental sea debido a la acción remineralizante de la aplicación tópica de los fluoruros, mientras que la tendencia al aumento en el grupo control sea consecuencia de la acción de los condicionantes cariogénicos no interceptados por medidas preventivas.

Modelo B

Mc Clure y Horowitz han considerado a los programas de enjuagatorios fluorados como una medida ideal para salud pública porque inhibe entre el 20 y 50 % de caries con estas características. Se requiere poco material, es barato, de fácil preparación, provoca mínima interrupción de la rutina escolar, puede controlarlo personal entrenado no especializado y es un procedimiento fácil para ser realizado por niños.

Al analizar el índice de placa ha sido observado un aumento del mismo, tanto en el grupo experimental como en el control.

Aunque ha sido observado un aumento en el índice de placa, en este trabajo fue registrada una reducción del porcentaje del incremento de caries. Cabe la posibilidad de que la higiene bucal controlada semanalmente haya posibilitado contactar al FNa con la superficie del esmalte y sobre esa estructura se hayan manifestado los efectos cariostáticos.

Lindhe y Axelsson han encontrado, en cambio, que usando limpieza profesional quincenal con pasta de FF se produjo una reducción de 0,33; 0,54 y 0,50 % del índice de placa a los 6, 8 y 10 años respectivamente.

Al analizar el incremento del CPOD del grupo experimental entre la basal y post 2 años se obtuvieron valores de 1,26; mientras que en el mismo período el incremento en el grupo control fue de 2,13. La reducción del incremento alcanzó valores de 40,85 % al cabo de 2 años de programa.

Driscoll ha señalado un porcentaje de reducción del incremento de un 22 % a 55 %; Heifetz en un 24 %; Horowitz en un 44 %. El Programa Nacional de Demostración de Odontología Preventiva de Estados Unidos ha reportado un 21 % de reducción de incremento con el uso de enjuagatorios fluorados.

Al analizar el estado de la dentición primaria con el ceod ha sido registrada una disminución en ambos grupos, aunque fue mayor en el grupo experimental. Cabe la posibilidad que en el grupo experimental la mayor disminución sea debida a los efectos del programa o bien que los niños de este grupo hayan exfoliado los dientes primarios más rápidamente que los del grupo control.

Sobre la detención primaria no se han publicado demasiados trabajos. Ripa y Leske han notificado una reducción del ceos del 23,8 % y Leveret y col. una reducción del 35,4 % con la aplicación de enjuagatorios fluorados.

Referido a mancha blanca, se han registrado en la condición basal, 1 mancha blanca en el grupo experimental (0,03 % de la muestra) y en el grupo control ninguna (0 %). En el 1er. año post programa ambos grupos evidenciaron 0 de mancha blanca, lo cual podría indicar que la mancha blanca del grupo experimental fue remineralizada. En el 2do. año el grupo experimental se mantuvo sin registro de mancha blanca mientras que en el grupo control fue observada una tendencia al aumento de las mismas (0,2 % de la muestra), lo que podría interpretarse como una acción preventiva de remineralización por parte del programa empleado.

4.2 Costo/beneficio del Programa

El costo/beneficio obtenido en el programa A ha sido de US\$1,82 y en el programa B US\$1,80 por niño por año.

Brunelle y Miller abarataron los costos al utilizar recursos humanos no profesionales, a maestros y padres, en la operativización del programa.

Los costos de los programas A y B podrían ser reducidos si se empleara para la supervisión en terreno recursos humanos de grado.

4.3 Análisis comparativo entre ambos modelos

Al analizar los resultados del índice de placa se encontró en el modelo A disminuciones significativas, mientras que en el modelo B dicho índice aumentó significativamente entre exámenes.

Los valores relativos de la reducción del incremento fueron para el modelo A 81,5 % y para el B 40,85 %.

El registro de manchas blancas no evidenció diferencias importantes entre ambos programas. El costo/beneficio en moneda constante (US\$) de ambos modelos resultó similar.

Los resultados del programa A fueron superiores a los del B. Ambos modelos son recomendables para ser aplicados en la estrategia de la atención primaria.

CONCLUSIONES

Modelo A

- El análisis de placa dental mostró una disminución significativa en el grupo experimental y un aumento en el control.
- En el CPOD se registró una tendencia al mantenimiento en el grupo experimental y una tendencia al aumento en el grupo control. Fueron observadas diferencias significativas cuando se compararon el grupo control con el experimental post 1 y 2 años de programa.
- El ceod disminuyó significativamente en el grupo experimental aunque las diferencias no fueron significativas cuando se le comparó con el control.
- Se evidenció una tendencia a la disminución de manchas blancas.

Modelo B

- El índice de placa registró un aumento tanto en el grupo experimental como en el control.
- En el CPOD el aumento resultó ser mayor en el grupo control que en el experimental.

- El ceod evidenci6 una disminuci6n en ambos grupos, aunque fue mayor en el experimental.
- Se evidenci6 un aumento de manchas blancas en el grupo control.

BIBLIOGRAFIA

- AXELSSON, P.; KRISTOFFERSSON, T.; KARLSSON, R. and BRATTHALL, A. 30 month longitudinal study of the effect of some oral hygiene measures on *St. mutans* and Approximal Dental Caries (Non published data).
- BASS, C.C. An effective method of personal oral hygiene. *Il J. La. State Med. Sos.* 106: 100-112, 1954.
- BELLINI, H.T.; ARNEBERG, P. and VON DER FEHER, F.R. Oral hygiene and caries. A review. *Acta Odontol. Scand.* 39: 257-265, 1981.
- BRUNELLE, J.A. and MILLER, A.J. Cost analysis of School based of dental caries in U.S. School children, 1961-1980. *J. Dent. Res.* 61 (Special Iss): 1346-1351, 1982.
- Costo Eficacia de los Programas de la comunidad relacionada con el uso de fluoruros para la prevenci6n de la caries. Grupo de Trabajo No. 2. Comisi6n de Salud Bucal, Investigaciones y Epidemiologfa. FDI. Salud Bucal VII: 34-60, Anuario, 1980.
- DOÑO, R.; CANTON, L. y ARGENTIERI, A. An6lisis de costo-eficacia de dos programas preventivos escolares. *Rev. Asoc. Odont. Arg.* 71: 223-231, 1983.
- DRISCOLL, W.S.; SWANGO, P.A. et al. Caries-preventive effects of daily and weekly fluoride mouthrinsing in a fluoridated community: results after 30 months. *J. Am. Dent. Assoc.* 105: 1010-1013, 1982.
- GALLAGHER, S.J.; MACLEAN, M.W.; COSTANZO, A. and CALDWELL, R. Self-application in a phospho-fluoride brushing study. *J. Canad. Dent. Assoc.* 9: 505-508, 1975.
- HARDIE, J.M.; THOMPSON, P.L. et al. A longitudinal epidemiological study on dental plaque and the development of dental caries. Interim results after two years. *J. Dent. Res. (Special Iss. C)* 56: 90-98, oct. 1977.
- HEIFETZ, S.B.; HOROWITZ, H.S. and DRISCALL, W.S. Two year evaluation of self-administered procedure for the topical application of acidulated phosphate fluoride final report. *J. Public Health Dent.* 30: 7-12, 1970.
- HELLSTR6M, I. Fluorine retention following sodium fluoride mouthwashing. *Acta Odont. Scand.*, 18: 263, 1960.
- HEIFETZ, H.B., et al. Comparison of the anticaries effectiveness of daily and weekly rinsing with sodium fluoride. Final after three years. *Pediatr. Dent.* 4: 300-303, 1982.
- HOROWITZ, A.M. and HOROWITZ, H.S. School based fluoride programs. A critique. *J. Prev. Dent.* 6: 89-82, 1980.
- HOROWITZ, H.S.; HEIFITZ, S.B.; Mc CLENDON, B.W. et al. Evaluation of self-administered prophylaxis and supervised tooth-brushing with acidulated phosphate-fluoride. *Caries Res.* 8: 39-51, 1974.
- KNUTSON, J.; KLEIN, H. and PALMER, C. Dental needs of grade school children of Hagerstown, Maryland, *Adm. Dent. A.J.*, 27: 579-588, 1940.
- KOCH, G; LINGHE, J. The effect of supervised oral hygiene on the gingiva of children. Lack of prolonged effect of supervision. *J. Period. Res.* 2: 215, 1967.
- KOLOURIDE, T. and CAMERON, B.: Enamel Remineralization as a factor in the pathogenesis of dental caries. *J. Oral Pathol.* 9: 255-269, 1980.
- KOULORIDE, T.; KELLER, S.W.; MANSON-HING, L. and LILLEY, V. Enhancement of fluoride effectiveness by experimental cariogenic priming of human enamel. *Caries Res.* 14: 32-39, 1980.
- LEVERETT, D.H.; SVEEM, O.B. and JENSEN, O.E. Weekly rinsing with a fluoride mouthrinse in a fluoride dated community. Results after Seven Years. *J. Publ. Health Dent.* 45 (2) 95-100, 1985.

- LINDHE, J. and AXELSSON, P. The effect of controlled oral hygiene and topical fluoride application on caries and gingivitis in Swedish school children. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 3: 150-154, 1975.
- LISON, L. *Estadística aplicada a la Biología experimental*. Buenos Aires, Ed. EUDEBA, 1976.
- LÖE, H. and SILNESS, J. The gingival index, the plaque index and the retention index system. *J. Periodontol.* 38: 610-616, 1963.
- MARTHALER, T.M.; KONING, K.G. and MUHLEMANN, H.R. The effects of fluoride gel used for supervised tooth-brushing 15 or 30 times per year. *Helv. Odont. Acta* 14: 67-77, 1970.
- Mc CLURE, D.B. A comparison of toothbrushing techniques for the preschool children. *J. Dent. Chil.* 33: 205-210, 1966.
- RAMFJORD, S.P. Indices for prevalence of periodontal disease. *J. Periodontology.* 30: 51-60, 1959.
- RIPA, L.W. and LESKE, G.S. Two years effect over the primary dentition of mouthrinsing 0,2 % neutral FNa solution. *Community. Dent. Oral Epidemiol.* 7: 151-156, 1979.
- RUGG-GUNN, A.J. and MAC GREGOR, I.D.M. A survey of toothbrushing behavior in children and young adults. *J. Periodontol. Res.* 13: 382-389, 1978.
- SCHMIDT, M.O.; BALMELLI, O.P.; BALMELLI, O.P. and SAVER, U.P. Plaque removing effect of a toothbrush, dental floss and toothpick. *J. Clin. Periodont.* 3: 157-165, 1976.
- SILVERSTEIN, S.; GOLD, S. et al. Effect of supervised deplaquing on dental caries, gingivitis and plaque. *J. Dent. Res.*, 56, (Spec. Issue A): 85-88, 1977.
- SILVERSTONE, L.M. *Dental caries, aethiology, pathology and prevention*. London. The Mc Millan Press, 1981.
- WEI, S.H.Y. *Clinical uses of fluoride*. Philadelphia, Lea and Febregier, 1985.

POR QUE NO ENSEÑAR LA ODONTOLOGIA EN Y CON LA COMUNIDAD

Carlos Payares González

COLOMBIA

RESUMEN

En América Latina y el Caribe la acumulación social de una serie de problemas que determinan nuestros perfiles socioepidemiológicos, y la ineffectividad de los modelos de enseñanza y de ejercicio de las prácticas sanitarias para encararlos, se han constituido en vectores de un círculo vicioso que no les ha permitido a nuestras comunidades gozar de una democracia social, económica y política y de un ciclo biológico y mental satisfactorio. A pesar del reconocimiento de que estas circunstancias son condicionantes de la solución de los diferentes nudos críticos con los cuales tropezamos permanentemente en el campo de la salud, en este trabajo se considera que es posible un compromiso intelectual de las instituciones educativas, de servicios y de legitimización de la práctica para facilitar el arribo de indicadores saludables para nuestras comunidades, cuyos derechos más fundamentales han sido postergados durante varios siglos.

Hace ya treinta años que Blackerby le preguntaba a la Odontología norteamericana, y por ende a la latinoamericana y del Caribe, por qué no un Departamento de Odontología Social. Pues bien, han pasado ya tres décadas desde que el modelo preventivista y social fue puesto en práctica en las diferentes instituciones educativas de la práctica odontológica y aún los resultados en las transformaciones que se esperaban son desalentadores, tanto en dicha práctica como en los perfiles socioepidemiológicos de nuestras sociedades.

Algunos consideran que los propósitos fallidos del modelo preventivista y social se deben a la inconsecuencia de las instituciones formadoras del recurso humano para llevarla a cabo y a la incompreensión y escasa participación de la comunidad. Mucho de cierto hay en todo esto, pero el problema fundamental de este modelo ha sido su falta de correspondencia con la realidad, y que sus enfoques y metodologías dejan incólume al modelo biologista-mecanicista todavía dominante en la formación y en la prestación de los servicios. Por eso hoy una propuesta de reconceptualización de la práctica odontológica no debe asumirse como una continuidad -al menos en el sentido epistemológico- de las propuestas formuladas en la década del sesenta. Se trata de otra cosa que parta de unos fundamentos y propósitos contrastantes. En cuanto a los modelos biologista y preventivista la propuesta de una práctica odontológica alternante no es lo uno ni lo otro, sino todo lo contrario: el modelo Docencia-Servicio-Investigación.

Lo aquí escrito va dirigido a los miembros de la práctica odontológica, principalmente a profesores y estudiantes, con el fin de motivarlos hacia un conocimiento científico y transformador de la cotidianidad. El abordaje analítico de la realidad y la elaboración de propósitos que procuren una integración orgánica entre las instituciones formadoras de los recursos con las prestadoras de servicios y con la comunidad, parece ser el proceso más lógico para que los habitantes del Tercer Mundo superemos las dificultades sanitarias. Y en ese proceso las facultades, escuelas o departamentos de Odontología tienen el compromiso de enseñar y aplicar los conocimientos biomédicos, socioepidemiológicos y biotecnológicos EN y CON la comunidad. Esa es nuestra cuota y desafío.

PREFACIO

"El hombre que se desengaña con la verdad ve al mundo como es, pero el que está perdido con la falsedad sólo alcanza a ver lo que le parece."

Alberto Wagner de Reina

La región latinoamericana y del Caribe, donde viven aproximadamente 450 millones de personas, es uno de los lugares del planeta donde se presentan las mayores tasas de incidencia y prevalencia de enfermedad y mortalidad, principalmente en las edades tempranas del ciclo vital. En el caso odontológico la caries dental y la enfermedad periodontal, que ya han sido suficientemente estudiadas, aún son las principales causas de la pérdida dentaria, contrastando dicha situación con la de los países del primer mundo. Esta circunstancia se explica en gran medida por el alto consumo de carbohidratos (115 g/día) determinado por la pobreza, la ignorancia y la ausencia de políticas y acciones promocionales, preventivas y curativas oportunas y de buena calidad.

En distintos estudios socioepidemiológicos se ha encontrado que tanto la caries dental como la enfermedad periodontal son directamente proporcionales al consumo de azúcares y a la ausencia de acciones odontológicas.¹

Los factores biológicos de predisposición que han sido identificados (agresividad bacteriana, susceptibilidad del huésped, etc.) juegan un papel secundario con relación a las variables mencionadas y actúan como potenciadores de las escasas posibilidades nutricionales y accesibilidad a los servicios.

De esta manera, América Latina y el Caribe se han constituido en un área que, desde el punto de vista sanitario, enfrenta una serie de complejos problemas merecedores de una atención especial y prioritaria. Sin embargo, la deficiente capacidad presupuestal de nuestros Estados los ha llevado a un achicamiento de sus políticas y compromisos sociales. Hoy es posible observar cómo las burguesías de nuestros países han aprovechado la catástrofe política y económica de los países de Europa del Este para intentar resolver su propia crisis y fortalecer el modo de producción capitalista. Han retomado como iniciativa la aplicación de viejas teorías de los economistas clásicos y neoclásicos para restablecer un capitalismo de libre competencia. Smith, Ricardo, Marshall, Pignon, Hayek, etcétera, hacen parte de la "novedosa" solución para empresarios y economistas del Tercer Mundo. Son coincidentes con estas teorías porque el incumplimiento social de los Estados, determinado en gran medida por la deuda externa, puede ser suplido por este neoliberalismo que pone en marcha la economía de libre oferta y demanda, la búsqueda del interés individual y el libre juego de las fuerzas del mercado. De esta forma, la reprivatización del sector terciario o de servicios hace carrera y el neoliberalismo manchesteriano se constituye en una posibilidad para que nuestros Estados traten de enfrentar sus crisis en romance con ideologías conservadoras.

En el caso de las universidades públicas esta circunstancia se ha reflejado como una disminución de su financiamiento, deterioro de las condiciones salariales y vivenciales de profesores, trabajadores y estudiantes, deterioro del mercado de trabajo, disminución o apagamiento de la capacidad crítica y tendencia a la organización empresarial. Frente a tan difícil situación, reconociendo algunas meritorias excepciones, las universidades latinoamericanas y del Caribe, simultáneamente al reclamo de autonomía y mejor financiación, deben propugnar por una serie de estrategias que propicien aperturas de espacios sociales y generen una transformación en la formación de los recursos humanos. Así se le haría frente a la permanente tendencia de gobernantes y sectores conservadores de privatizar la educación superior.

Los hechos anteriores llevan a pensar que las universidades, principalmente las de naturaleza pública, no deben seguir actuando al margen de estas vicisitudes recurrentes. Las respuestas deben ir más allá de la inconformidad esporádica, contestataria y sobrevivencial, ausente, por regla general, de forma de análisis y soluciones.

Esta actitud contemplativa no corresponde a la magnitud de los problemas que agobian a nuestros pueblos y, por el contrario, ha llevado al espacio universitario latinoamericano y del Caribe a un marcado desarrollo del "área" del sentido común por medio de la cual cada uno de sus miembros dice y hace según su parecer. La Filosofía, la Epistemología, la Sociología, la Economía Política, etc., se han vuelto inservibles y despreciadas. La pregonada conciencia crítica de las universidades ha sido traspuesta por una crítica sin conciencia.

Como idea general se ha insistido y aceptado que las universidades deben ser la conciencia crítica de la sociedad. Pero al observar el panorama -como lo afirma Solares,² parece conveniente invertir la proposición: ¿hasta cuándo las sociedades van a soportar unas universidades que no producen conocimiento científico-técnico y no resisten la transculturación? ¿Hasta cuándo las universidades van a ser instituciones acríticas, improductivas y descomprometidas? Parece, pues, que para que éstas sean realmente lo que decimos de ellas tienen que empezar a cuestionarse a sí mismas, o de lo contrario ha llegado la hora de que nuestras comunidades se vuelvan conciencia crítica de las universidades.

Respecto a la práctica odontológica sabemos que durante el presente siglo ha copiado su fundamentación teórico-práctica de los modelos predominantes en la práctica médica. No obstante, desde el inicio de la década del ochenta se han venido presentando cambios significativos en su interior. En efecto, con la aparición de la OFEDO y la colaboración de la OPS-OMS ha sido posible la emergencia de una serie de planteamientos alternos sobre su objeto de trabajo y la práctica misma y se han propuesto algunas estrategias integradoras que buscan dar una salida científica a las necesidades de la gran mayoría de nuestras poblaciones, pero que han tropezado con verdaderos nudos críticos, entre ellos el que la gran mayoría de profesores de las facultades de Odontología de América Latina y el Caribe provienen de la práctica privada lo que ha perpetuado el espíritu comercial y lucrativo en los futuros profesionales, postergando compromisos para la solución de los problemas comunitarios.

Sin embargo, la motivación hacia el trabajo en y con la comunidad se abre camino y estas palabras son una modesta contribución para tan noble objetivo.

LA UNIVERSIDAD Y SUS FUNCIONES

Para algunas personalidades relacionadas con el mundo de la educación, las universidades cumplen su papel mientras estén girando en torno a la producción y transmisión de los conocimientos y tecnologías. Para este tipo de razonamiento parece no tener importancia la relación de la universidad con su contexto. Es una tendencia que busca una inmersión en sí misma de la llamada comunidad universitaria, constituyéndose así en una especie de **apartheid**.

Pero en un continente plagado de injusticia, miseria y violencia, la Universidad no puede darse el lujo de "recrear" en abstracto el pensamiento y la cultura. Las universidades latinoamericanas y del Caribe deben traducir su función en un compromiso de acción, y la mejor manera de lograrlo es por medio de un proyecto que "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 y social y, por ende, la resolución de las necesidades básicas de los sectores desamparados y desposeídos de nuestros países".³ De esta manera, la misión de las universidades se vuelve trascendental. Implica "un compromiso ético, sociopolítico y científico-técnico orientado a estudiar y a 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".⁴ Sin descuidar la actividad científico-técnica las universidades educarán a ciudadanos, a diferencia de hacer un simple adiestramiento profesional.

Pero, ¿cómo hacer para establecer una mejor comunicación entre las instituciones formadoras y la comunidad si hoy se observa bajo la orientación biológica-mecanicista, tanto en el médico como en el odontólogo, un mayor alejamiento de los pacientes? A mi manera de ver, esta fuerte corriente sólo puede ser contrarrestada si las universidades asumen su relación con la comunidad de una forma sistemática, logrando difundir y generalizar la idea de que los procesos biológicos humanos, los conocimientos y las biotecnologías son hechos sociológicos.

La extensión universitaria

Desde hace ya mucho tiempo la gran mayoría de nuestras universidades han incluido dentro de su función social la dimensión de la extensión. Sin embargo, bajo el nombre de extensión lo que se ha venido haciendo es difusión. La difusión es una divulgación que no obliga a formas integracionales con la comunidad y otros sectores de la planificación. No ha habido, por regla general, una indagación previa del medio hacia donde va dirigida la proyección, ni se recibe nada de ese medio. Es la típica concepción paternalista del que tiene el poder cultural y desciende a darlo a la comunidad supuestamente huérfana.

Por el contrario, la extensión universitaria posee un carácter humanista capaz de generar una visión totalizadora del hombre por medio de la ciencia, la técnica y el arte. De esta forma la Universidad se interrelaciona creadoramente con la comunidad procurando una comunicación dialéctica y vital para dar y recibir, y crear un flujo permanente y recíproco que le corrobore su pertinencia histórica. Podemos decir que la extensión universitaria es una dimensión que relaciona en forma totalizadora las universidades con la comunidad, transformando a ambas. Es una acción que genera acción.

Algunos campos de acción de la extensión universitaria:

1. La ampliación de la democracia y el respeto de los derechos ciudadanos: la Universidad podría asumir su papel de defensa de unos principios generales referidos a la democracia y a los derechos ciudadanos, y de esta manera incidir sobre las reformas del Estado, las reformas electorales, la ampliación y diversificación de la sociedad civil, la defensa de los derechos humanos, etc.
2. La elaboración de estudios sobre los factores que determinan situaciones específicas de vida de diferentes grupos comunitarios: en este campo se cobijan las políticas y planes del Estado por medio de los cuales se pretende enfrentar estas situaciones.
3. El desarrollo de formas alternantes de producción: en términos de unidades de producción (pequeña y mediana industria), formas de gestión (cooperativas, cogestión, autogestión) y de tecnologías.

4. La formación de una conciencia o identidad cultural e histórica: dirigida a fortalecer la autoconciencia de nuestros pueblos con el doble sentido nacional e internacionalista.

CONCEPTOS Y REALIDAD

En mi trabajo *Salud oral o las paradojas de la práctica odontológica*, decía que es bien cierto que para que dos o más personas se comuniquen deben pronunciar varias palabras. Además, para que la intercomunicación sea más profunda es indispensable que lo que se diga tenga coincidencia de conciencia a fin de que el pensamiento resulte conocido para todos. Pero en el caso de la práctica odontológica existe una apropiación inadecuada de conceptos que presentan todavía serias dificultades para muchos profesionales. Una especie de nimbo puesto sobre las meras palabras las ha llevado a convertirse en muletillas discursivas con mil acepciones. Se han constituido en pura cosmética que ha reemplazado los compromisos del conocimiento científico en la explicación de problemas concretos.

Sin claridad y diferenciación conceptual no es posible hablar de un camino alternativo para la práctica odontológica latinoamericana y del Caribe. Por ello en más de una ocasión han fracasado algunos intentos reformadores de la práctica odontológica hegemónica y tradicional. Paradójicamente se ha intentado hacer una práctica distinta conservando sus anteriores fundamentos; es lo que algunos han denominado "una transición sin traumatismos".

En un sentido general, las palabras encierran tres aspectos que constituyen una unidad de facto: la significación, la noción y la denominación. Cuando disgregamos estos aspectos los conceptos quedan convertidos en simples vocablos, que pueden emplearse sin significación o que, por el contrario, significan lo que cada interlocutor quiere que signifiquen. Así, entonces, las palabras empleadas bajo una presunción científica no siempre llevan ni traen las mismas tensiones. Para que haya significación científica las palabras encierran un determinado conjunto de notas y de elementos, que no son notorios a primera vista pero que son sus contenidos característicos. Así, la palabra se vuelve concepto o noción, o la idea misma sobre la realidad. Es una manera impositiva de denominar a un contenido que es seleccionado de un conjunto mayor de hechos.

El concepto de Odontología Integral, por ejemplo, contiene una serie de características -por conveniencia y utilidad- pertenecientes a una práctica social. Sin embargo, existe una pluralidad de definiciones que pueden ser cobijadas con el concepto señalado que en más de una ocasión ni siquiera aparecen explicitadas, lo que me ha llevado a pensar que el concepto puede ser desde un simple y aislado procedimiento biotécnico hasta un enfoque integrador de la práctica. El concepto ha sido, pues, desvirtuado, y cobija toda clase de enfoques y procedimientos, contrastando precisamente a la mil veces invocada rigurosidad científica. Cabe entonces afirmar que al concepto de Odontología Integral se le viene dando un uso inapropiado y hasta desintencionado, o una sobredignificación con sentido velante -que oculta y esconde- de variados intereses. De todas formas, el concepto ha sido enajenado y vaciado de rigurosidad. Tal arbitrariedad parece estar explicada por un marcado desinterés -terror epistemológico- por el debido uso y comprensión del lenguaje científico en cuanto a su evolución, contenido y significación. Se torna protuberante, como cuando apareció el primero que llamó a un libro grueso "mamotreto", palabra que hasta entonces quería decir "criado por su abuela".

La necesidad y la posibilidad de precisar los conceptos utilizados en la práctica odontológica están justificadas por la existencia de interlocutores protagónicos de una constante explicación de la realidad. Claro está que no digo la misma cosa cuando afirmo que Juan está en la cuerda floja y Juan está en la cuerda floja, ya que en la primera proposición, a pesar de la igualdad en estructura y términos con la segunda, me refiero a un Juan acróbata, y en la otra a un Juan en apuros. Las proposiciones son, pues, de diferente carácter, y esto está pasando con el uso y el abuso de varios conceptos básicos del discurso odontológico. Cada institución o persona les asigna un singular carácter, creando así abigarradas diferencias entre lo que se piensa, se dice y se hace. De lo que se trata ahora es de generar una nueva generalidad conceptual de amplio manejo común que permita acercarnos cada vez más a un modelo idealizado de práctica odontológica.

De otra manera, ninguna explicación sobre los fenómenos naturales y sociales se construye independientemente de quien explica, para qué explica, desde qué posición explica y frente a quienes explica. Las ideas mismas sobre una situación cualquiera significan que no estamos al margen de ella. Siempre estaremos dentro de las situaciones descritas, y esclarecerlas es una tarea que nunca acaba. Cualquier explicación sobre los

hechos se convierte en un diálogo complementario o contradictorio con otras personas, ya que la realidad está llena de actores sociales con propósitos diferentes y que, por lo tanto, generan diferentes explicaciones sobre una misma realidad. Por eso la realidad no sólo es lo que uno cree que es, sino también lo que los otros creen que es.

Si nos atenemos a que la realidad es cambiante, entonces los conocimientos buscarán la identificación de los procesos y elementos contradictorios de la realidad para individualizarlos, comprenderlos y resolverlos. Así, los conocimientos científicos producen resultados útiles para abordar los problemas de índole teórica o práctica, generan impactos favorables en la vida cotidiana y mejoran nuestra capacidad para comprender el mundo en que nos movemos; todo esto a pesar de que las descripciones nunca pueden ser las cosas mismas. Razones como los límites de la percepción ideológica, biológica y de los instrumentos tecnológicos, así como las dificultades para intimar las palabras con las regularidades de las cosas, explican suficientemente que así sea. Sin embargo, nadie pone hoy en duda afirmaciones como "la tierra es redonda y existió antes que la humanidad".

LOS CONCEPTOS DE COMUNIDAD Y DE PARTICIPACION COMUNITARIA

La Asamblea Mundial de la Salud realizada en 1977 aprobó una resolución denominada Meta Salud para Todos en el Año 2000. Se estableció como un propósito social por parte de los gobiernos que la suscribieron que todos los ciudadanos del mundo lograran un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económica productivas. Un año más tarde se celebró en Alma Ata la Conferencia Internacional de la OMS y de la UNICEF sobre la Atención Primaria en Salud, en donde 134 países acogieron por unanimidad una declaración de diez puntos, que posteriormente fue refrendada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, y con base en la cual la OPS ha venido proponiendo una serie de estrategias regionales de salud para el continente americano.

La Atención Primaria en Salud es una estrategia para el logro de una mejoría considerable de la situación de salud en las poblaciones del Tercer Mundo. Contiene una dimensión programática que va a depender de las características de cada país y una dimensión estratégica propiamente dicha que establece la manera de llevar adelante los proyectos, planes, operaciones y acciones. El eje central de esta dimensión estratégica está dado por la participación consciente y activa de las comunidades en todos los momentos de la planificación. El sentido básico y primigenio de la Atención Primaria en Salud está dado por la participación activa popular. El punto número 14 de la Declaración de Alma Ata sostiene que el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud, la acción intersectorial, el desarrollo y utilización de biotecnologías, la descentralización y reorientación de los sistemas de salud y la integración de los diferentes niveles de la atención.

Las operaciones y acciones comprendidas por la Atención Primaria en Salud deben incluir todos los niveles de la atención en salud, especialmente los llamados Sistemas Locales de Salud, consistentes en un conjunto de recursos interrelacionados y organizados con criterio geográfico-poblacional en áreas urbanas o rurales. Estos, diseñados a partir de las necesidades de la población, son definidos en términos de daños y riesgos para asumir la responsabilidad de la atención de los individuos, las familias, los grupos sociales y el ambiente, coordinar los recursos disponibles en varios sectores, facilitar la participación social y contribuir al desarrollo del Sistema Nacional de Salud, al cual vigorizan y confieren nueva direccionalidad. Bajo los criterios de la Atención Primaria en Salud se hace posible la identificación, prevención y solución de los principales problemas de la salud bucal de la población latinoamericana y del Caribe y se desarrolla la participación consciente y organizada de la población en conjunción con organismos e instituciones de salud.⁵

Para las diferentes prácticas sanitarias hegemónicas y tradicionales la comunidad está dada por el hecho de que varias personas convivan en un área territorial y existan entre ellas ciertos intereses similares que con el transcurso del tiempo les dan una serie de características lo suficientemente significativas para permitir la diferenciación con otras comunidades. De esta forma, el elemento definitorio del concepto de comunidad está dado por un territorio compartido que históricamente va generando afinidades entre sus miembros.

Sin embargo, no es nada difícil observar cómo la pretendida libertad consensual o contractual de los grupos comunitarios encubre las desigualdades generadas por los procesos económicos de la producción y del consumo determinantes de todas las formas de organización social. Sólo en apariencia los miembros de la comunidad son iguales, pues el concepto de comunidad es mucho más que un espacio con afinidades humanas y naturales. Significa primordialmente lo popular, constituido por grandes grupos de asalariados, semiasalariados y no asalariados del medio

urbano y rural que viven en condiciones precarias de subsistencia y se encuentran sometidos a ciertas relaciones de enajenación en lo económico, lo político y lo ideológico. De ahí que el trabajo comunitario de las instituciones formadoras de agentes para la salud deba tener como norte estratégico la transformación de dichas condiciones, que causan y determinan el proceso de salud-enfermedad, reconociendo además la oportunidad de las comunidades de participar en los diferentes momentos de la planificación. Desde este punto de vista la participación comunitaria es un proceso de intervención activa de los grupos poblacionales en torno al análisis de sus necesidades, a la toma de decisiones sobre las acciones requeridas y al control y evaluación de dichas acciones.

EL CONCEPTO DE PRACTICA ODONTOLOGICA

La práctica odontológica es ante todo una forma peculiar de trabajo o, en términos de Parsons, un "subsistema ocupacional", y por lo tanto susceptible de ser analizada bajo formas históricas de la organización social. Dice Mendes Gonçalves⁶ que el trabajo médico, el objeto sobre el cual recae este trabajo, los medios de que se vale y las formas en que organiza la distribución de su producto no pueden comprenderse mediante la mimetización dada por una representación esquemática de la estructura profesional y social. Para dicho autor estas prácticas son sociales porque están orgánicamente integradas a la estructura social, constituyéndose en una infraestructura y superestructura del modo de producción.

A diferencia de la Medicina, la Odontología es una práctica mucho más reciente. Cuando apareció como tal, lo hizo en una forma independiente y discriminada para posteriormente constituirse en una actividad validada, regulada e integrada funcionalmente a una sociedad. La práctica odontológica ha cumplido su proceso de profesionalización, y por lo tanto se ha apropiado legal y socialmente de una parte del objeto de trabajo de la práctica médica: el componente bucal de la salud-enfermedad humana. En gran medida este proceso se relaciona con la obra de Pierre Fauchard, quien en 1728 escribió su obra *Le chirurgien dentiste*, y a la fundación de la primera escuela dental del mundo, The Baltimore College of Dental Surgery en 1840, cuyos primeros directores fueron los médicos Horace H. Hayden y Chapin A. Harris. El primero contribuyó a compendiar, sistematizar y desarrollar el conocimiento dental en pleno siglo de la charlatanería médica, y los segundos lograron por primera vez el reconocimiento y la protección del Estado para la legitimización y monopolización de dicho conocimiento. Se evitaba con esto que desde el exterior de la organización educacional se reclamara una pericia igual o superior. Sin embargo, es bueno destacar que para un proceso de profesionalización completo no es condición suficiente la escolarización. Parece también conveniente la credibilidad ciudadana en torno a la necesidad de la ocupación y de una cierta autonomía operativa.

Todavía algunos autores argumentan que la Odontología apareció como resultado de una división técnica del trabajo médico y que Fauchard, por su formación de cirujano, representa el eslabón de dicha ramificación. No obstante, esta idea no se corresponde con los hechos históricos. Razones como el desprecio social por el trabajo manual, la condena a todo acto que implicara derramamiento de sangre o manipulación del cuerpo humano, la evolución rudimentaria de los instrumentos y tecnologías que se relacionaban con una serie de procedimientos grotescos, permiten observar que la práctica odontológica como tal jamás hizo parte de la práctica médica. Al igual que la Cirugía durante la Edad Media -sociedad feudal-, había sido discriminada^{7,8,9,10,11,12,13,14,15}.

Dice Saturno Canelón que pasarían muchos siglos y se necesitarían profundos cambios sociales y amplios desarrollos científicos para que la profesión se levantara, al menos parcialmente, de aquella tremenda degradación. Agrega en la primera obra citada en este trabajo que paulatinamente, en un proceso cuyo grado de avance difiere de uno a otro país, la profesión empezó a ganar un perfil propio y un puesto al lado de la Medicina. Lentamente también ésta comenzó a aceptarla a su lado, pero como pariente pobre y un tanto bohemio a quien se mira por encima del hombro, y quien a su vez siente el complejo creado por aquella condición.

Las etapas que la práctica odontológica recorrió para el logro pleno de su profesionalización fueron:

1. Relevancia del Cirujano-Dentista sobre otros personajes que realizaban acciones dentales.
2. Producción y difusión de los conocimientos acumulados por parte de los cirujanos dentistas.
3. Organización y consolidación de las organizaciones gremiales.
4. Escolarización para el aprendizaje de la dentistería.
5. Inserción de las primeras escuelas o colegios dentales en los centros universitarios.
6. Edición y aplicación de leyes y reglamentos que garantizaran el monopolio del ejercicio dental.

Todas significaron grandes esfuerzos personales y gremiales que en más de una ocasión no tuvieron feliz culminación. Además, algunas pueden subdividirse, como la que se refiere al ingreso a los centros universitarios y en la cual encontramos dos pasos: el de un sojuzgamiento médico y el de una mayor autonomía. También es importante señalar que algunas de estas etapas se presentaron simultáneamente.

Componentes y funciones de la práctica odontológica

Componentes: 1) El productor de recursos humanos. Se refiere a aquellas instituciones encargadas de formar profesionales y auxiliares odontológicos. 2) El prestador de servicios. Se refiere a aquellas instituciones o subsectores de la oferta encargados de prestar atención al público. 3) El legitimador. Se refiere a aquellas organizaciones del gremio cuya función consiste en legitimizar la ideología profesional y propugnar frente al Estado por el monopolio operativo.

Funciones: Estos componentes cumplen con lo que podríamos llamar funciones internalizadas derivadas de sus relaciones con la estructura sanitaria, es decir, aquellas que se refieren a los procesos educativos y asistenciales (producción de recursos, de servicios y de conocimientos). Pero la práctica odontológica cumple otras funciones derivadas de sus relaciones con la estructura social.

La función económica: aquella que está determinada por la naturaleza de la producción capitalista y que consiste en que por medio del acto odontológico se contribuye a la productividad y al mantenimiento de la fuerza de trabajo. 3) En esta misma función la práctica odontológica también sirve como consumidora e intermediaria de los productos del complejo odontológico industrial. Finalmente, la propia organización de los servicios está dominada por la economía capitalista que, asumiendo la forma de un negocio, se rige por la ley de la libre oferta y demanda.

La función ideológica y política: aquella por medio de la cual la práctica odontológica avala la ideología del Estado y de la sociedad capitalista, así como sus definiciones sobre el proceso salud-enfermedad y de la propia práctica. De otra parte, como las demás prácticas sanitarias, actúa en representación del Estado en las instituciones de los servicios permitidas y modeladas por la sociedad capitalista.

Teniendo en cuenta lo anterior, parece superfluo que la práctica odontológica continúe siendo definida como la medicina de la boca, que tiene bajo su cuidado las enfermedades, lesiones y deformidades de ésta y de los órganos y tejidos que se encuentran en íntima relación; o considerada como ciencia, técnica y arte cuya finalidad es responder por la presunta "salud bucal" de las personas. Todo esto está en franca oposición con los hechos históricos y epistemológicos, que demuestran un origen y una organización profesional al margen de la Medicina y una clara diferenciación con los conceptos de ciencia, técnica y arte.^{16,17}

EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

La salud y la enfermedad humana son dos estadios que se encuentran en unidad y oposición. Ambos coexisten, trátase de un organismo o de una sociedad, y hacen parte de un proceso mucho más amplio como lo es el de la vida y la muerte. El predominio de la salud sobre la enfermedad o viceversa es el producto de una serie de cambios sociales, anatómicos, fisiológicos y psicológicos presentados tanto en un individuo como en la sociedad.

El proceso salud-enfermedad es una cualidad de los seres vivos y una expresión particular de la vida social humana: es al mismo tiempo un fenómeno biológico y social, pero la dimensión social constituye su eje explicativo fundamental. Requiere un estudio histórico de las características sociales en las que vive y se desarrolla el hombre.

Se sabe que la exposición a los riesgos de enfermar y morir, la interpretación de la salud y la enfermedad y la forma en que se resuelven los problemas relacionados con estos estadios no son iguales en todos los individuos porque no todos pertenecen a los mismos grupos o clases sociales, ni conviven bajo las mismas condiciones geográfico-ambientales.



El proceso salud-enfermedad culmina en un predominio de la enfermedad y, por ende, con la negación de la vida misma. Como lo decía Quevedo -nutrido de sabiduría estoica y continuador de Montaigne-, "el hombre mientras vive, muere", y agregaba de una manera punzante que "cada año de vida es de muerte, y tanto menos tendrá que morir quien menos vive... del vivo al muerto no hay otra diferencia sino que el vivo está muriendo cada día y el otro la postrera hora. El que muere no tiene más que morir, y el que vive tiene que morir más".¹⁸ Con Quevedo podemos apreciar la triple dimensión del tiempo que se escapa durante la vida: lo pasado que ya no es, lo futuro que todavía no es y lo presente que es, pero se está yendo, o mucho más preciso, que es el límite movedizo entre el pasado y el futuro.

EL CONCEPTO DE ODONTOLOGIA INTEGRAL

La Odontología Integral es una actitud, un enfoque, un medio y un propósito. ACTITUD porque requiere un compromiso de acción para la solución de los problemas bucales en la comunidad y un reconocimiento autogestionario de ésta. ENFOQUE porque requiere un abordaje y comprensión totalista o integral de los seres humanos, es decir, el reconocimiento de las dimensiones biológica, psicológica y social que operan tanto en el proceso salud-enfermedad como en su perfil distributivo. MEDIO porque bajo la aplicación de diferentes conocimientos y metodologías puede comprender y transformar su objeto de trabajo y a sí misma. PROPOSITO porque requiere una sólida formación académica, humanística y ética que le permita a los profesionales la aplicación de niveles superiores del conocimiento para correlacionar su trabajo específico con los aspectos generales que lo determinan de una manera inter y multidisciplinaria.

Para formar profesionales con tales características se necesita un manejo conceptual, metodológico y técnico integrado que los enfrente científicamente a la realidad biológica y social. Deben poseer y practicar una mirada global de su objeto de trabajo y de su propia práctica. Con lo anterior no se pretende decir que tengan un pleno dominio sobre cada una de las áreas y disciplinas que se requieren para abarcar una realidad tan compleja constituida por el proceso salud-enfermedad y la evolución social de su propia práctica.

La Clínica Integral

La Clínica Integral es un nivel abstracto de la práctica odontológica y su objeto de trabajo está definido por la dimensión clínico-individual de los seres humanos. Su finalidad es la comprensión y transformación de aquellos procesos que se presentan en el componente bucal y que inciden en la salud y la enfermedad.

Por medio de ella se aplican y desarrollan una diversidad de conocimientos biomédicos y biosociales que permiten la identificación, el diagnóstico, la prevención y el tratamiento (curación y mantenimiento) de las enfermedades del componente bucal. La Clínica Integral requiere un trabajo inter y multidisciplinario, interestamental e intersectorial que propicie una organización efectiva de los sistemas de atención.

Es también un medio para la enseñanza-orientación del método clínico y sus relaciones con otros métodos con el fin de producir un profesional calificado y un efecto positivo en los perfiles socioepidemiológicos de la comunidad. Para su organización y ejecución se deben tener en cuenta diferentes frentes de trabajo determinados por variables fisiológicas, geográficas y sociales identificables en los pacientes. En la Clínica Integral participan distintos agentes sanitarios y varios pacientes, y su organización académico-administrativa no debe derivarse de las diferentes disciplinas reconocidas por la práctica odontológica. Con lo anterior se quiere decir que la clasificación y aceptación de los pacientes no tiene como finalidad la pesquisa y utilización de casos para la aplicación de las diferentes biotécnicas, ya que lo que se busca durante la formación de los recursos humanos no es un rendimiento meramente cuantitativo de unidades simples de trabajo, tales como superficies de amalgamas, coronas individuales, puentes fijos o removibles, etc., sino un progreso cuanti-cualitativo que identifique y modifique las necesidades y diferencias tanto de los estudiantes como de los pacientes. Por tal razón, los requerimientos fundamentales están dados por la capacidad de aplicación del método clínico en sus niveles de diagnóstico, tratamiento y pronóstico para la solución gradual o definitiva de los problemas encontrados. Es por medio de la atención de los problemas estomatológicos -considerando al paciente como una totalidad- como se deben orientar, enseñar y aplicar integradamente actitudes, conocimientos y biotecnologías.

Para una cabal evaluación del desempeño en las clínicas integrales (todas las clínicas deben ser integrales) es necesario tener en cuenta la actitud del equipo de trabajo (profesores, estudiantes, auxiliares, etc.) hacia los pacientes. También, y de manera simultánea, debe observarse la capacidad de compromiso y manejo de los aspectos administrativos y estratégicos que facilitan la ejecución y evaluación del trabajo clínico.

En resumen, la Clínica Integral es el dominio y aplicación de los conocimientos biomédicos, socioepidemiológicos, sociales y de las diferentes biotecnologías de tipo odontológico en uno o varios pacientes, con el fin de producir cambios cualitativos en el componente bucal para favorecer la salud humana. Para tal propósito se requiere un equilibrio razonado entre los conocimientos generales y los especializados, lo que significa que el clínico integral no es necesariamente aquel que conoce y aplica el mayor número de conocimientos y biotecnologías. Tal pretensión, la de un "todólogo" o "todero", es una verdadera utopía debido a la cantidad y complejidad de los conocimientos y biotecnologías. No obstante, tampoco se requiere ser un genio para conocer y aplicar los enfoques y métodos integradores de los conocimientos y de las biotecnologías.

Lo anterior no es nada sencillo de comprender debido a la existencia de obstáculos epistemológicos que constantemente aparecen y que son generados, por regla general, por los círculos de especialistas, que no ven otra manera de enseñar distinta al flujo disciplinario. Esta negativa circunstancia ha obligado durante las últimas décadas a un considerable número de odontólogos generales a profundizar en los conocimientos especializados para poner en práctica las clínicas integrales. Pero también se puede decir que en varios países y facultades de Odontología del contexto latinoamericano y del Caribe los especialistas se han venido integrando a este enfoque de las clínicas integrales. La definición del objeto de trabajo de una manera multidimensional y el trabajo inter y multidisciplinario han potenciado aún más la capacidad de orientación-enseñanza de los generalistas y especialistas y el aprendizaje en los estudiantes y en los pacientes.

La Investigación en la Clínica Integral

La investigación clínica es una instancia de la investigación científica en general y de la investigación biomédica en particular. Abarca aspectos biológicos, socioepidemiológicos, de laboratorio, administrativos y aquellos derivados de la relación entre los agentes sanitarios y los pacientes. Ejemplo de los primeros serían, entre otros, los relacionados con la historia clínica, la aplicación de las biotecnologías y la percepción-reacción de los pacientes frente a la morbilidad y la prestación del servicio. Ejemplo de los segundos serían, entre otros, los relacionados con la desmonopolización y la transferencia de los conocimientos, la aplicación de biotecnologías alternas y la utilización del personal auxiliar como un mecanismo de redistribución de las funciones.

Las investigaciones en la Clínica no deben limitarse a aquellos fenómenos biológicos que reclaman la aplicación exclusiva de los conocimientos básicos biomédicos y del método experimental; por el contrario, es posible aplicar diferentes métodos de indagación científica que dependen de los variados y complejos problemas que se presentan en la atención de los pacientes. Además, los proyectos de investigación en las instituciones formadoras del recurso humano deben tener en cuenta los planteamientos explicitados en los currículos y las necesidades en salud de la comunidad. Por lo anterior puede pensarse que este tipo de investigaciones pasan por ciertos niveles de regulación dentro de lo que podríamos denominar una planificación estratégica de los subsistemas educativos y sanitarios.

Así mismo, para el desarrollo de la investigación en las clínicas integrales se requiere, además de un entrenamiento formal y de experiencia, interés genuino, independencia crítica, tenacidad, escepticismos, creatividad, capacidad autocrítica y mucho compromiso.

Tratamiento Integral

El tratamiento integral es el análisis, ejecución y evaluación académica-administrativa de las biotecnologías odontológicas según el estado del componente bucal observado en cada uno de los pacientes. Es un conjunto coherente de explicaciones, estrategias y acciones clínicas factibles de ser realizadas por varios actores sanitarios. Dichas tareas no pueden ser confundidas con un listado de requerimientos laborales o académicos predeterminados.

Los logros de los tratamientos integrales estarán representados por la coherencia y la capacidad de integración entre los conocimientos y la ejecución seriada de acciones clínicas concertadas entre las instituciones prestadoras del servicio y los pacientes.

La etapa resolutive

El concepto de etapa resolutive¹⁹ tiene el propósito de evaluar los tratamientos que ya han sido concluidos o están en franco camino hacia su conclusión. Sirve de límite entre las exigencias esenciales y las exigencias diferibles o postergables. Bajo este concepto se le reclama fundamentalmente a los actores odontológicos el haber aplicado los conocimientos y las biotecnologías adecuadas en los pacientes en el momento de la evaluación.

Con la etapa resolutive se busca mantener la idea de una práctica clínica integral que evita en los pacientes las mediciones fragmentarias y descontextualizantes que dan importancia única y exclusivamente al número de acciones y de unidades de trabajo terminadas.

La atención clínica

Bajo los criterios de la Clínica Integral es importante reconocer y aplicar nuevos sistemas de atención desarrollados en varios países latinoamericanos y del Caribe que han permitido una estrategia de simplificación y de biotecnologías alternantes. Tal estrategia se reconoce como un proceso crítico y creativo destinado a liberar los recursos humanos y ambientales, las acciones y las biotecnologías que se necesitan durante la práctica clínica integral. De esta forma se eliminan los componentes y los pasos innecesarios que hacen de lo clínico algo inalcanzable para la gran mayoría de la comunidad. La simplificación y la aplicación de biotecnologías alternas no contradice la oportunidad y la calidad de los trabajos realizados. Pero para tal posibilidad los sistemas de atención clínica demandan modificaciones en los equipos, instrumental, materiales dentales, biotecnología, etc., empleados en los sistemas tradicionales. Más importante aún, reclama de una concientización de los actores sanitarios para favorecer el ejercicio inter y multidisciplinario.

El problema biotecnológico

Derivada de una reformulación de la práctica odontológica, hay que definir una posición sobre el problema biotecnológico. Es común en la práctica odontológica hegemónica y tradicional pensar que las distintas biotecnologías sólo intentan mejorar el rendimiento y la calidad de los tratamientos para modificar positivamente los perfiles socioepidemiológicos de tipo bucal. Pero esto, a pesar de las notorias, complejas y abundantes biotecnologías odontológicas, no ha sido posible para el contexto latinoamericano y del Caribe. Lo "biotécnico" ha sido cosificado; sólo se mira el instrumento, el material, el procedimiento, etc. en sí mismo. Se ha considerado por lo tanto a las biotecnologías como cosas exentas de conceptualizaciones, lo que les daría una presunción de validez universal y una amplia capacidad de beneficio social.

Ahora bien, cabe preguntarse si nuestros deplorables perfiles socioepidemiológicos se derivan de la ausencia de biotecnologías. Existen dos vertientes explicativas que nos hacen responder que no: la primera está dada por la gran cantidad y complejidad de biotecnologías existentes, y la segunda porque consideramos que el proceso salud-enfermedad humano está primariamente sobrecondicionado por la vida social.

Solares describe críticamente el papel de las industrias productoras de biotecnologías odontológicas en el proceso de profesionalización de la práctica odontológica. Dice que "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, reduciéndose su armamentario tecnológico a lo indispensable para oficios de urgencia, principalmente de exodoncia. Ya a finales de este siglo, cuando la industria estadounidense se expande vertiginosamente, también la 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... 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".²⁰

Lo criticable no es, pues, la tecnología en sí misma, que sabemos forma parte del desarrollo de las fuerzas productivas, sino la tendencia cientifista y tecnologista derivada de una expresión ideológica que predetermina el deber ser de la práctica hegemónica y tradicional y subvalora el conocimiento social y humanista por considerarlos no científicos y, por lo tanto, innecesarios.

También vale la pena señalar cómo el desarrollo biotecnológico en la Odontología ha sido desigual en cuanto a los niveles y acciones de la atención. La curación-rehabilitación ha sido privilegiada en detrimento de la promoción-prevención. Todavía son poco significativos en comparación con los abigarrados paquetes biotecnológicos sobre las enfermedades bucales, los que van dirigidos hacia la prevención y causalidad. El interés ha estado, pues, centrado en saber cada vez más sobre los efectos de las enfermedades y sus tratamientos. P.H. Keyes afirmaba que "cualquiera que haga una comparación entre los servicios que ofrece la profesión odontológica para reparar la dentadura deteriorada, con los servicios que ofrece para prevenir y detener las enfermedades dentales destructivas, tendrá que concluir que hay una considerable desproporción entre las dos ofertas, sobrepasando los procedimientos reparativos a las medidas de prevención de las enfermedades".²¹ Al respecto, la práctica odontológica hegemónica y tradicional aún puede ser acusada bajo el mismo cargo formulado por Kirkland en 1925: "Si la caries dental y la enfermedad periodontal pueden ser prevenidas, y pueden serlo, entonces alguien debe ser culpado por la aterradora pérdida de la dentadura y la débil salud que resulta de estas enfermedades prevenibles."²² Sesenta y cinco años después, estamos presenciando el mismo juicio.

UNA PROPUESTA METODOLOGICA: LA PLANIFICACION ESTRATEGICA O SITUACIONAL

Gómez Castellanos²³ sostiene que la base conceptual de un proceso de transformación de la práctica odontológica está dada por la Estrategia de Atención Primaria en Salud formulada en 1978 en la Declaración de Alma Ata, y agrega que la fundamentación metodológica debe basarse en la planificación estratégica o situacional expuesta por Carlos Matus en varias de sus obras.

En efecto, la posibilidad de una reformulación de la práctica odontológica tiene que pasar por un proceso planificado en el cual las acciones no deben ser realizadas por un solo tipo de protagonistas, de manera individual y autoritaria. Por el contrario, debe ser un proceso orgánico que considere a un conjunto de decisiones integradas y compatibles entre sí. Debe ser una actividad colectiva que congenie adecuadamente la experiencia y la formación científico-técnica de los diferentes actores participantes. A su vez, estos deben planificar teniendo en cuenta que son parte de la realidad, lo que hace entonces inaceptable la presunta división entre el sujeto y el objeto de la planificación. De esta manera, el sujeto siempre hace parte de la realidad, que contiene a su vez otros actores que colaboran, contemplan o contrastan

Todo proceso de transformación planificada debe tener en cuenta cuatro cuestiones: conocer la realidad desde varias perspectivas situacionales, definir o diseñar una direccionalidad hacia una situación aspirada; observar las posibilidades de dicha direccionalidad para sortear las restricciones y obstáculos de la realidad, y abordar los aspectos de la operacionalidad en cuanto a lo que se debe y se puede hacer hoy y cada día cuando sea hoy, con el objeto de avanzar hacia una situación definida como objetivo. Carlos Matus ha expuesto en sus obras lo que considera como los diferentes momentos de la planificación estratégica^{24, 25, 26}

- M1: MOMENTO EXPLICATIVO (FUE, ES, TIENDE A SER)
- M2: MOMENTO NORMATIVO (DEBER SER)
- M3: MOMENTO ESTRATEGICO (PODER SER)
- M4: MOMENTO TACTICO OPERACIONAL (HACER)

Dichos momentos se pueden presentar en cadena continua o en cualquier orden y cada uno de ellos abarcar a los demás. Esta es una de las tantas diferencias con la planeación tradicional que procura una secuencia lineal dada por un diagnóstico, una formulación de un plan, una aprobación, una ejecución y un control-evaluación.

El momento explicativo

Para una práctica odontológica alternante la explicación de la situación en la que se encuentra la Odontología le significa reconsiderar un conjunto de circunstancias relevantes que han determinado su evolución. Esta explicación no sólo consiste en la elaboración de hipótesis sobre algunos procesos que generan problemas claramente

identificados sino que es necesario también establecerles a éstos su valor jerárquico o teórico-práctico. La importancia de identificar y jerarquizar los problemas estriba en la constitución de una realidad insatisfactoria que requiere de un movimiento social de transformación. La valoración de cada uno de los problemas facilita de inmediato un abordaje coherente determinando la selección de unos y la postergación de otros.

A manera de ejemplo los siguientes problemas pueden hacer parte de un análisis de la situación inicial para una propuesta transformadora de la práctica odontológica:

1. Definición y naturaleza de la práctica odontológica (¿trabajo social, ciencia, técnica, arte?).
2. Definición y naturaleza del objeto de trabajo de la práctica odontológica (el proceso salud-enfermedad humano: ¿fenómeno social o fenómeno biológico?).
3. Caracterización de los perfiles epidemiológicos generales.
4. Definición y naturaleza del concepto de comunidad y de participación comunitaria.
5. Definición y caracterización de la educación, modelos pedagógicos y medios-técnicas de enseñanza.
6. Caracterización de la oferta y la demanda sociales de la práctica odontológica.
7. Identificación de los actores sociales respecto a los proyectos que se pongan en juego a partir de la definición de los problemas señalados como importantes y las formas como han sido explicados.

El momento normativo

Es la instancia del diseño de un plan en donde se precisa el deber ser de una realidad analizada. Contiene los lineamientos, criterios, operaciones, acciones y subsecciones.

El plan señala una direccionalidad que se expresa por medio de un arco direccional. Las estrategias consistirán en un sorteo de obstáculos para crear y recorrer un camino ("Se hace camino al andar"). Por medio de la argumentación y consistencia del plan se define una direccionalidad de acciones que representan su aspecto normativo (deber ser). Las acciones de un plan permiten la convocatoria a la participación colectiva.

En este momento los actores sociales manifiestan su voluntad de cambiar la realidad señalando lo más claramente posible hacia dónde se pretende llegar, qué tipo de práctica se desea, cuáles son sus características fundamentales y cuáles son las metas y objetivos del plan. De ahí el que un plan sea primariamente un acto político que se fundamenta sólo en parte en el conocimiento científico para marcar una direccionalidad. Es un instrumento para hacer conciencia y buscar consensos sobre la magnitud e imperiosa necesidad de solucionar determinados problemas y alcanzar ciertos objetivos.

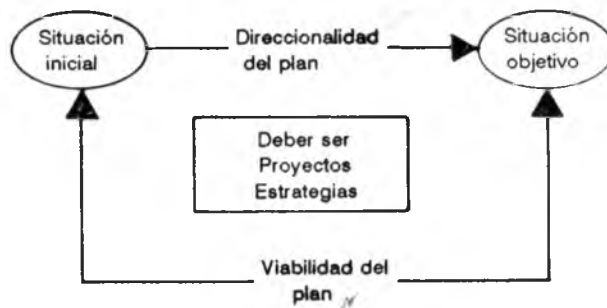
La direccionalidad de un plan se basa en tres tareas: la selección de los problemas, la selección de los medios para enfrentar dichos problemas y la búsqueda de los resultados como consecuencia de la aplicación de los medios. Así se constituye un programa direccional que asume la explicación de un punto de partida (situación inicial) para seleccionar los problemas a transformar, precisar los proyectos de acción y esbozar una situación deseada, alcanzable por medio de los proyectos de acción. Un programa direccional puede expresarse de la siguiente manera:

PA = Proyectos de acción
 SI = Situación Inicial
 PR = Problemas encontrados en la situación inicial
 SO = Situación objetivo



(En el supuesto de que la situación resultante (SO) sea igual a la situación objetivo.)

Además de la direccionalidad de un plan se debe tener en cuenta su viabilidad, consistente en la exploración de si son o no posibles los proyectos señalados como necesarios. Direccionalidad y viabilidad son dos pruebas distintas e independientes que constituyen el fundamento de la planificación en su instancia de conocimiento que sirve como mediación entre la realidad y la acción.



Debido a la existencia de elementos y circunstancias que favorecen o entorpecen la viabilidad de un plan, es necesario construir un programa direccional por medio de una serie de aproximaciones sucesivas que se corrigen constantemente. El programa tiene siempre un carácter provisorio, sujeto a un permanente perfeccionamiento de tal manera que la situación objetivo -hacia donde se pretende llegar- es una guía para los procesos de cambio y las normas por medio de las cuales los actores sociales buscarán una adhesión programática.

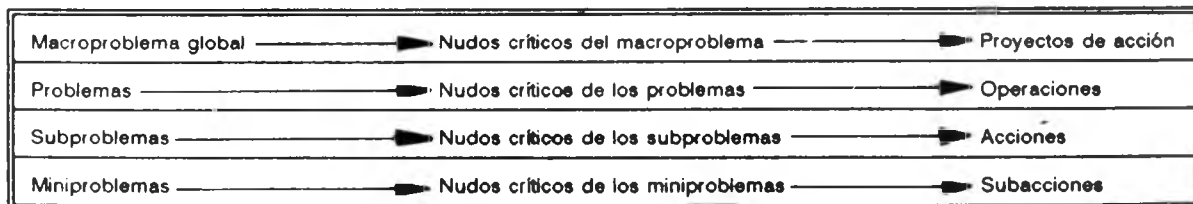
Ya se ha dicho que el momento explicativo de la situación inicial -punto de partida- tiene como objetivo identificar y explicar los problemas presentes y sus diferentes nudos críticos. Hacia estos nudos críticos van dirigidas las iniciativas representadas por proyectos, planes, operaciones, acciones y subacciones para resolver los problemas seleccionados y jerarquizados y perfilarse hacia una situación objetivo con probabilidad razonable de logro.

La planificación estratégica o situacional en la búsqueda de los cambios de una realidad problemática también construye afirmaciones, expresiones calificatorias, declaraciones, directrices y compromisos para la acción. Acerca de estos últimos, según C. Matus es necesario el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Definir claramente a los responsables directos de cumplirlos y a los destinatarios de los beneficios o sacrificios.
2. Precisar los medios concretos que se utilizarán para alcanzar los efectos y resultados previstos.
3. Prever en dirección y alcance los resultados esperados con relación a los nudos críticos componentes de los problemas que se intenta enfrentar
4. Responder en el momento del compromiso a intenciones de producir los resultados que se enuncian, ya que un evento producido por accidente, por error o inadvertidamente puede alcanzar resultados inesperados positivos o negativos
5. Exigir una aplicación de recursos. Algunas operaciones son exigentes en recursos de poder, otras en recursos económicos, y también existen operaciones exigentes en ambos tipos de recursos.
6. Establecer el horizonte de tiempo en que debe ejecutarse y en el cual se propone alcanzar los resultados.

Como puede observarse, los compromisos para la acción se distinguen claramente de actos esporádicos e imprecisos tales como recomendar, adoptar, anunciar, etc. Los compromisos para la acción difieren sustancialmente de aquellos de contenido vago e indefinido.

Seleccionados y jerarquizados los diferentes problemas y establecidos sus nudos críticos, se deben corresponder con diferentes momentos de acción tal como se establece en el gráfico siguiente:



Algunos compromisos para la acción:

1. Sensibilización o motivación para el cambio (conferencias, foros, seminarios, talleres, estudio prospectivo, etcétera)

2. Constitución institucional de grupos de estudio y de producción de propuestas sobre los temas y problemas más relevantes.

3. Elaboración y aprobación de proyectos para que la institución formadora del recurso humano, previa participación activa de los estamentos, enfrente los diferentes problemas y sus nudos críticos con algunas explicaciones sobre ellos que permitan la elaboración de un programa direccional.

El momento estratégico

Por medio de este momento se intenta dar una respuesta dialéctica entre lo necesario y lo posible de un plan, entre el deber ser y el poder ser. Intenta resolver la capacidad política, económica y organizativa para ejecutar los proyectos, planes, operaciones, acciones y subacciones.

Por razones que ya han sido enunciadas es lógico suponer que en toda propuesta de cambio aparecen una serie de restricciones frente a las cuales los actores sociales pueden asumir diferentes posiciones:

Aceptarlas: limitarse a lo que sólo es posible hacer. Lo anterior significa que los cambios no serán sustanciales, perpetuando así el continuismo.

Superarlas: aumentar la capacidad de acción estratégica (viabilidad) para el logro de un cambio sustancial.

Ignorarlas: actuar como si estas restricciones no existieran y emprender proyectos aventureros.

Una propuesta de práctica odontológica alternante siempre deberá pensarse en términos de superación de obstáculos o restricciones. Para tal fin, las estrategias empleadas pueden y deben ser de tres tipos:

De cooperación: supone negociaciones para acordar vías comunes de acción. Se cede parte de los intereses en beneficio de un resultado buscado, esperado y concertado.

De cooptación: implica que unos actores sociales ganen la voluntad de otros, ya sea por su capacidad ideológica, peso político o su fuerza de argumentación.

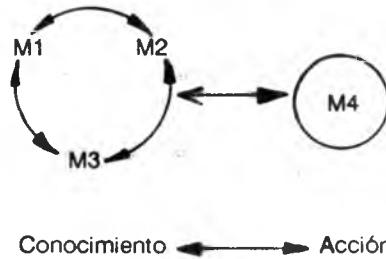
De confrontación: dirime por medio de la fuerza la capacidad de actuación frente a los proyectos y operaciones concretos.

Estos tres tipos de estrategias no son excluyentes y, por el contrario, pueden combinarse según las coyunturas que se vayan presentando. Lo que sí debe quedar muy claro es que no conducen a una misma situación-objetivo, como si sólo se tratara de diferentes estilos para un mismo propósito. La escogencia de uno u otro tipo de estrategia va a depender de factores tales como la voluntad manifiesta de cumplir los planes en un plazo determinado a pesar de los conflictos que se generen, del valor de un proyecto y de los diferentes intereses de las personas participantes y del significado estratégico para el logro de unos propósitos de acción.

El momento táctico operacional

Este momento aparece como mediador entre el conocimiento y la acción. Mantiene una relación activa entre la velocidad de actuar y los cambios que se van presentando. El aprendizaje de la relación plan-realidad es lo que nos permite mejorar la capacidad de cálculo para planificar en un proceso incesante y permanente de retroalimentación con lo que está ocurriendo. Aprender la situación en la coyuntura y actuar; volver a apreciar la situación y actuar de nuevo o esperar. Esa es la mecánica dinámica del momento táctico operacional.

El plan está, pues, constituido por una parte previa a la acción, pero también permite la improvisación sobre el momento en que se actúa, direccionada y condicionada por los propósitos del plan.



El momento táctico-operacional establece como criterio básico que nadie puede calcularlo todo, con todo detalle y con toda precisión. Por eso, atenerse sólo a los cálculos previos sin dejar espacio al cálculo y al ajuste momentáneo, sería una camisa de fuerza que le daría absoluta preponderancia a la realidad inicial sobre la realidad del momento.

Como puede verse, la planificación estratégica o situacional permite una crítica a la planeación tradicional que, por regla general, es la utilizada en la práctica odontológica hegemónica y tradicional. Los proyectos de cambio de esta práctica han sido impotentes para servir a una reconceptualización, tanto de su objeto de trabajo como de la propia práctica, debido, en parte, a la ausencia sistemática de un cuerpo teórico-metodológico que explique científicamente los problemas que se ha propuesto abocar. Pero también se explica por la inconsecuencia e insinceridad entre sus propósitos y sus actuaciones. Así ocurrió, por ejemplo, con la propuesta de una "Odontología Social" formulada por Blackerby y otros autores durante la década del sesenta y que posteriormente fue abandonada.²⁷

CONCLUSIONES

América Latina y el Caribe atraviesan por la crisis socioeconómica y política tal vez más aguda del presente siglo. Esta crisis es el resultado de la acumulación social de una serie de factores que han echado raíces profundas en cada uno de nuestros países. Podemos afirmar que bajo el modelo de producción capitalista internacional el desarrollo de algunos países sigue significando el atraso y la pobreza de otros, características reflejadas hoy en la incapacidad de pago de lo que se ha dado por llamar la deuda externa, la que todos debemos pagar pero de la que no todos nos beneficiamos.

No obstante, las crisis con todas sus implicaciones son importantes en la medida en que representan desafíos para la búsqueda de nuevos modelos económicos, sociales y de participación comunitaria. Las crisis se trastocan en esperanzas cuando son asumidas como realidad que llama a nuestros pueblos a asumir su propio futuro. Y esta voluntad de cambio debe ir más allá de los pensamientos y proyectos individuales para convertirse en pensamientos y proyectos colectivos.

Ahora bien, las relaciones sociales, los procesos de trabajo, los procesos de consumo, las condiciones de vida, etc., son elementos claramente identificables en la maraña de hechos que caracterizan nuestras formas de enfermar y de morir, haciendo que los gastos y acciones en el sector de la salud logren exiguos y hasta reversibles impactos. Frente a tal circunstancia nuestras universidades han preferido un movimiento pendular entre lo que son y lo que deben ser, entre la capacitación-adiestramiento y la formación que demanda un compromiso de acción frente a la sociedad. Si ya ha sido suficientemente argumentado y demostrado que el proceso salud-enfermedad humano es un hecho primordialmente social, cabe entonces preguntarse por qué aún nuestras universidades no educan al recurso humano para la salud bajo esta premisa, en y con la comunidad.

La época no da, pues, para seguir contemporizando con el "síndrome del bikini", consistente en seguir ocultando la esencia de nuestros problemas. La realidad latinoamericana y del Caribe reclama compromisos para la acción que propicien nuevos espacios sociales y nos conduzcan hacia un futuro de dignidad y democracia.

REFERENCIAS

- (1) GOMEZ PINTO, VICTOR. La Odontología en América Latina y en el Caribe. Revista *Actualidad Odontológica*. Año X, Nº 34-35. Enero-Junio 1989.
- (2) SOLARES, JORGE. Salud, Tecnología y Universidad. Tomado de *La universidad latinoamericana y la salud de la población*. OPS/OMS. UDUAL-ALADEFE. Quito, noviembre de 1989.
- (3) y (4). La universidad latinoamericana y la salud de la población. OPS/OMS. UDUAL (Aladefe-Alafem-Ofedo). Quito, Ecuador. Mayo 1989.
- (5) GEIRINGER, ALBERTO. La práctica odontológica en Venezuela. Alfa Impresores. Valencia. Venezuela, 1989.
- (6) MENDES GONGALVES, RICARDO. Medicina e Historia. México D.F. Siglo XXI. 1984.
- (7) GUTIERREZ, JESUS; ALFONSO DELGADO. Reseña histórica del Colegio Dental de Bogotá. Publicación de la Federación Odontológica Colombiana. Bogotá, 1987.
- (8) CANELON, SATURNO. Enseñanza odontológica y subdesarrollo. Universidad Central de Venezuela. Caracas, 1974.
- (9) _____. Odontología y Sociedad. Universidad Central de Venezuela. Caracas, 1981.
- (10) RAOLA SASTRE, JOSE. Los profesionales odontológicos en los siglos XIV y XV en Barcelona y la Casa Real de Aragón. Boletín de Información Dental 37 (289): 11 julio-agosto 1978.
- (11) GONZALEZ IGLESIAS, Julio. Los Borbones y el desarrollo de la Odontología en España. Boletín de Información Dental. Edición extraordinaria (63), 1978.
- (12) LERMAN, SALVADOR. Historia de la Odontología y su ejercicio legal. Buenos Aires. El Ateneo, 1942.
- (13) LUFKIN, ARTHUR. Historia de la Odontología. Philadelphia. Lea and Febiger, 1948.
- (14) WEINBERGER, BERNARD. Historia de la Odontología. St. Louis, C.V. Mosby Company. 1948.
- (15) BREMMER, M.D.K. Historia de la Odontología. New York, S.E. 1939.
- (16) PAYARES, CARLOS. Salud oral o las paradojas de la práctica odontológica. Universidad de Antioquia. Medellín, 1989.
- (17) _____. El modelo docencia-servicio-investigación: paradigma de la práctica odontológica alternante. Universidad de Antioquia. Medellín, 1989.
- (18) WAGNER DE REYNA, ALBERTO. Analogía y evocación. Editorial Gredos. Madrid, 1976.
- (19) PIERUZZI, ELBANO. La Clínica Integral de Adultos de la Facultad de Odontología. Universidad Central. Caracas, 1986.
- (20) SOLARES, JORGE. Salud, Tecnología y Universidad. Tomado de *La universidad latinoamericana y la salud de la población*. OPS/OMS. Quito, noviembre de 1989.
- (21) y (22) Prevención integral en Odontología. Cerón. Caracas. Venezuela, 1981.
- (23) GOMEZ CASTELLANOS, ALFREDO. La práctica odontológica en América Latina. Santo Domingo, República Dominicana. 1990.
- (24) MATUS, CARLOS. Política y Planificación. Iveplan. Caracas, 1984.
- (25) MATUS, CARLOS. Estrategia y Planificación. Siglo XXI. México D.F., 1985
- (26) MATUS, CARLOS. Política, Planificación y Gobierno. OPS. Washington. D.C., 1987
- (27) PAYARES, CARLOS; LUIS ALBERTO ARANGO. La Odontología Integral: la evolución de un concepto en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Facultad de Odontología. Medellín. 1989.

PARTICIPACION DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA DE IRAPUATO EN PROYECTOS Y PROGRAMAS DE ATENCION PRIMARIA Y DESARROLLO RURAL

Juana Fernández R.; Margarita Arenas C.; María Elena Ledesma
MEXICO

I. CONTEXTO DE LOS PROYECTOS Y PROGRAMAS

México como otros países de América Latina se caracteriza por su alto crecimiento demográfico y se ubica en el continente como uno de los países más extensos. Actualmente cuenta con una población aproximada de 73 millones de habitantes (1982), de la cual el 33 % corresponde a la población rural. Se da un crecimiento demográfico anual de 4,2 % (1970-1981), lo que hace proyectar que para 1990, la población rebase los 90 millones de habitantes. Para 1985 la tasa de natalidad fue de 32 nacimientos por cada 1000 habitantes, mientras que la tasa de mortalidad general fue de 6,2 por cada 1000 habitantes. Las causas registradas se encuentran agrupadas en 3 apartados: enfermedades transmisibles, no transmisibles y accidentes, siendo las enfermedades infecciosas y parasitarias las responsables del 50 % de las defunciones.

En términos de desarrollo, se puede decir que el país se encuentra en un proceso acelerado de crecimiento básicamente en el sector secundario, teniendo las características de desigual y combinado; esto significa que se fortalecen áreas productivas y territoriales minoritarias en detrimento de otras mayoritarias y menos dotadas, por lo que se puede hablar de zonas desarrolladas y otras marginadas de este proceso.

Ante esta situación de cambios constantes existe una demanda acelerada de vivienda, educación, servicios, alimentación, salud, seguridad y en general de un ambiente sano. Sin embargo, aun cuando los esfuerzos por alcanzar un nivel de bienestar en la población han sido constantes y continuos los avances y resultados son insuficientes, ya que el país continúa en una situación de crisis que afecta a todo el sistema.

Las estadísticas vitales de México revelan, por un lado, el atraso sanitario y la carencia de satisfactores básicos que afectan sobre todo a la niñez, ocasionando las altas tasas de mortalidad infantil y el problema tan grave de la desnutrición, por otro lado se encuentran la inseguridad e insalubridad laborales que causan un gran número de muertes en el grupo de edad productiva, la inaccesibilidad a los servicios básicos de salud, los constantes movimientos migratorios, el desempleo o subempleo, la escasa oportunidad en materia de educación y la reducida cobertura de los servicios de salud para la mayoría de la población.

El Plan Nacional de Desarrollo puesto en marcha a partir de 1988 refleja al igual que en sexenios pasados el interés del gobierno por mejorar esta problemática y señala entre sus políticas sectoriales el deseo de lograr un desarrollo rural integral. Así mismo, la Constitución política en su artículo 27ª promueve el desarrollo rural como medio para lograr la existencia de una democracia integral en la sociedad mexicana y el artículo 4ª constitucional eleva como derecho social la protección a la salud.

Circunscribiéndonos en el estado de Guanajuato, este se encuentra localizado en la parte central del territorio nacional, cuenta con 30 589 km², y una población aproximada de 3 375 665 habitantes (1980), correspondiendo el 40 % a la población rural, de la cual el 85,3 % está ubicada en localidades menores de 500 habitantes. La tasa media anual de crecimiento es de 2,8 %, la población económicamente activa de 32,5 % y la población materno-infantil de 58 %. La mortalidad general oscila alrededor de 6 defunciones por 1000 habitantes y la tasa de natalidad de 40 nacimientos por 1000 habitantes.

En cuanto a su desarrollo, la situación a nivel nacional se reproduce a escala menor en el Estado, en donde por un lado se tienen cabeceras municipales caracterizadas por un crecimiento industrial y poblacional acelerados y, por otro, su sector primario se dicotomiza.

Ante esta situación la Universidad de Guanajuato en su afán de contribuir al proceso de desarrollo y respondiendo a una de sus funciones principales que es la de extender los beneficios de la cultura a todos los sectores de la población ha implementado en diferentes momentos acciones que se traducen en proyectos tendientes a lograr la excelencia académica de sus egresados, mejorar la contribución de estos en los diferentes sectores y en consecuencia lograr el desarrollo y bienestar de la población.

II. ANTECEDENTES

La Universidad de Guanajuato tiene como fin impartir la enseñanza preparatoria, profesional de nivel medio y la profesional superior, realizar investigación científica en relación con las necesidades estatales en primer lugar y, además, con las necesidades regionales y nacionales; proyectar su acción en sentido humanista y extender los beneficios de la cultura a todos los sectores de la población.

Siguiendo estos fines, la Escuela de Enfermería de Irapuato prepara personal de enfermería de nivel medio superior con bachillerato simultáneo de Ciencias Biológicas, capaz de asumir con responsabilidad las funciones que le corresponden de acuerdo a su rol, que puedan desenvolverse en concordancia con su época, con mentalidad abierta al cambio, que les permita vivir en armonía con sus semejantes como individuo, ciudadano y profesionista, logrando así el progreso de la sociedad en que viven.

Los objetivos curriculares de la carrera de Enfermería con Bachillerato simultáneo de Ciencias Biológicas están orientados hacia:

- La atención del grupo materno-infantil.
- Atender el control, crecimiento y desarrollo del niño y atender la morbilidad prevalente.
- Proporcionar atención ambulatoria al adulto en la morbilidad prevalente.
- Participar en la atención especializada al paciente en las diferentes etapas de la vida, en establecimientos asistenciales.
- Participar en la administración de la salud.
- Hacer investigaciones operacionales.
- Actuar como agente de cambio en la comunidad.

Las cuatro escuelas de Enfermería de la Universidad de Guanajuato, han cuestionado los actuales modelos de formación y prestación de servicios de enfermería, reconociendo la necesidad de reorganizar el sistema educativo para que el aprendizaje se lleve a cabo en un contexto real y el alumno pueda identificar y abordar los problemas de salud de la población de una manera integral, relacionando y analizando todos aquellos factores que influyen en el bienestar del individuo, familia y comunidad.

III. DESCRIPCION DE LOS PROYECTOS Y PROGRAMAS DE ATENCION PRIMARIA INTEGRAL Y DESARROLLO RURAL

3.1. Proyecto para la coordinación de la docencia y el Servicio de Enfermería en el estado de Guanajuato

ANTECEDENTES

Al analizarse la situación de salud a nivel nacional y estatal se identificaron una serie de problemas sanitarios, entre los cuales se pueden mencionar: que una gran proporción de la población no tiene acceso a los servicios básicos de salud, un alto porcentaje de la población vive en comunidades rurales o suburbanas, en donde las principales características son el aislamiento geográfico y malas comunicaciones, existencia de un medio desfavorable con exposición a enfermedades transmisibles y malnutrición, medios sanitarios insuficientes, falta de saneamiento y escasas oportunidades en materia de educación.

Por otra parte, la distribución del personal de salud, en especial enfermería, se concentra en instituciones hospitalarias de segundo y tercer niveles de atención, mientras que los habitantes de comunidades rurales o urbano-marginadas, carecen de servicios de enfermería o cuentan con muy pocos.

Esto llevó a las escuelas de Enfermería a proponer el "Proyecto para la Coordinación de la Docencia y el Servicio de Enfermería en el estado de Guanajuato" a partir de 1980, cuyo propósito fue la elaboración de un Modelo de Enseñanza de Enfermería Comunitaria que contribuyera a modificar la metodología utilizada en la enseñanza de la enfermería comunitaria, que implicara el contacto directo y continuo del alumno con la población con el fin de lograr un cambio de conducta de la comunidad respecto a su salud. De esta manera el aprendizaje del alumno sería en base a la realidad y contribuiría a la ampliación de la cobertura de los servicios de salud.

El planteamiento de tal alternativa se fundamenta en la filosofía eminentemente social de la universidad, que concretiza sus funciones de extensión en la vinculación con el entorno socioeconómico.

MARCO TEORICO

La forma en que habitualmente vive el grupo social y el modo como satisface sus necesidades elementales, son los factores que condicionaron el estado de salud. Es claro que la marginalidad de las comunidades suburbanas y rurales impide el acceso oportuno a los servicios de salud y del saneamiento del ambiente.

El Plan Nacional considera a la salud como un derecho de la población (artículo 4ª Constitucional), a la cual corresponde el deber de conservarla. La educación prepara a la comunidad al cumplimiento de ese deber, mediante la estrategia de la Atención Primaria de Salud, tal como se concibió en Alma Ata (1978).

"La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptadas, 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 espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación."

Los modelos de formación de personal de Enfermería se han cuestionado y se reconoce que es preciso reorganizar el sistema educativo, de tal forma que el aprendizaje se inicie en el seno de las comunidades, lo cual ayudará a las estudiantes a comprender la trama de la vida comunitaria, la naturaleza de las estructuras sociales y las aportaciones de cada una de ellas a la función individual, familiar y colectiva, prestando especial atención a la salud, a los procesos normales de crecimiento y desarrollo y a esfuerzos individuales, familiares y sociales que fomentan la salud o la deterioran, adaptándose los objetivos de la enseñanza a las necesidades y aspiraciones sanitarias de la colectividad.

OBJETIVO GENERAL

Proponer un Modelo de Atención Primaria de Salud y Enfermería Comunitaria, factible de aplicar en comunidades rurales y urbano-marginadas del estado de Guanajuato.

METODOLOGIA DEL TRABAJO COMUNITARIO

La metodología permite preparar al estudiante de Enfermería en la atención del primer nivel mediante la estrategia de la Atención Primaria de Salud y al mismo tiempo colaborar en la extensión de cobertura de los servicios en poblaciones rurales y urbano-marginadas.

Dicha metodología está basada en la vigilancia epidemiológica, entendida esta como la observación y análisis continuo de la ocurrencia y distribución de la enfermedad como de los aspectos pertinentes para su efectivo control.

Las actividades se realizan mediante recorridos sanitarios anuales y en el intervalo comprendido entre uno y otro recorrido a través de la visita domiciliar se realizan acciones con las familias proporcionando una atención continua e integral.

Para realizar estas actividades se requiere la participación de la comunidad, alumnos, docentes, pasantes y de otras instituciones que incluyan dentro de sus programas el desarrollo de la comunidad.

LOGROS DEL PROYECTO

- El logro principal del proyecto fue el diseño de un modelo para la enseñanza de la Atención Primaria y Enfermería Comunitaria.
- Los contenidos curriculares de la carrera de Enfermería se han adecuados en base al modelo diseñado y se ha involucrado al estudiante desde el inicio de la carrera en las actividades comunitarias.
- Se ha logrado que el total del personal docente de Enfermería participe en el trabajo comunitario.
- La metodología del trabajo comunitario ha sido la base para el diseño de otras metodologías.

- El modelo se ha difundido en varias universidades de la República y del extranjero, y se ha tomado como una alternativa para adecuar sus contenidos curriculares.
- Las acciones de Enfermería en las comunidades de trabajo ha contribuido a mejorar la situación de salud y extensión de cobertura.

3.2 Mejoramiento del nivel de vida campesino

Las escuelas de Agronomía y Zootecnia y Enfermería de Irapuato, partiendo de experiencias unilaterales -investigaciones aplicadas, demostraciones agropecuarias y el proyecto "Integración para la Docencia y el Servicio de Enfermería en el estado de Guanajuato"-, vislumbraron la posibilidad de coordinar los esfuerzos. La experiencia ofrece la oportunidad de que profesores y alumnos puedan efectuar investigaciones prácticas, actividades interdisciplinarias y de servicio social, en comunidades rurales marginadas. La concreción se dio en junio de 1982, con el proyecto "Mejoramiento del nivel de vida campesino", MeNiViCa, Integrado por el subproyecto "Extensionismo Agropecuario", a desarrollar por la Escuela de Agronomía y Zootecnia y el subproyecto 2, "Vigilancia y promoción nutricional para la salud en áreas rurales", a través de la Escuela de Enfermería de Irapuato. El proyecto MeNiViCa, dirige sus acciones a comunidades marginadas del noreste del municipio de Irapuato, Guanajuato, las cuales presentan las siguientes características: suelos erosionados, cultivos de subsistencia, principalmente de maíz, técnicas agropecuarias rudimentarias, temporales de lluvia inciertos, dietas alimentarias pobres, niveles acentuados de analfabetismo, múltiples problemas de salud, deficiente saneamiento, escasa accesibilidad de los servicios de salud y emigraciones temporales o definitivas a las ciudades, entre otros.

Atendiendo a la problemática identificada, el proyecto se propone plantear alternativas que generen un cambio social en el medio rural, con la participación consecuente de los grupos, enfatizando la autorresponsabilidad.

Una vez definido el proyecto se buscó apoyo financiero externo, con la Fundación W.K. Kellogg, obteniéndose en dos períodos de 1982 a 1985 y de 1986 a 1989.

MARCO TEORICO

El personal asignado al proyecto considera el mejoramiento del nivel de vida campesino como un proceso de desarrollo rural que tienda a la productividad agropecuaria y a la satisfacción de las necesidades básicas de salud y nutrición, mediante la educación participativa en busca de la autosuficiencia alimentaria y de la consecución de condiciones sociales y económicas superiores a las existentes.

El proceso buscará la plena participación de la comunidad en el análisis de su propia realidad, con el objeto de que se tome la decisión de su transformación. La labor del grupo universitario se apoyará en la educación, buscando el aprendizaje del proceso que permita analizar su realidad en el contexto social. El punto de partida serán las experiencias que procura el trabajo, se dará en forma progresiva, permanente, flexible, buscando la reafirmación cultural de los sujetos, a partir de sus manifestaciones folclóricas.

Una parte esencial del desarrollo, es la consecución de la meta social de la OMS "alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000, un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva", tomando como instrumento la Atención Primaria de la Salud.

OBJETIVO

Mejorar los niveles de salud y nutrición mediante la acción conjunta de las disciplinas involucradas, enfatizando la producción agropecuaria, la salud y nutrición y el proceso educativo.

METODOLOGIA

La esencia de los lineamientos metodológicos se fundamenta en la investigación social. La sistematización de las acciones que permitieron instrumentar el proceso se establecieron a través de fases, organizadas cronológicamente pero, en muchos casos, se traslapan puesto que se trata de un proceso dinámico, incluso la evaluación que aparece al final debe llevarse a cabo en diversos momentos del mismo. Como producto de la experiencia se identifican cuatro fases que aparecen como necesarias:

Fase 1. Montaje del Proyecto: Es necesario aquí, definir el problema a investigar y caracterizarlo, señalando sus alcances. Se establece la coordinación interinstitucional necesaria.

Fase 2. Inserción a la comunidad: Una vez integrado el grupo, se harán los contactos con los campesinos a través de sus líderes y se establecen actividades puente, las que no necesariamente guardan relación con las disciplinas involucradas. Se diseña el sistema básico de información con los instrumentos e indicadores necesarios (PES 01, 02, 03, etc.), para medir los cambios ocurridos y retroalimentar el proceso. Se hace el diagnóstico y se determinan los programas después de la reflexión y priorización que los campesinos hagan de sus necesidades y problemas, con esto se espera un compromiso mutuo que garantice el logro de metas planteadas.

Fase 3. Ejecución de programas: Esta etapa requiere de la adecuación técnica y de la elaboración de calendario agrícola para impedir dilaciones durante el temporal. Es en esta fase en la que se incrementa la capacitación para la apropiación del conocimiento.

Fase 4. Ampliación de la cobertura: Es necesario contar con evaluaciones para realizar los ajustes y optimizar recursos. Esta fase permite: afianzar resultados del modelo implementado, probar su reproductividad y aumentar el número de familias beneficiadas.

Fase 5. Evaluación: Este es un proceso permanente en función de los objetivos y metas. El sistema se da a través de criterios, indicadores e instrumentos. Un requisito indispensable es que se dé hacia las comunidades, hacia el grupo técnico y en conjunto.

AVANCES DEL PROYECTO

Se ha considerado la atención a la salud a través de promotoras voluntarias en el sistema de entrega de servicios, apoyadas en manuales.

Se han reforzado las organizaciones existentes (Unión de Ejidos) y creado otras, sobre todo con la participación de mujeres en proyectos de producción para atraer recursos económicos y de servicio. Se ha dado apoyo técnico en capacitación específica para la apropiación de conocimientos.

Actualmente, se ha iniciado intercambio entre grupos organizados de otros municipios y los grupos de cobertura del proyecto, dándose así un favorable efecto multiplicador de los esfuerzos.

El grupo comunitario tras la reflexión y sistematización, elaboró el modelo MeNiViCa y la metodología de capacitación para promotoras voluntarias con manuales que apoyan su quehacer, se ha podido medir el impacto de las acciones de salud, a través de los indicadores cuantitativos.

3.3. Proyecto Interdisciplinario de Desarrollo Rural Integrado

ANTECEDENTES

El Proyecto Interdisciplinario de Desarrollo Rural Integrado (PIDRI) surgió en 1984 y fue puesto en operación en 1986 en respuesta a la búsqueda de nuevas alternativas que conllevaran al desarrollo rural. Este proyecto hace énfasis en el aspecto interdisciplinario de las acciones y toma como antecedente las experiencias de los proyectos de Coordinación, Docencia, Servicio y Mejoramiento del Nivel de Vida Campesino.

De esta manera se formó un grupo multidisciplinario con representantes de las siguientes dependencias universitarias: Escuela de Agronomía y Zootecnia, Centro de Investigación y Enseñanza en Ingeniería Agrícola y Alimentaria, Escuela de Ingeniería Civil, Facultad de Arquitectura y las Escuelas de Enfermería de Guanajuato, Irapuato y Celaya, cuya tarea consistió en diseñar, proponer e implementar un proyecto de desarrollo rural, teniendo como propósito fundamental el de formular un modelo de desarrollo integral en el medio rural a través del método de trabajo interdisciplinario y de la vinculación de la Universidad con otros sectores, tomándose como base la participación protagónica, solidaria y permanente de la comunidad.

Ante la imposibilidad de incidir en todo el Estado, se seleccionó una microrregión ubicada en la región centro del Estado y representativa de la problemática general, que ha permitido el abordaje de los renglones que se consideraron prioritarios en el desarrollo integral, a saber los relacionados con capacitación para el desarrollo, mejoramiento de la nutrición humana, producción y productividad agropecuaria, atención al ambiente, mejoramiento de la vivienda, desarrollo y transferencia de tecnología y organización comunitaria. Teniendo de esta manera 8 subproyectos pero con un objetivo común que ofrece los servicios de atención a las personas, atención al ambiente y educación no formal.

MARCO TEORICO

El aspecto fundamental que motiva las acciones de este proyecto es la multicausalidad de la problemática social, así como la necesidad de generar una praxis metodológica que sea congruente con la realidad colaborando simultáneamente al desarrollo rural integrado considerado como un proceso de transformación gradual de la comunidad mediante la concientización y colaboración participativa y solidaria para lograr el mejoramiento social, cultural y económico. De acuerdo a esta reflexión el grupo pretende actuar con una metodología de trabajo científica consistente en la consideración de una realidad por parte de varias disciplinas que, teniendo un objetivo común, difieren en el aspecto bajo el cual lo consideran. Esto permitiría dar una respuesta integral a una problemática a la vez que propiciaría la intercomunicación y retroalimentación entre varias disciplinas aparentemente extrañas entre sí.

Para efecto de operacionalizar lo anterior se consideró actuar bajo la estrategia de promotoría; entendida esta como el proceso de orientación, apoyo y asesoría en gestiones a la comunidad a fin de que esta conserve sus valores positivos y cambie los factores que le impiden desarrollarse. Esta promotoría concebida como propicia, daría margen a que se iniciara la etapa última del proceso de desarrollo consistente en la visualización de la realidad como un todo y la teoría y la práctica como dos momentos de un solo proceso considerando la problemática en función de una realidad concreta y compartida por un grupo social, lo que permite participar directamente en la búsqueda de satisfactores para las necesidades reales con el apoyo externo del promotor.

OBJETIVO

Propiciar a mediano plazo que los individuos y las comunidades rurales identifiquen sus necesidades y asuman responsabilidad en la toma de decisiones para la solución de su problemática mediante la ejecución de actividades encaminadas a su desarrollo integrado, apoyados por un compromiso y participación formal de los universitarios.

METODOLOGIA

Con el fin de estructurar las bases de un método operativo que reuniera las características de viabilidad, oportunidad y replicabilidad se analizaron varios métodos entre los cuales se encuentra la Investigación Acción Participativa que consiste en el aprender haciendo y en la reflexión sobre la acción; la educación popular; foros comunitarios; y proceso de autogestión. Partiendo de este análisis el enfoque principal se fundamenta en la organización, capacitación y participación de la comunidad en todas las etapas del trabajo y en la interdisciplinariedad de las acciones.

Con estas referencias se diseñó un método operativo que contempla las siguientes etapas:

1. **Trámites Institucionales:** comprende las acciones relacionadas con la vinculación, coordinación y difusión del proyecto, así como la reorganización interna del grupo técnico en cuatro áreas funcionales y subgrupos interdisciplinarios para la atención a las comunidades.

En forma paralela se considera el proceso de autocapacitación y capacitación interna favoreciendo con ello la integración del grupo de profesionales participantes.

2. **Entrada a las comunidades:** considera el recorrido de la microrregión a fin de seleccionar las comunidades estratégicas; el contacto informal con el objeto de establecer relación con las autoridades y habitantes; la asistencia a asambleas comunitarias para presentación del grupo y descripción del proyecto; reuniones y foros comunitarios para identificación, análisis y priorización de problemas y/o necesidades; las actividades

CARACTERISTICAS DISTINTIVAS Y COMUNES DE LOS PROYECTOS Y PROGRAMAS

PROCESO DE DESARROLLO DE LOS PROYECTOS Y PROGRAMAS					
INTEGRACION	CONSOLIDACION	OPERACION	LOGROS	INSTRUMENTOS UTILIZADOS	BASES METODOLOGICAS
<ul style="list-style-type: none"> - Conformación de comités organizador y operativo a través de talleres - Unificación de criterios de la Escuela 	<ul style="list-style-type: none"> - Diseño de modelo único de enseñanza de la atención primaria y enfermería comunitaria elaborado por docentes - Inserción con la comunidad - Contacto con líderes - Intercambio informal 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de un diagnóstico demográfico y de salud - Programa de entrega de servicios de enfermería - Coordinación con instituciones de salud - Participación de docentes pesantes y estudiantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo de entrega de servicios y enseñanza de la atención primaria. Adecuación de contenidos curriculares - Participación del total de personal docente de enfermería y estudiantes - Mejoramiento de la situación de salud y extensión de cobertura - Integración de un paquete de manuales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema básico de información: PCS-01, PSC-02, PSC-03 - Manuales de apoyo con formato para vigilancia y control de Embarazo, crecimiento y desarrollo del menor de 5 años, hipertensión arterial, diabetes, tuberculosis y usuarios de planificación Familiar 	<ul style="list-style-type: none"> - Atención Primaria de salud en base al proceso de atención de enfermería. - Extensión de cobertura de los servicios de salud - Vigilancia epidemiológica. - Investigación-acción participativa.
<ul style="list-style-type: none"> - Conformación del equipo de trabajo por disciplina, proyecto, y comunidad a través de talleres de capacitación - Inserción a la comunidad a través de actividades puente y organización de grupos 	<ul style="list-style-type: none"> - Diseño del sistema básico de información - Diagnóstico de salud y agropecuario con la comunidad. - Análisis de problemas, priorización de necesidades, planeación de programas y adecuación técnica - Investigación para validación de instrumentos 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrega de servicios de salud con promotoras de voluntarias - Capacitación en salud y proyectos productivos - Análisis de las organizaciones - Intercambio de experiencias con grupos que trabajan en desarrollo rural 	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo de desarrollo rural MeNIViCa. - Metodología de capacitación a promotoras, con manuales de apoyo - Recursos para el desarrollo de proyecto de producción con mujeres. - Efecto multiplicador - Mejoramiento de la situación de salud de familias campesinas - Capacitación para el autocuidado 	<ul style="list-style-type: none"> - Manuales de atención para promotoras - Informes mensuales, semestrales y anuales. - Sistema básico para salud: con las formas de mortalidad, morbilidad común, control del embarazo, crecimiento y desarrollo del menor de 5 años, hipertensión arterial, diabetes, tuberculosis y planificación familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interdisciplinariedad - Investigación participativa - Educación popular - Vigilancia epidemiológica - Atención Primaria a la Familia a través de visita domiciliaria.
<ul style="list-style-type: none"> - Conformación del equipo de trabajo a través de talleres de formación y unificación de conceptos - Inserción a la comunidad a través del contacto con líderes y con la comunidad, actividad puente 	<ul style="list-style-type: none"> - Definición y diseño de instrumentos para la recolección y sistematización de información - Diagnóstico y autodiagnóstico integral. - Análisis de información por grupo técnico y comunidad. - Motivación comunitaria para la participación 	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de trabajo comunitario que tiene como base la planeación, organización y ejecución de proyectos. Con participación de comunidad y apoyo de docentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Apertura, disposición y participación espontánea y organizada de la comunidad - Desarrollo de tecnología apropiada. - Participación organizada de la mujer en actividades productivas y de servicio. - Desarrollo de una metodología que es convenida entre promotor universitario y comunidad - Entrega de Servicios 	<ul style="list-style-type: none"> - Diario de campo - Actas de reunión - Expediente comunitario - Formatos para: Diagnóstico Integral, autodiagnóstico, planeación, Evaluación, Informes, Caracterización de la comunidad y calendarización de actividades - Sistema de información y registro en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interdisciplinariedad - Investigación acción participativa. - Educación popular - Aprender haciendo - Atención Primaria de Salud - Proceso reflexivo



PANEL "JUAN CESAR GARCIA"

J. A. Llorens / 342

J.R. Ferreira / 344

P. Yépez / 346

M.L. Velasco / 348

F. Rojas Ochoa / 349

PANEL "JUAN CESAR GARCIA"

A los siete años de la prematura y dolorosa partida del Dr. Juan César García, el Instituto que lleva su nombre persevera en el propósito de mantener vigentes los que fueron sus testimonios, sus lúcidos aportes y sus fraternas enseñanzas.

*Para tal objeto, el Instituto invitó a un distinguido grupo de personalidades de América Latina, miembros de la organización, a que formularan contribuciones sobre "El pensamiento latinoamericanista de Juan César García" en torno a diversos tópicos que fueron materia de su mensaje y de su obra. Los correspondientes aportes fueron presentados en sesión especialmente dedicada al efecto, que se cumplió en esta Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población", y que recogemos en estas Memorias. También fueron publicadas en **Revista del Instituto "Juan César García"**, Vol. 1, Nº 2, julio 1991, Quito, Ecuador.*

EL PENSAMIENTO LATINOAMERICANISTA DE JUAN CESAR GARCIA

José A. Lloréns Figueroa

Constituye para mí un gran honor participar en esta mesa en recordación muy merecida de quien fuera, sin lugar a dudas, una de las principales figuras de las ciencias sociales en el campo de la Salud en América Latina.

Su vasta producción intelectual durante un cuarto de siglo se proyectó en la enseñanza de las ciencias sociales, en la educación médica, en los problemas médicos y la interpretación del proceso salud-enfermedad, y en el análisis histórico fundamentado en las determinantes que explican el desarrollo científico latinoamericano.

El aporte científico de Juan César García se basó precisamente en el enfoque histórico-dialéctico de las ciencias sociales en la práctica médica, la educación médica, la organización de los servicios de salud y la sociología médica. Su trabajo se enmarcó en el movimiento cuestionador y transformador que surge en los países latinoamericanos a partir de la década de los años sesenta, enfrentando el enfoque funcionalista predominante en la época.

Poseía un olfato y una visión peculiares de la falsa conciencia, del realismo ingenuo y de la ideología, así como del mundo de la vida cotidiana de los individuos en las condiciones propias de la división del trabajo y de la división de la sociedad en clases, el mundo de la praxis fetichizada, unilateral, en el que los hombres y las cosas son objeto de manipulación. Su pensamiento se identificó definitivamente con la dialéctica ligada a una práctica verdadera, revolucionaria, como expresión del conocimiento verdadero o como reproducción espiritual de la realidad.

Partía de la afirmación consecuente con el punto de vista estructuralista de que la práctica médica está ligada a la transformación histórica del proceso de producción económica. Consideraba que la estructura económica determina el lugar y la forma de articulación de la medicina en la estructura social. Definía cómo la concepción de la medicina está dada por las relaciones que ésta establece con las diferentes "instancias" que integran la estructura.

Todas estas afirmaciones lo alejaban del enfoque funcionalista que ve en la enfermedad un elemento disfuncional del sistema social y un interés funcional de la sociedad en su control; es decir, sitúa a la práctica médica como un componente "necesario" de una sociedad abstracta. Reiteraba una y otra vez cómo la estructura económica no sólo determina el lugar de la práctica médica en la sociedad, sino también el rango y la importancia de todos los elementos que componen el todo social, y sustentaba, muy acertadamente, cómo este tipo de concepto funcionalista oculta los conflictos existentes en la sociedad y la forma cómo la medicina interviene para preservar los intereses de los grupos dominantes, sin hacer alusión a la existencia de diferentes tipos de prácticas médicas según las clases sociales a las cuales están destinadas.

Juan César dedicó gran parte de su producción a explicar las bases filosóficas sobre las que se sustentan las principales corrientes existentes en el campo de la salud: por una parte, las corrientes idealistas predominantes en el mundo académico norteamericanos, como el neopositivismo y el neokantismo; ahora hubiera tenido que dedicar un buen tiempo al estudio del neoliberalismo y sus consecuencias, y, por otra parte, el marxismo, corriente materialista que condiciona el proceso de la vida social, política y espiritual al modo de producción de la vida material.

Analizó profundamente las respuestas que dan las diferentes corrientes de pensamiento a las preguntas fundamentales sobre el grado de autonomía de la medicina con la totalidad social o con sus "partes". Así definió cómo las corrientes idealistas se apoyaban en la concepción de que la medicina tenía una amplia autonomía y estaba al mismo nivel que otros subsistemas, tales como el económico, el político, el educacional. Esta concepción suponía la posibilidad de transformar la sociedad comenzando por cualquiera de estos "sectores".

En su clara visión frente a las crecientes necesidades de la población latinoamericana, Juan César afirmaba que eran las resultantes de la crisis económica del capitalismo, que estimulaban a la adopción de las alternativas "baratas" que habían surgido a fines del decenio de los años sesenta y comienzo de los setenta. Se refería a que, en el terreno de la práctica médica, surgían programas alternativos de autocuidado de la salud, de atención primaria realizada por personal no profesional, y la revitalización de la medicina tradicional, así como la tecnología apropiada, alternativas para aliviar el costo social de la crisis y el deterioro de la vida en las grandes masas de pobladores de la Región.

Tuvo el gran acierto de estimular la existencia de un grupo importante de profesionales que, comprometidos con la realidad latinoamericana, contribuyeran en forma significativa a elaborar un cuerpo de conocimientos que tienen como sustento las categorías fundamentales del materialismo histórico, tomando al campo de la salud como el objeto de estudio y práctica en las ciencias sociales. La apertura de un espacio para las ciencias sociales dentro del sector de la salud permitió el surgimiento de núcleos de reflexión sobre el papel de las ciencias sociales y sobre el saber y la práctica de la medicina.

Indudablemente, Juan César significó mucho en la formación de cuadros de medicina social que a punto de partida de un enfoque crítico hacia el saber y las prácticas dominantes en el sector, se dispusieron a producir la ruptura con la dependencia existente en las concepciones reaccionarias elaboradas en los países capitalistas centrales.

Hoy, en el marco de esta Conferencia que desarrolla el tema "La Universidad latinoamericana y la salud de la población", hemos sido testigos de ricas discusiones, unas conceptuales, otras de orden práctico, que se orientan a esclarecer el papel actual y futuro de la Universidad latinoamericana tanto en la elevación del nivel de salud de la población, como de su relación con las prácticas de salud y su contribución al desarrollo de la atención primaria y los llamados Sistemas Locales de Salud. Precisamente en el contexto del papel de la Universidad latinoamericana, el pensamiento de Juan César García tuvo una proyección meridiana. Se refería a la Universidad como espacio históricamente determinado, donde se integran en forma organizada la producción, la transmisión y la socialización del saber y donde determina, con un cierto grado de autonomía, la organización de sus actividades y la reinterpretación de las necesidades sociales dentro de límites visibles, pero sobre todo, donde se dan las posibilidades de la creatividad y de la innovación. Fue consecuente hasta la médula con el pensamiento latinoamericano de Universidad, puesto de manifiesto desde el movimiento estudiantil de Reforma Universitaria gestado y protagonizado en Córdoba en 1918, categorizado como uno de los hechos sociales y culturales más importantes en la historia de América Latina.

Como se ha demostrado en este conclave, constituye un verdadero reto para las universidades latinoamericanas, y al mismo tiempo una necesidad, enfrentar la situación actual que padece la población en medio de una crisis económica, causa de los efectos negativos provocados con la organización de las políticas de ajuste del Fondo Monetario Internacional que se han reflejado desde el punto de vista económico, político y social con un empeoramiento de las condiciones de vida de la población y la limitación de la capacidad de los gobiernos para enfrentarlas. La situación de salud se torna progresivamente más angustiosa en la misma medida en que los problemas económicos y sociales hacen predecir una detención en el desarrollo en los próximos años, con una ampliación de la brecha que separa a los países subdesarrollados de los industrializados, sobre todo cuando se comparan los niveles de vida y de desarrollo, por lo que se hace muy actual el pensamiento de Juan César en el papel de la Universidad latinoamericana y la salud de la población.

Su ejemplo de estudioso e investigador incansable, sus dotes de maestro, su muy importante producción intelectual, expresión de un pensamiento científico de gran madurez, marcan un hito en la historia de las ciencias sociales y la medicina en América Latina. Su obra quedará impercedera para las generaciones actuales y futuras.

LA EDUCACION MEDICA EN AMERICA LATINA Y EL PENSAMIENTO DE JUAN CESAR GARCIA

José Roberto Ferreira

La Dirección del Instituto "Juan César García" me honró con la invitación para, en esta oportunidad, unirme a un grupo de compañeros de Juan César para analizar su pensamiento latinoamericanista.

A mí me encomendaron enfocar este análisis en relación a su influencia en la Educación Médica; sin embargo, quiero ampliarlo, tomando en cuenta el contexto de esta Conferencia, para destacar que Juan César avanzó más allá de las Facultades de Medicina en su pensamiento y esta honda preocupación a la Universidad como espacio de creación, de desarrollo, de formación, de trabajo comprometido. La Universidad latinoamericana como un todo fue su principal y último objeto de trabajo.

Universidad gloriosa, luchadora, pobre, muy pobre económicamente, pero rica, muy rica en propuestas innovadoras, en creación científica, social y humanista. Recinto de millones de jóvenes de todas las clases sociales que pueden compartir durante algunos años, a veces muchos, la libertad de expresión, la libertad de discusión, de crítica, de aproximarse a planteamientos nuevos o renovadores. Espacio donde maduran y toman decisiones sobre sus vidas, sobre la imagen de futuro que quieren para sus países, para ellos y para su Universidad. Lugar de comunión (debería serlo, ojalá lo fuera) con sus profesores, partícipes de esa verdadera Universidad latinoamericana, ahora tan venida a menos.

Y Juan César pensaba en todo esto e insistiría en la importancia de mantener a la universidad siempre como un espacio libre y de propuesta en contra de un espacio dependiente de la praxis, o sea, una universidad meramente respuesta.

Esto se puede ver en la crítica del marco teórico elaborado en una reunión de la OPS sobre Medicina Preventiva y Social (septiembre 1974), el cual tiene aún gran impacto en América Latina y postula que "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 cristaliza 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". Juan César revela su pensamiento esclarecedor cuando nos señala que esta tesis fue simplificada y dogmatizada hasta transformarse en afirmaciones de que "la educación médica es un medio para la prestación de servicios de salud, las instituciones formadoras deberían ser creadas y funcionar de acuerdo a los requerimientos de dicha prestación".

En su trabajo **Consideraciones sobre el marco teórico de la Educación Médica** responde a lo anterior, señalando: "la tesis de una determinación mecánica de la práctica sobre la enseñanza ha sido recientemente cuestionada reemplazando el análisis aislado de la formación del personal médico por el análisis de su formación en el contexto de la Universidad".

Con Bojalil, en otro trabajo responde a aquéllos que desean que la Universidad refleje la "necesidad social" diciendo que: "la universidad determina con cierto grado de autonomía la organización de sus actividades y la reinterpretación de dichas necesidades sociales (...) es aquí (el espacio universitario) donde se dan las posibilidades de creatividad e innovación".

Indudablemente que en estas clarinadas a que nos tenía acostumbrados Juan César, el tema que nos ocupa fue una preocupación que trató de divulgar para evitar los movimientos pendulares a que hemos estado sometidos y que, muchas veces, hemos aceptado; de una Universidad aislada de su contexto a una Universidad dependiente y repetidora.

Cuando proponemos la integración entre el estudio y el trabajo, lo que se ha venido llamando "integración docencia, servicio e investigación", lo hacemos de acuerdo con los planteamientos anteriores. Esta integración no significa subordinación, aceptación, respuesta mecánica sino, por el contrario, significa trabajo conjunto, inteligencia universitaria dedicada a transformar los servicios si éstos no cumplen con su función social. De otra manera, se trata de una investigación que haga "crecer" a los servicios y que permita que la Universidad se nutra de la realidad y confronte sus propuestas teóricas. Que los servicios del Estado encuentren un espacio de autocrítica y de crítica del proceso educacional con base en sus problemas del día a día y de su visión estratégica sobre el papel que le toca desempeñar dentro de las políticas sociales.

En relación a estas últimas Juan César decía, refiriéndose a la reducción en forma relativa y absoluta de los presupuestos estatales para el área social: "Este fenómeno coincide (!!) con la llamada crisis fiscal del Estado, caracterizada por un aumento de los gastos en relación a las entradas y que obliga (!), según los grupos de poder, a la reducción de los gastos sociales en búsqueda de un presupuesto balanceado. Frente a las necesidades crecientes de la población resultantes de la crisis económica del capitalismo, se estimula la adopción de alternativas "baratas" que habían surgido a fines de los 70. En el ambiente universitario este fenómeno se refleja en la reducción presupuestaria de las instituciones estatales y el aumento de la actividad privada".

Todos estos hechos ocurrían a fines de los 70 y García nos llamaba la atención para no suscribir estas tesis que, aunque no definitivamente interiorizadas en el sector salud en esa época, transparentaban una nueva arremetida contra las clases populares. Por supuesto, ahora estas tesis están puestas en acción, y muy justificadas "teóricamente" por la llamada "inteligencia moderna", por la execración que se hace del Estado por ineficiente, corrupto, gigante (?) y la alabanza que se hace del sector privado como eficiente, eficaz (aunque no sea equitativo), moderno, normal, o sea, a ideológico, y como consecuencia, derivar hacia la única salida para nuestros pobres países: la privatización.

Que Universidad como la que quería Juan César y queremos todos nosotros, se puede dar privatizada pero no del estilo que algunos de nuestros países tienen, como producto de la actividad privada en apoyo a los más pobres, sino aquellas que rinden culto al lucro capitalista y, por lo tanto, los que no tienen dinero no estudian.

Esa universidad privada, alejada de los grupos sociales populares, elitista y reproductora de las ideas que la sustentan, que cada día se crean más en América Latina y debemos cuestionarlas.

¿Qué servicios de salud privados se pueden desarrollar en nuestros países, que en algunos casos cuentan con casi el 90 % de sus poblaciones debajo de la línea de pobreza? En estos casos, el salario familiar no alcanza para cubrir la canasta básica familiar, o sea, no pueden ni comer adecuadamente. ¿Quién podrá pagar estos servicios privados?

A estos intelectuales orgánicos de los grupos de poder, como los llamaba García, y que nosotros llamamos pequeños liberales, no les preocupa la pérdida del sentido de solidaridad en las políticas sociales que quieren desarrollar, y que denominan "programas de emergencia social" como respuesta a los planes de ajuste. En otras palabras, hasta las agencias propiciadoras de los ajustes estructurales están llenas de temor por la falta de políticas sociales en los países que den respuesta a los posibles estallidos sociales que pudiesen producir estos ajustes.

Aceptamos y repetimos muchas veces los slogans típicos: "achicamiento del Estado", "privatización de los programas sociales", "fin del estado de bienestar" (¿cuándo hubo o existió un estado de bienestar en América Latina?), "dejémosle al Estado la prevención y la promoción de la salud, la vigilancia epidemiológica, las enfermedades transmitidas por vectores, el cólera, etc., etc." (todo aquello que no da lucro), y finalmente, utópicamente, démosle a este Estado mediatizado la función de fiscalizar o coordinar a los sectores privados.

Juan César García hace ya muchos años que nos llamaba la atención de estos problemas, que a nosotros nos parecían en esa época irrealizables. Nos hacía ver que cuando repetíamos estos slogans seguramente, completamente descreídos, podíamos caer en esta "trampa" ideológica y finalizar sintiéndonos dueños de estas ideas.

Pero Juan César García quería defender a la Universidad latinoamericana de caer en este pantano, y nosotros agregamos: debemos evitar también que los servicios sociales en general no puedan seguir cumpliendo el papel social que les corresponde. El nos proponía casi póstumamente un marco teórico alternativo de la formación del médico, de la formación universitaria en general, basado en las siguientes tesis:

En primer lugar, debe destacarse el sentido clasista de las contradicciones secundarias, por ejemplo la desigualdad cualitativa y cuantitativa de la asistencia médica y de la educación respecto a las clases sociales. En segundo lugar, se debe tomar en consideración que la desigualdad de la atención médica y de la educación se puede reducir y aliviar en la lucha dentro del capitalismo, pero difícilmente se podrá eliminar del todo. Por lo tanto, la autonomía relativa de ambos sectores, salud y educación, debe mantenerse, logrando una interdependencia entre ellos, agregamos nosotros. La tercera tesis trata de demostrarnos que sería estéril luchar contra una u otra forma de desigualdad. En otras palabras, los movimientos sociales y los que pensamos orgánicamente con estos movimientos debemos destacar lo que nos une para luchar conjuntamente por romper las desigualdades como un todo.

Finalizamos con una frase de Juan César que redondea todo lo antes dicho: "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."

¡Cuán vigentes están estas líneas del pensamiento de Juan César García frente a la universidad como un todo, y a la educación médica como parte de ese todo! Nos toca a nosotros analizar y debatir sus ideas y continuar en la lucha por él propuesta.

Muy agradecido por su atención.

LA ODONTOLOGIA EN AMERICA LATINA Y EL PENSAMIENTO DE JUAN CESAR GARCIA

Patricio Yépez

Referirnos a Juan César García en este significativo acto convocado por el Instituto de Ciencias Sociales y Salud que lleva su nombre, e inscrito dentro del marco de la Conferencia Integrada de Ciencias de la Salud de la Unión de Universidades de América Latina, constituye un verdadero honor y un compromiso para con quien fue compañero, maestro y conductor comprometido con los trabajadores de salud de la América Latina y para quienes, en esta oportunidad, hemos dado un paso cualitativo, coherente con el pensamiento de Juan César, sus principios y postulados, al haber convergido desde distintos espacios geopolíticos y científico-técnicos al llamado de la UDUAL para analizar y discutir conjuntamente sobre nuestro compromiso y el de la Universidad latinoamericana con la salud de la población.

Es importante destacar que han debido transcurrir algunas décadas para que los profesionales de la salud hayamos tomado conciencia política y social de nuestro compromiso, comprendiendo que no podemos transitar en nuestro quehacer a través de las individualidades que representan nuestras profesiones. Por esto, es importante retomar periódicamente los planteamientos del conductor latinoamericano para trabajar y estudiar sobre importantes tópicos político-científicos a los cuales nos hizo referencia Miguel Márquez en 1987 en Quito (1), cuando nos recordaba las cartas de Juan César y los temas relacionados con los medicamentos y su significado; la industria farmacéutica; el gasto en salud; la teoría sociológica en educación; las bases epistemológicas para redefinir los conceptos de salud-enfermedad; la administración del conocimiento, entre otras. Consideramos que estos temas tienen vigencia y deben servir de elementos de análisis y de estudio-trabajo en el abordaje de la problemática latinoamericana de la salud por parte de las universidades consideradas en su potencial interdisciplinario e intersectorial, superando los abordajes parcializados y limitantes de las profesiones del área de la salud. **SI AVANZAMOS EN ESE CAMINO ESTAREMOS DANDO RESPUESTA AL COMPROMISO LATINOAMERICANO SUSTENTADO EN GRAN PARTE POR JUAN CESAR GARCIA.**

La Odontología latinoamericana desde el inicio de la década de los 70 se vincula al proceso de reflexión y acción que promueve Juan César. Es así como en 1974 se hace realidad el esfuerzo de cooperación técnica entre países, al crear los Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA III) (2) el Instituto de Recursos Odontológicos del Área Andina (IROAA), con sede en el Ecuador. Es precisamente dentro de las acciones del IROAA que se organiza y desarrolla en 1975 el I Curso Internacional de Administración de Recursos Odontológicos (3) en el cual contamos con el aporte intelectual del compañero y maestro, y es, como producto de ese curso, que se generan los primeros elementos teóricos del ESPACIO ODONTOLOGICO como parte de un espacio sociosanitario para América Latina. Esta base conceptual se constituyó en el vínculo fundamental de la Odontología latinoamericana con el pensamiento y la acción de Juan César, ayer y hoy, en el estudio y el trabajo; en la investigación y en la acción; en el saber y en el quehacer.

En el transcurrir del proceso de la Odontología latinoamericana es necesario hacer referencia al inicio de la década del 80, en la que se producen nuevos aportes conceptuales en la construcción del marco teórico de una Odontología alternativa: uno, representado por la I Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina (4), convocada por la UDUAL y la Universidad Autónoma de Santo Domingo y auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud, en la cual se realiza una primera aproximación a la concepción de práctica odontológica con el abordaje de los temas relacionados con la producción de conocimientos, la producción de servicios y la producción de recursos humanos. Por otra parte, en 1981 en Puerto Plata (5), República Dominicana, durante el I Taller de Recursos Odontológicos convocado por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social y la OPS/OMS, y que contó con amplia participación latinoamericana, se planteó "la necesidad de producir modificaciones en la concepción y práctica de la Odontología al servicio de los sectores populares" (6), así como la necesidad de producir modificaciones en el ESPACIO ODONTOLOGICO, concebido éste como la conjugación de los modos de producción de los recursos humanos, los servicios y los conocimientos determinados por la estructura social en un momento histórico determinado (7).

Estas dos concepciones de PRACTICA ODONTOLÓGICA y ESPACIO ODONTOLÓGICO constituyen los elementos teóricos básicos que llevamos al análisis con Juan César en la búsqueda de crear un marco teórico referencial para la Odontología latinoamericana, el mismo que, a través del proceso, se llega a definir a finales de la década de los 80. (8)

Creemos y compartimos con Juan César que la Odontología debía alcanzar una estructura científico-técnica y social con capacidad de dar respuesta a los problemas de salud-enfermedad de su competencia, pero sobre todo debía tener capacidad de inscribirse e integrarse en una concepción general de salud para contribuir con la respuesta global a la problemática sociosanitaria. Dentro del primer aspecto, la Odontología latinoamericana, representada por sus diferentes sectores y con la participación de la OPS/OMS, se reunió en Santo Domingo (9) en 1989 y definió "la práctica odontológica alternativa como la respuesta científico-técnica-social a las necesidades de la mayoría de la población organizada. Esta participación permite a la comunidad la obtención de conocimientos técnicos y de otra índole que facilitan que su autodecisión, de acuerdo a sus necesidades, sea enfocada en forma efectiva. Son sus componentes: la producción de conocimientos, la producción de servicios y el desarrollo de recursos humanos; por lo tanto, se asume el compromiso de un trabajo integrado por parte de quienes desarrollan acciones relacionadas con cualquiera de sus componentes. Este trabajo conjunto contribuirá a la sustentación de la estrategia de Atención Primaria, que norma el desarrollo de los Sistemas de Salud en los países que aceptaron el compromiso durante la Conferencia de Alma Ata de 1978, el cual exige la participación comunitaria y la interdisciplina, además del uso de la tecnología apropiada y la descentralización, lo cual implica además buscar la concreción de la Atención Primaria en el espacio social representado por los Sistemas Locales de Salud.

Estos planteamientos conceptuales sirvieron de base para la DECLARACION DE SANTO DOMINGO (10) en la cual la Federación Odontológica Latinoamericana, la Coordinación de Servicios Odontológicos de América Latina, la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina y la OPS se comprometieron a trabajar en la transformación del perfil epidemiológico de las grandes mayorías y de la práctica odontológica vigente en América Latina.

Por otra parte, dentro de la vertiente integradora hemos sido partícipes y compromisarios con el trabajo integrado en salud, y así en 1987 en Lima (11), con motivo de la IV Conferencia de la OFEDO/UDUAL, se suscribió la Declaración de Lima que comprometió el trabajo conjunto de las Asociaciones de Ciencias de la Salud que, en esta oportunidad, se ha hecho realidad con la primera actividad conjunta, concretada en la Conferencia Integrada de La Habana.

Los aspectos enunciados del proceso latinoamericano en el cual ha participado la Odontología han tenido un interlocutor fundamental en el análisis y la reflexión teórica, en la crítica constructiva. En la formulación del marco teórico de la Odontología alternativa latinoamericana ese interlocutor ha sido, es y será el pensamiento y la acción latinoamericanista de Juan César García, a cuyo homenaje nos hemos adherido con los hechos cumplidos, así como con el firme propósito de continuar construyendo una práctica alternativa en salud que se constituya en la respuesta científico-técnica y social de las Ciencias de la Salud a las necesidades de las grandes mayorías de nuestras poblaciones.

Referencias

1. Márquez, Miguel: La vida de Juan César. Imagen del hombre multifacético. *Revista del Instituto Juan César García* 1(1). 1991. Quito-Ecuador.
2. **Informe Final. Resolución 25.** Reunión de Ministros de Salud del Area Andina. Caracas-Venezuela. 1974.
3. **Informe Final.** I Curso de Administración de Recursos Odontológicos. IROAA. Quito-Ecuador. 1975.
4. **Memorias.** I Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina. UDUAL. Santo Domingo-República Dominicana. 1980.
5. **Informe Final.** Taller de Recursos Odontológicos. Puerto Plata-República Dominicana. 1981.
6. *Ibidem.*
7. Yépez, Patricio. **Espacio Odontológico.** Taller de Recursos Odontológicos. Puerto Plata-República Dominicana. 1981.
8. **Informe del Grupo de Trabajo.** La Odontología Alternativa para la década del 90. Santo Domingo-República Dominicana. 1989.

9. *Ibíd.*
10. *Ibíd.*
11. **Memorias. IV Conferencia de la OFEDO/UDUAL. Lima-Perú. 1987.**

LA ENFERMERIA EN AMERICA LATINA Y EL PENSAMIENTO DE JUAN CESAR GARCIA

María de Lourdes Velasco

Quiero iniciar mi intervención agradeciendo al Instituto "Juan César García", Fundación Internacional de Ciencias Sociales y Salud, y a la Comisión Organizadora del evento, por haberme conferido el honor de participar en este panel sobre "El pensamiento latinoamericanista de Juan César García".

Hablar del pensamiento y acción de un hombre que marcó un hito en el desarrollo de las Ciencias Sociales aplicadas a la comprensión de la educación e investigación en el campo de la Salud resulta una tarea compleja, pero la he asumido porque la contribución que Juan César García hizo a la Enfermería ha sido significativa. Sus aportes conceptuales y metodológicos apoyaron el análisis e reinterpretación de la práctica de enfermería como práctica social comprometida. Cuando afirma, por ejemplo, que "la variedad de teorías sobre la medicina refleja la dificultad del pensamiento en describir y expresar el carácter contradictorio de los fenómenos (...) estamos asistiendo a una lucha de escuelas de pensamiento que tratan de explicar la relación de la medicina con la estructura social; la efectividad de la acción médica y los determinantes sociales de la enfermedad" (1), encontramos que esta reflexión resulta aplicable y vigente en la actualidad para comprender las prácticas en salud vigentes.

Conocí al Maestro Juan César García por allá, en el año 1983, a propósito de una reunión técnica sobre la investigación en Enfermería en Latinoamérica. Me impresionó su sencillez, calidez humana y sapiencia; realmente, un hombre en el que se conjugaban los valores humanos y éticos con los intelectuales, como conducta que cada vez se hace menos frecuente en la convivencia social.

La claridad de su pensamiento en relación a la orientación que debe tener la formación de recursos en salud en América Latina, así como la función de las entidades formadoras, respecto a lo cual manifiesta lo que, a mi juicio, considero una base explicativa que justifica el trabajo multidisciplinario e intersectorial: "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 postulado hoy día por las corrientes importantes en las Ciencias Sociales (...)". (2)

Juan César García generó y promovió proyectos de trabajo a nivel latinoamericano que permitieron el surgimiento de investigadores y grupos de investigadores de docencia y servicio, teniendo como eje orientador de los estudios realizados el reconocimiento de que "en el sector Salud 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 (...)". (3) En el terreno de la práctica médica su crítica sobre el surgimiento de programas alternativos de autocuidado de la salud, atención primaria realizada por el personal no profesional, revitalización de la medicina tradicional, tecnología aplicada, orienta en forma determinante hacia dónde deben estar dirigidos nuestros esfuerzos en el presente y futuro en cuanto a formación de recursos humanos en salud y prestación de servicios en América Latina.

En consecuencia, con el pensamiento de Juan César García -cuya esencia se dirige a reflexionar y a actuar en forma coherente como educadores e investigadores ante la realidad crítica que vivimos en nuestros países; a compartir experiencias; a discutir los problemas comunes; a ofrecer respuestas concretas, ya que la tarea del desarrollo social se ha vuelto una necesidad quizás porque el hambre, la miseria y hasta la violencia desatada en los países hacen ver la inminencia de un grave deterioro social-, se debe responder formando la nueva conciencia solidaria latinoamericana en base a la existencia de pueblos vinculados por la historia, la cultura y el porvenir. Como señala José Martí: "tenemos que preparar el campo con nuestras instituciones y libros a las generaciones futuras. Debemos preparar esa revelación de la libertad que debe producir la nación más homogénea, más nueva, más pura, extendida en las pampas, llanos y sabanas regadas por el Amazonas y el Plata y sombreadas por los Andes. Y nada de esto se puede conseguir sin la unión, sin la unidad, sin la asociación". A concretizar este pensamiento contribuyó en forma efectiva Juan César García. Nosotros debemos aceptar el desafío y fortalecerlo.

Referencias

1. Juan César García: *Medicina y Sociedad. Las corrientes del pensamiento en el campo de la Salud. Educación Médica y Salud: 13(3). 1979. Pág. 379.*
2. *Ibidem* pág. 363.
3. *Ibidem* pág. 380.

LA SALUD PUBLICA EN AMERICA LATINA Y EL PENSAMIENTO DE JUAN CESAR GARCIA

Francisco Rojas Ochoa

El interés permanente en el estudio de la obra de Juan César García es demostración evidente de la importancia y vigencia de esa obra. Este estudio, impulsado por la Fundación que lleva su nombre y que se hace en toda el área latinoamericana, revela cada día nuevos hallazgos en sus aportes al pensamiento médico social.

Es por eso que en años recientes hemos visto aparecer importantes publicaciones que toman su pensamiento como eje del desarrollo de las mismas, o que reeditan algunos de sus trabajos. Tal es, en el primer caso, el libro *Ciencias Sociales y Salud en América Latina*, editado por Everardo Duarte Nunes (1), donde se utiliza como presentación el trabajo póstumo de Juan César: su autoentrevista (2). En el segundo caso tenemos la antología, donde también Duarte Nunes presenta once textos de Juan César (en portugués) precedida de un breve ensayo sobre la obra general de nuestro autor. (3) Más recientemente, en el número de enero de este año, el primero y excelente de la *Revista del "Instituto Juan César García"*, se reproduce uno de sus artículos más vinculados al aspecto de su obra que se nos pide comentar, el titulado "La medicina estatal en América Latina". (4)

En este trabajo García presenta un riguroso y documentado análisis histórico del surgimiento y desarrollo de la medicina estatal en nuestro ámbito latinoamericano. En su enfoque histórico materialista se expone cómo "el surgimiento de la medicina estatal fue posible debido a los cambios que se habrían operado en el campo médico como resultado de su vinculación con el proceso de producción capitalista y que la afecta en su conceptualización, en su práctica y en la forma como organiza sus actividades". (5)

Desde esta idea inicial nos explica el largo proceso de cambios en la organización sanitaria y sus causas. Su tesis se avala por una bibliografía magistralmente seleccionada, que alterna con notas de tanta riqueza como el texto básico, donde se añaden hechos y juicios certeros en amena redacción. La tesis central de este trabajo ha presidido no pocas de nuestras discusiones en esta Conferencia. Este interés por la historia que se evidencia en el artículo, no lo conocí en Juan César hasta su última visita en que me encontré con él en Cuba (1980), donde pasó un buen número de horas estudiando documentos originales de los archivos del Departamento de Historia del Instituto de Desarrollo de la Salud. Antes nuestros contactos estaban orientados a otras áreas de la salud pública, pues fue de muy amplio horizonte su campo de actividad intelectual y profesional. Así, años atrás, mi primer encuentro con Juan César se había producido en los seminarios sobre Ciencias Sociales aplicados a la Salud Pública que desarrolló en La Habana en los primeros años de la década de los 70, y que se basaban en la discusión de una selección de trabajos que reunió con el título de "Paradigmas", sobre los que los participantes debíamos discutir. Fue profunda la huella que dejó en el grupo que trabajó con él por sus dotes pedagógicas, por el manejo de las discusiones, por la excelencia de los documentos seleccionados para nuestro trabajo, por la forma, para nosotros entonces nueva y creativa, de enseñar a investigar y por impulsarnos a aprender a investigar investigando con el respaldo de una base teórica bien estructurada. Fue aquí donde sus alumnos, y me permito autocalificarme de tal en el más modesto significado de esta palabra, pues estaba exactamente aprendiendo de un Maestro (así, con mayúscula), nos adentramos al manejo del concepto de marco teórico como piedra angular de toda investigación.

Algunos hechos pueden indicarnos el impacto de los seminarios que impartió:

- En el primero, de 18 participantes sólo cuatro médicos. Esto iniciaba, para el grupo cubano en que se movía el trabajo, un equipo interdisciplinario en investigaciones en Salud.
- De estos seminarios surgieron las primeras investigaciones en salud, en que el centro de su contenido y sus métodos se orientaban sobre bases metodológicas tomadas de las Ciencias Sociales.
- De este núcleo de trabajo y del pensamiento que él generó surgió una Maestría en Salud Pública, con nueva orientación metodológica y de contenido, que fue la expresión cubana de lo que, también fuertemente influidos por Juan César, ocurrió en los posgrados de Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Médicas de la

Universidad del Estado de Río de Janeiro en Brasil, en el de la Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco en México y en el de la Facultad de Medicina de Quito, Ecuador. (6)

La influencia del pensamiento de Juan César en la Salud Pública de América Latina se aprecia como trascendental sólo de lo último expresado. Pero una cita de su artículo "Medicina y sociedad. Las corrientes de pensamiento en el campo de la Salud", nos presenta la síntesis de un pensamiento que está presente en toda su obra y que ha presidido la más importante producción científica de los últimos años en medicina social o Ciencias Sociales en Salud:

"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. Se entiende, en este contexto, que un 'elemento, 'parte' o 'instancia' de la sociedad es autónomo cuando está determinado por sus propias leyes. Las preguntas fundamentales, por lo tanto, no se dirigen hacia si la medicina es autónoma o no, sino hacia el grado de su autonomía relativa y al tipo de articulación que tiene la medicina con la totalidad social o con sus 'partes'". (7)

Sin embargo, parece aún necesario insistir en lo que de este pensamiento se deriva para la práctica de la salud pública en un mundo latinoamericano cambiante, inestable, en profunda crisis económica y social, donde se nos recordaba hace dos días que soplan vientos fuertes del norte y hacia la derecha, de ese norte "revuelto y brutal" del que nos habló José Martí. (8,9)

En el pensamiento de Juan César, del que recojo sólo dos expresiones elegidas en torno a nuestro primer y último encuentros en Cuba, podemos hoy disponer de un rico arsenal ideológico para utilizarlo en la defensa de la sobrevivencia misma de nuestra cultura, de nuestro pensamiento propio, latinoamericano, del pensamiento de Bolívar, Juárez y Martí, de Sandino, de Mariátegui y del Che, del que se apropió Juan César, enriquecido por el materialismo dialéctico e histórico; del pensamiento que contiene ideas para trincheras más fuertes que las trincheras de piedra, como también dijera Martí. (10)

Este pensamiento de Juan César, como hoy lo estudiamos, nos estimula a no abandonar la lucha por la salud del pueblo, no obstante las adversidades con que nos encontremos. De este pensamiento tomamos ideas, conceptos, posturas filosóficas y el estímulo para "analizar problemas y proponer soluciones" que eran de Juan César rasgo característico.

Referencias

1. Antología. **Ciencias Sociales y Salud en la América Latina: Tendencias y perspectivas**. Editor Everardo Duarte Nuñez. OPS/OMS y CIESU. Montevideo, 1986.
2. *Ibidem*: pág. 20-29.
3. García, J.C.: **Pensamento social em Saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez Editora y ABRASCO. 1989.
4. -----: "La medicina estatal en América Latina". **Revista**. Instituto "Juan César García" 1(1). Enero 1991. Quito.
5. *Ibidem*: pág. 1.
6. Ferreira, J.R.: "Juan César García como precursor de innovaciones en la cooperación técnica internacional" en: **Sesión solemne "Juan César García In Memoriam"**. Serie: "Ponencias" N° 2. Fundación JCG. Quito, s/f.
7. García, J.C.: "Medicina y Sociedad. Las corrientes del pensamiento en el campo de la salud". **Rev. Ed. Med. Salud** 17(4). 1983.
8. Yépez, R.: **Palabras del Presidente de ALAFEM en la sesión inaugural de la Conferencia Integrada "Universidad latinoamericana y Salud de la población"**. La Habana. Junio 1991. En preparación.
9. Cita clásica reiterada de José Martí.
10. *Ibidem*.

PANEL

Salud Pública y Educación Médica en Cuba

Un panel en sesión plenaria con el título arriba indicado se llevó a cabo en el curso de la Conferencia Integrada.

Fungió como moderador la Dra. Rosa Elena Simeón, Presidenta de la Academia de Ciencias de Cuba, y como panelistas el Dr. Juan Vela, Rector del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; el Ing. Antonio Romillo, Rector del Instituto Superior Politécnico "José Antonio Echeverría"; el Dr. Agustín Lage, Director del Centro de Biología Molecular; la Dra. Tania González, Directora del Hospital "Salvador Allende" y el Dr. Adonis Guerrero, Director del Policlínico de Alamar.

El Panel presentó la experiencia cubana en la integración de las funciones servicio, docencia, investigación y producción, desde el nivel primario de atención hasta la Universidad e Institutos de Investigación, tanto al interior del Sistema de Salud como en sus relaciones externas o institucionales e intersectoriales.

RELATORIA

La Conferencia eligió como Relatora General a la Doctora Nila Heredia, de la Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia y como Relatores a los Doctores Raúl F. Calix y Ariel O. Gómez y a la Licenciada María de Lourdes Velázquez, representando a la ALAFEM, OFEDO y ALADEFE respectivamente.

Este cuerpo de relatores estuvo asistido por los Consultores de OPS Doctores Pedro Brito, Saúl Franco y Mario Rovere.

También apoyaron el trabajo de relatoría, en representación del Comité Organizador, los Doctores Ramón Salas, Marco Taché y Gladys Rodríguez y a la Licenciada Nilda Bello.

El Comité Organizador deja constancia de su reconocimiento a este grupo de relatoría por el intenso y eficaz trabajo llevado a cabo.

EXPOMED'91

Paralelamente a la celebración de la Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población", auspiciada por el Ministerio de Salud Pública de Cuba, y contando con amplia participación, se efectuó en la misma sede de la conferencia la exposición científico-técnica y comercial EXPOMED'91.

Se expusieron equipos, instrumental, medicamentos, medios de diagnóstico, publicaciones, medios de enseñanza y otros resultados del trabajo científico-técnico relacionados con las ciencias de la salud.

Las instituciones participantes en la exposición fueron 29 y las personas que trabajaron en las áreas específicas de demostración 200.

Concurrieron a esta exposición:

ARTEX

CENIAI

Centro de Cibernética Aplicada a la Medicina (CECAM)

Centro de Inmunoensayo

Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ)

Centro de Neurotrasplantes

Centro Nacional de Genética Médica

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

Centro Nacional de Investigaciones Científicas (CENIC)

Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico (CENAPEM)

Desarrollo de Especialidades Médicas

Destacamento de Ciencias Médicas

EMIDICT

Facultad de Estomatología

Facultad de Salud Pública

Hospital "Hermanos Ameijeiras"

Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón"

Instituto de Higiene y Epidemiología

Instituto de Investigaciones Fundamentales del Cerebro

Instituto de Medicina del Trabajo

Instituto de Medicina Tropical

Instituto Finlay

Instituto Superior Politécnico "José A. Echeverría"

MEDICUBA

Plan de Médico de Familia

Planes de Estudio

Revista 16 de Abril

Revista Finlay

Universidad de La Habana



VISITAS DIRIGIDAS

Un programa de visitas dirigidas a instituciones educativas de ciencias médicas y de servicios de salud, así como a centros científicos productivos, se llevó a cabo como complemento de las actividades de la Conferencia.

Estas visitas permitieron a los participantes procedentes de otros países conocer el Sistema Nacional de Salud de Cuba, su integración en la asistencia-docencia-investigación, su carácter preventivo, participativo, interdisciplinario e intersectorial, así como los avances en biotecnología y otras áreas de la investigación-producción.

Las instituciones visitadas fueron:

Facultades de Ciencias Médicas "Julio Trigo", "Salvador Allende", "Enrique Cabrera", "Finlay-Albarrán" y "Calixto García" en La Habana y la Facultad de Ciencias Médicas de Pinar del Río.

Facultad de Estomatología de La Habana

Clínica Estomatológica de Pinar del Río

Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón"

Hospitales "Salvador Allende", "William Soler", "Juan M. Márquez" y Psiquiátrico de La Habana

Policlínicos Párraga, Héroes de Girón, de Calabazar, Lawton, Alamar y Cristóbal Labra

Centro de Retinosis Pigmentaria

Centro Nacional de Investigaciones Científicas

Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología

Centro de Inmunoensayo

Centro de Neurotrasplantes

Instituto Finlay

Estas numerosas opciones permitieron satisfacer los muy variados intereses de los asistentes a la Conferencia.

PARTICIPACION

UNIVERSIDADES REPRESENTADAS EN LA CONFERENCIA INTEGRADA

ARGENTINA

Universidad de Buenos Aires
Universidad Nacional de Rosario
Universidad Nacional de Tucumán
Universidad Nacional de La Pampa

BOLIVIA

Universidad Mayor de San Andrés
Universidad Católica Boliviana
Universidad San Francisco Javier

BRASIL

Universidad de São Paulo
Universidad Federal de Ceará
Universidad Federal de Minas Gerais
Universidad Federal de Río de Janeiro
Universidad Luterana de Brasil
Universidad de Rio Grande do Sul
Universidad de Cruz Alta
Universidad Federal de Bahía
Universidad Federal Fluminense
Universidad Estadual de Londrina
Universidad Federal de Santa Catarina
Universidad Federal de Paraná
Universidad De Passo Fundo
Facultad de Medicina de Campos

COLOMBIA

Universidad Nacional de Colombia
Universidad de Cartagena
Universidad del Valle
Universidad de Antioquia
Universidad Autónoma de Manizales
Universidad Metropolitana de Medellín

CUBA

Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana
Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara
Instituto Superior de Ciencias Médicas de Camagüey
Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba
Universidad de La Habana
Instituto Superior Politécnico "José Antonio Echeverría"

CHILE

Universidad de Chile
Universidad de Valparaíso

ECUADOR

Universidad Central del Ecuador
Universidad de Cuenca
Universidad de Guayaquil
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Universidad Eloy Alfaro
Universidad Estatal de Bolívar

ESPAÑA

Universidad Complutense de Madrid

EL SALVADOR

Universidad de El Salvador

GUATEMALA

Universidad de San Carlos de Guatemala

HONDURAS

Universidad Nacional Autónoma de Honduras

MEXICO

Universidad Nacional Autónoma de México
Universidad Autónoma Metropolitana -Xochimilco
Escuela Nacional de Estudios Profesionales de Zaragoza
Universidad de Guanajuato
Instituto Politécnico Nacional
Universidad Veracruzana
Universidad Autónoma de Chiapas
Universidad Autónoma de Zacatecas
Universidad Autónoma de Sinaloa
Universidad Autónoma del Estado de México
Universidad de Guadalajara
Universidad Autónoma de Puebla
Universidad Autónoma de Chihuahua

NICARAGUA

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

PANAMA

Universidad de Panamá

PERU

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad Nacional "Federico Villarreal"
Universidad Nacional de Trujillo
Universidad Peruana "Cayetano Heredia"

PUERTO RICO

Universidad de Puerto Rico

REPUBLICA DOMINICANA

Universidad Autónoma de Santo Domingo
Universidad Nacional "Pedro Henríquez Ureña"
Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra
Instituto Tecnológico de Santo Domingo
Universidad Central del Este

URUGUAY

Universidad de la República

VENEZUELA

Universidad Central de Venezuela
Universidad de los Andes
Universidad del Zulia
Universidad de Carabobo
Universidad Pedagógica Experimental Libertador
Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda"
Universidad Centro Occidental "Lisandro Alvarado"
Universidad Nacional Experimental "Rómulo Gallegos"

**ASOCIACIONES Y ORGANIZACIONES INTERNACIONALES
REPRESENTADAS EN LA CONFERENCIA**

Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM)
Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESp)
Asociación Latinoamericana de Departamentos, Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE)
Asociación de Facultades de Odontología de Europa (AFOE)
Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES)
Consejo Mundial de Iglesias
Coordinadora Latinoamericana de Entidades Estudiantiles de Medicina (CLAEEM)
Instituto "Juan César García"
Organización Continental Latinoamericana de Estudiantes (OCLAE)
Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología (OFEDO)
Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Unión de Universidades de América Latina (UDUAL)

ASOCIACIONES NACIONALES REPRESENTADAS EN LA CONFERENCIA

Asociación de Estudiantes de Medicina de Brasil
Asociación Brasileña de Enfermería (ABEN)
Sociedad Cubana de Administración de Salud
Sociedad Cubana de Enfermería
Sociedad Chilena de Educación en Enfermería
Asociación Ecuatoriana de Facultades de Odontología (AEFO)
Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina del Ecuador (AFEME)
Asociación Nacional de Estudiantes de Medicina del Ecuador (ANEME)
Consejo Nacional de Enfermería de España
Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología (AMFEO)
Federación Nacional de Facultades y Escuelas de Enfermería de México
Asociación Venezolana de Facultades (escuelas) de Medicina (AVEFAM)
Asociación Venezolana de Educación Superior de Enfermería (ASOVESE)
APUCV-IPP - Universidad Central de Venezuela

PARTICIPANTES

Ponentes

Bloch, Carlos (Argentina)
Ilizástigui Dupuy, Fidel (Cuba)
Núñez Alvarado, Nidia (Perú)

Rodríguez González, Martha (Venezuela)
Valdivieso, Carlos (Chile)

Comentaristas

Correra Uribe, Francisco (Colombia)
de Escobar, Vielca (Panamá)
Fernández Sacasas, José (Cuba)
Jouvai, Henry (Brasil)
Mercer, Hugo (Argentina)
Montano, Marco (Cuba)

López, Benjamín (El Salvador)
Portillo, José (Uruguay)
Robinson, Walter A. (Brasil)
Sánchez, Fernando (República Dominicana)
Velandia, Ana L. (Colombia)
Villalpando, José (México)

ORGANIZACIONES INTERNACIONALES

Asociación de Facultades de Odontología de Europa (AFOE)

Juka Ainamo

Consejo Mundial de Iglesias

Gonzalo Oñate Alvarado

Coordinadora Latinoamericana de Entidades de Estudiantes de Medicina (CLAEEM)

Armando de Negri Filho

Instituto "Juan César García"

Rodrigo Yopez

Organización Continental Latinoamericana de Estudiantes (OCLAE)

Arias Díaz, Jorge
Hannam, Everton
López P., Abraham

Penco, José M.
Pupino, Juan J.

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Arroyo Laguna, Juan
Barahona Herrera, Rodrigo A.
Beltrán Neira, Roberto J.
Borrell, Rosa María
Campos, Francisco
Castellanos, Pedro L.
Centeno, Rigoberto P.
Franco Agudelo, Saúl
Ferreira, José Roberto
García Scarponi, Florentino
Granados, Ramón
Guerra de Macedo, Carlyle
Guerrero Esquivel, Eduardo
Hevia Rivas, Patricio
Malo, Miguel
Manfredi, Maricel
Márquez, Miguel A.
Mejía Pimentel de Rodas, Idalma
Pagés, José A.
Paranaguá de Santana, José

Purcallas, Daniel
Rodríguez, Ivelisse
Rodríguez, María Isabel
Romero Teruel, José
Rovere, Mario Roberto
Ruiz, Luis
Salinas, Daniel
Suárez, Julio
Vidal Laiseca, Carlos
Yopez, Patricio

Unión de Universidades de América Latina (UDUAL)

Campos Suárez, José Rafael
Sandoval Navarrete, Javier
Shuberoff, Oscar
Villegas, Abelardo

INSTITUCIONES NACIONALES

ARGENTINA

Abramzón, Mónica
Arzami, Eduardo M.
Bermann, Sylvia (ALAMES)
Bloch, Carlos
Bordoni, Noemí
Di Liscia, María Herminia
Doño, Raquel
Durante, Ana
Fernández, Carlos Roberto
Ferrante, Adela
Fiori, Rosalía Mercedes
Galli, Amanda
Gómez, Ariel Osvaldo (OFEDO)
Grew, Mario
Jaitt, Juan Carlos
Lafuente, Miguel (E)
Mercer, Hugo
Mijoević, Juan Antonio
Peryra de Canton, Lia
Perrone, Néstor
Petrich, Marcelo (E)
Teisaine de Durante, Ana M.

BOLIVIA

Ballivián, Isabel C. de (ALADEFE)
Carrasco Fernández, Jorge
Grigoriy de Pérez, Consuelo
Heredía Miranda, Nila
Lazo de la Vega, Buddy
Leguía Iturvi, Gustavo
Moreno de Pericón, Gladys
Ramírez de Pereira, Wilma
Villagómez, Saleg Eid

BRASIL

Almeida, Marcio José de
Aragão Arrais, Fátima María de
Bachega, María Irene
Balena Duarte, María Beatriz
Balle Kaiffer, Katia (E)
Beckmann Johann, Rogério
Caberton, Darío
Cantidio Mota, Sonia María
Coelho Damasceno, Marta María
Córdova Christóforo, María Auxiliadora
Cristofole Caberton, Iride
Daleiro, María Libia
Della Torre Salzano, Sonia (ALADEFE)
Diógenes Yazlle, Marta Edna Holanda
El Jundi, Sari A.R.J. (E)
Faria, Eliana Marília
Fekete, María Christina
Ferreira Santos, Váiter

BRASIL (Cont...)

Gageiro Kieling, Inés
Gazzola, Mirela Lucía
Godoy Fonseca, Rosa María
Jouval Jr., Henri E.
Lete Alves, Antonio
Loureiro, Sebastiao (ALAMES, ALAESP)
Matos Nunes, Tania Celeste
Mello, Heloisa (E)
Monteiro Molinari, Humberto
Monteiro Molinari, Juárez
Neumann, Ellsete Mariane
Noll Carbone, Fabio (E)
Nuñez Macedo, Josefita
Oliveira Lariú, Nediison
Oliveira Ribas, Luis Fernando de
Pfeiffer Castellanos, Brigitta E.
Robinson, Walter A. (OFEDO)
Rocka, Teresinka de Jesús
Rubin Pedro, Eva Neri
Santos Alves, María Dalva
Santos Oliveira, Suelyo
Silva, Guilherme R. da
Silva, Helena Terezinka
Silva e Silva, Lucía
Souza Giovanini Onofre, Telma María de
Spinola, Aracy W.P.
Sulivan Bastos Mota, Francisco
Tagliari Calliari, María Regina
Tavares, Katia Teresinka
Thome, Sandra -
Tinoco, Aldo
Vaccari Caccaro, Paulo
Yazlle Rocha, Juan Stuardo
Yoshikawa Egry, Emiko

CANADA

Blois, Suzanne de

CHILE

Casanga Solar, Aida Roxana
Núñez Alvarado, Nidia (ALADEFE)
Pessoa Olesnik, Sylvia Elena

COLOMBIA

Arango, Luis Alberto
Arango, Yolanda
Barona de Infante, Nohemy (ALADEFE)
Caballos Bohorquez, Diego
Cerezo Mejías, Libia Victoria
Correa Uribe, Francisco (ALAESP)
Figuroa, Vda. de Estévez, Felpa Izar
Henao, Olga Cristina (E)

COLOMBIA (Cont...)

González Jiménez, Marta Elena
Monroy de Espinosa, Nancy
Payares González, Carlos
Sánchez, Hernán
Tobón Hoyos, Fernando Enrique
Vargas Pino, Lázaro Virgilio
Vásquez Ochoa, Luz Estela (ALAMES)
Velandia Mora, Ana Luisa

CUBA

Acosta Sariego, José
Aguilera, Manuel
Aldereguía Henríquez, Jorge
Alemán, Elizardo
Alemán, Saturnino
Alonso Chil, Oscar
Alonso, Randy
Alvarez Blanco, Adolfo
Alvarez Cambras, Rodrigo
Alvarez, Liduvina
Alvarez Torres, Isabel
Aneiros-Ribas, Ramón
Antúnez, Pablo
Añé González, Biarda
Arce, Bartolomé
Armas M. de, Bertha de
Armengol Noriega, Aurelio
Arrufat, Ileana
Arteaga Herrera, José
Arza M., Mayda
Astrain, María
Avalos Triana, Octavio
Bacallao Gallestey, Jorge
Báez Pérez, Esther
Báez Rodríguez, Omar
Baglan Favier, Jorge
Bali Bali, Moisés
Barreras Enrich, Ariel
Barroso, Zoila
Bascó Fuentes, Eduardo
Bate Bate, José
Baxter Moro, Juan
Becerra Troya, Manuel
Bejereno, Pedro
Bello Fernández, Nilda
Bermúdez F., Alejandro
Betancourt, Jesús
Betancourt, José Ernesto
Bofill Cárdenas, María
Borroto Cruz, Radamés
Brito, Marcos
Brizuela Torné, Gudelia
Caballero, José
Camarós F., José
Cantelar, Nereyda

CUBA (Cont...)

Canto Vidal, Bernardo
Carabaloso, Magaly
Carballo, Xiomara
Carbó Ayala, José
Cárdenas, Orlando de
Cardevilla, Calixto
Carrizo Estévez, Juan
Casagrandi, Davide
Casanova Arzola, Ramón
Castell-Florit, Pastor
Castellano Pina, José
Castillo, Héctor Rolando
Castro Dorticós, Jorge
Castro, Osvaldo
Ceballos, Juan
Cepero Chaviano, María
Cidranes Blomelin, Margarita
Clavijo Portieles, Alberto
Coba Vilches, María
Cobelo, Juan Diego
Colunga, Carlos
Companioni Landín, Félix
Conde Otero, Francisco
Contino, Juan
Córdova, Wilfredo
Coto Oviedo, Rodaric
Crombet Ramos, Tania
Cruz, Ana
Cruz Sánchez, Miguel de la
Currás López, Gonzalo
Cuza Ferrer, Maricela
Chaos González, Nicolás
Chávez, Niurka
Chiu Navarro, Violeta
Darias, Mercedes
Dávila, Juan
Delgado Cisneros, Walda
Delgado, Luis
Devesa Colina, Evis
Díaz García, Sara
Díaz Novás, José
Díaz Padrón, Raúl
Díaz Ramírez, Pedro
Diego Cobelo, Juan M.
Domínguez Hernández, Roberto
Dominique Masó, Caron
Douglas Pedroso, Roberto
Duque Robaina, Jorge
Durán Alvarez, Sandalio
Estrada Paneque, Marcio
Estupiñán G., Maricela
Expósito M., Félix
Fenton Tait, María
Fernández Caballero, Emilio
Fernández, Enrique

CUBA (Cont...)

Fernández, Josefa
Fernández Marín, José
Fernández N., Anayda
Fernández Oliva, Bertha
Fernández Sacasas, José
Fernández Sánchez, Eduardo
Fernández Vila, Angel
Ferrer, Alcides
Ferrer Herrera, Ismael
Ferrer Soler, Luisa
Gainza, Eugenio Victor
Gálvez G., Ana
García, Alicia
García del Busto Chinea, Marielol
García Gutiérrez, Alejandro
García, Israel
García, Rosario
García Roura, Juan
García Santos, Rubén
García Tamayo, Joaquín
García Vega, Ricardo
Gayol Irizar, Aurea
Gibert Domínguez, Nadia
Gómez Naranjo, Julio
González Aguilera, Julio
González Alfonso, Xiomara
González, Antonio
González Delgado, Roberto
González, Idalmis
González, María
González Mencló, Francisce
González Ochoa, Edilberto
González, Olga Lidia
González Rivera, Dimas
González, Redobaldo
González Seivane, Fernando
González, Tania
Granda I., Antonio
Guerra Leal, Obeí
Guerrero, Teresita
Gutiérrez Carmona, Arsenio
Gutiérrez, José A.
Haciet Salina, Esperanza
Hall Smith, Charles
Hatín Ricardo, Alberto
Henríquez, Ruth
Hernán Feliz, Ramiro
Hernández, Bienvenido
Hernández González, Alfredo
Hernández M., Angela
Hernández, Nivaldo
Hidalgo G., Pedro
Hidalgo García, Carmen
Ilizástigui Dupuy, Fidel

CUBA (Cont...)

Iturralde Codina, Armando
Izaguirre, Aleyda
Jardines Méndez, José
Jiménez, Yllian
Lago Dávila, Agustín
Lazo Prieto, Nereyda
Lemus, Olga
León Viña, Juan
Lezcano, Alina
Limonta, Manuel
Limonta Vidal, Graciela
Linares Pérez, Nivaldo
López Gutiérrez, Antonio
López, Miguel Angel
López Mola, Ernesto
López Pardo, Cándido
Luna Vázquez, Ernesto
Llerena Fernández, Pedro
Llop Hernández, Alina
Llerena Figueroa, José
Machen, Beatriz
Mandina Llerena, Jorge
Marcel H., Nilda
Martín Cordero, Jorge
Martín García, Luis
Martínez Calvo, Carlos
Martínez Calvo, Silvia
Martínez Caravia, Francisce
Martínez, Daisy
Martínez Pérez, Maritza
Martínez Pérez, Rosa
Más Bermejo, Pedro
Mecerene, Caridad
Medina Arango, Ramón
Méndez Cabezas, Arturo
Miranda Fuentes, Francisce
Miyares Rodríguez, Carlos
Melé, José
Montano, Marcos
Montelongo M., Gil
Mera, Cletilde
Merales, Francisce
Merales Suárez, Ileana
Merejón, Luis
Merejón Selier, Ruth
Merón, Francisce
Mukedzi, Miguel
Muñoz, Lorenzo
Muñoz Seca, Rafael
Narey Ramos, Benite
Neyra, Margarita
Niebla, Haydée
Nieda, María
Nogueira S., Minerva
Núñez Blanco, Néstor

CUBA (Cont...)

O'Farrill Mons, Esperanza
Ochoa Serrano, Grisel
Ojeda Guerra, Celia
Oramas Díaz, Jehová
Oramas González, Dania
Ordaz Callejón, Francisco
Ordóñez Carceller, Cosme
Orges González, Idalberto
Osa, Horacio de la
Otaño Lugo, Rigoberto
Oubiñas Rodríguez, José
Padrón Cáseres, Leoncio
Páez, Jovita
Pelayo González de Posada, Eduardo
Peña, Damodar
Pérez Chacón, José
Pérez Masa, Benito
Pérez, Noemí
Pérez Vives, Juan
Pernas Gómez, Marta
Pestaña Reyes, Sonia
Pina Sosa, Leonel
Pineda Pérez, Susana
Pita Rodríguez, Antonio
Pons Bravet, Pedro
Pozo Madera, Esperanza
Prado Lemus, Tamara
Prado Peraza, Raimón
Presmanes Fernández, Fidel
Pujals Victoria, Nayra
Ramos, Orlando
Ramos, Teresa
Razunova, Alberbera
Regüeiferos, María
Remedios, Eustaquio
Reyes, María
Reyes Scull, Bertha
Reyes Suárez, Olga
Riacocha Novoa, Estrella
Ricardo, Caridad
Rignac Vaz, Alberto
Rigol Ricardo, Orlando
Rivalta Fleites, Cristina
Rivero Casteleiro, Blanca
Rizo Rodríguez, Raúl
Roca Goderich, Reynaldo
Roche Molinet, Héctor
Rodríguez Denis, Ernesto
Rodríguez Igarza, Nuria
Rodríguez, Lourdes
Rodríguez M., Daniel
Rodríguez Méndez, Gladys
Rodríguez Mendoza, Angela
Rodríguez Noa, Elson
Rodríguez Remos, Rómulo

CUBA (Cont...)

Rodríguez Rivera, Luis
Rodríguez Rodríguez, José
Rodríguez Rodríguez, Rolando
Rodríguez Vázquez, Miguel
Rojas Ochoa, Francisco
Rojas Requena, Rogelio
Rojo Pérez, Nereyda
Roldán Barranco, Yamirka
Romillo, Antonio
Rosales García, Cruz
Ruiz, Guillermo
Russell González, Alonso
Sainz, Jesús
Sainz Menéndez, Benito
Salas Ibarra, Ana
Salas Perea, Ramón
Sanabria, Lúris
Sánchez Anta, Alejandro
Sánchez Carmona, Rainel
Sánchez, Gisela
Sánchez S., Leonardo
Sandoval, Luis
Santiesteban Alba, Stalina
Sarracino, Layda
Serrano Cisnero, María
Serret Rodríguez, Bertha
Silva Ayçaguer, Luis Carlos
Silva Rodríguez, Manuel
Sixto Díaz, Alida
Soler Martínez, Cira
Soler Saavedra, Mario
Sosa H., Arnalda
Sotolongo, Avelina
Sotolongo García, Rodolfo
Suárez, Juan
Suárez, Rolando
Susse, Juan
Taché Jalak, Marcos
Tamayo, Maritza
Tellería Díaz, Alejandro
Toledo Vila, Herio
Torre, María de la
Torre, Rosa Ana de la
Torres Pérez, Silvia
Triana Torres, Teobaldo
Trujillo Sainz, Zenobia
Urbizo Vélez, Joaquín
Valverde Bravo, Ivis
Valverde Medel, Mariano
Valladares Suárez, Berta
Valle Portilla, María del C.
Vázquez Ríos, Belkis
Veitía Mora, Silvio
Vela Valdés, Juan
Véliz Santana, Jorge

CUBA (Cont...)

Vicedo Tomey, Agustín
 Vila González, Elena
 Villa Juárez, Eleanora
 Von Smith, Varan
 Wedderblon, Caridad
 Yera León, Arelys
 Yera Padrón, Abilio
 Yero, Lourdes
 Zamora Ubieta, Francisco
 Zayas Bazán B., Mayra

REPUBLICA DOMINICANA

Aybar Mejía, Yimí (E)
 Castillo, Zunildo
 Corporan Gómez, Ricaldo
 Defilló Ricart, Mariano
 Fernández Lazala, Rafael
 García Suárez, Eduardo Antonio
 Herrera de Castillo, Lourdes Mercedes
 Mena García, Antonio Emilio (OFEDO)
 Mella Mejías, César (ALAFEM)
 Matos Moquete, María del Carmen
 Ramírez de Maldonado, Milagros
 Ravelo Astacio, Julio
 Robles Cid, Diomedes
 Sánchez, Fernando
 Suazo Báez, Miguel Angel
 Taveras, Héctor Darío

ECUADOR

Alvarez Mosquera, Abdón
 Apolo Pineda, José
 Bravo Valencia, Leonardo
 Calderón, Franz
 Carpio Cordero, Julio E. (OFEDO)
 Castro Benavides, Mayra (E)
 Castro Orbe, Rosa María
 Cedeño Torres, Leonardo
 Coronel Mosquera, Enmanuel
 Cruz Cevallos, Mayra Ibet
 Chong López, Angela Elisabeth
 Echeverría Cisneros, María
 Garcés Naranjo, Irina Xiomara (E)
 Guarderas Jijón, Fabián Eduardo (E)
 Guerra Salazar, Remigio
 Játiva Mariño, Edgar
 Jurado Cevallos, Tiberio
 Mosso Ortíz, Mary Consuelo
 Matos Moreira, Ruddy
 Naranjos Castro, Carlos Alonso
 Oñate Alvarado, Gonzalo
 Plaza Vélez, Luis Enrique
 Rodríguez Rodríguez, Miguel
 Ruiz Merino, Oswaldo
 Ramos Ramos, María Cristina

ECUADOR (Cont...)

Rustamante Tapia, Fausto
 Saño Bello, Max del
 Santamaría Acurio, Rosa
 Tejada Chávez, Carmen Susana
 Torres Guerrero, Alcy
 Velazco Garcés, María de Lourdes (ALADEFE)
 Yeppez, Rodrigo (ALAFEM)

EL SALVADOR

López, José Benjamín (OFEDO)

ESPAÑA

Alonso Bilbao, José Luis
 Aramburu Lazkano, María Goretti
 Arrazola Aranzadi, Ander
 Barberia Leache, Elena
 Castells Carrillo, Concha
 Corpas Alcaraz, Manuel
 Fernández Frías, Carlos
 Fuentelsaz, María del Carmen
 García Gonzalo, María Asunción
 González García, María Mercedes
 Hurtado Mendoza, José Luis
 Larizgoitia Jáuregui, Itziar
 López Bereguiano, Esther María
 López Rivas, José Luis
 López Román, Josefa
 López Varela, Margarita
 Markez Alonso, Iñaki
 Martínez Guillen, Rafaela
 Montalvo Montes, María de los Milagros
 Monzón Casas, Teresa
 Pereda Riguera, María Celina
 Quintana Forns, Joan
 Retolaza Balsategui, Josefa Ander
 Rivas Antón, Alfredo
 Rodríguez Rivala, Amalia
 Serrano Calderón de Ayala, Jesús
 Elizalde Soto, Lázaro
 Tártalo Vara, Isabel
 Tazón Puente, Mariam
 Uria Serrano, Juan Luis

FRANCIA

Solange Nicoulana, Isabelle Ane Marie

GUATEMALA

Aldana Martínez, Raúl Antonio
 Aquino Esteban, Norman (OFEDO)
 Cabrera Franco, Jafeth Ernesto
 Samayoa Girón, Mario Alejandro

HONDURAS

Calderón de Figueroa, Rutilia (ALAMES)
 Cáliz, Raúl Felipe (ALAFEM)

HONDURAS (Cont...)

Sánchez, Eva Luz
 Villalobos de Martínez, Rita María

MÉXICO

Abreu Hernández, Luis Felipe
 Aceves Flores, Antonio
 Aguado Cervantes, María de las Mercedes
 Aguilar Puerto, Lurely Guadalupe (E)
 Aguilera Gómez, Martha
 Arenas Guzmán, Margarita
 Cala, Enrique A.
 Carrizosa Jaramillo, Araceli
 Castañeda Martínez, Rosa Elvia
 Cifuentes Velázquez, Silvia
 Coronado Rodríguez, Edith
 Conejo Navarro, María Rosario
 Contreras Garfias, María Elena
 Dofou Olvira, Saúl
 Fuentes Gaete, Hugo de la
 Espino de López, María Elena
 Estrada Arévalo, Angel René
 Fernández de Hoyos, Roberto M.
 Fierro Ayala, Oscar Fernando
 Flores León, Concepción (E)
 Garduño Andrade, María de los Angeles
 Gómez Castellanos, Alfredo
 González Ramela, Ramón Oscar (E)
 González Villalobos, Manuel
 González Zavala, María Inés
 Hernández, Graciela
 Hernández Martínez, Blanca Estela
 Hernández Rodríguez, Juana
 Hidalgo Wong, Virginia
 Hinojosa Mendoza, Francisco
 Huerta Peña, José
 Landeros Olguín, Elia
 Larrañaga de Santos Burgoa, Maite del Carmen
 Lazcano Herrera, Bonfilio Roberto
 Ledesma Delgado, Ma. Elena
 Manulla Herrera, Roberto
 Marín Campos, Yolanda
 Martínez, Patricia Catalina
 Martínez Rodríguez, Angélica Rosalva
 Medina de Abreu, Sara Rosa
 Mendoza Tavarez, M. Mercedes
 Mercado Martínez, Francisco Javier (ALAMES)
 Moreno Altamirano, Laura
 Najera, Rosa María
 Navarro Alvarez, José Alberto
 Orozco Méndez, Irma Sucel
 Ortiz Ramírez, José de Jesús
 Panlagua Martínez, Heriberto
 Pérez Martínez, Tomasa
 Pinzón Tofiño, María Eugenia
 Portilla, Javier

MEXICO (Cont...)

Prieto Santa Anna, Luz Marina
 Prudencio Casio, Oscar
 Quijada Sánchez, Eloísa Laura
 Ramírez de la Torre, María Cristina
 Rodríguez Gelabert, Rocío
 Rodríguez Velázquez, Juana María (ALADEFE)
 Sánchez Flores, Adelita
 Santos-Burgoa Zarnecki, Carlos
 Torrenys Bernann, Norah B.
 Valdés Aguilar, Rafael
 Valdés Martínez, María Elena
 Vega Cabrera, Juana Inés
 Verdugo Barraza, Lourdes
 Villa Contreras, Sofía
 Villalpando Casas, José de J.
 Villanueva Clift, Héctor José

NICARAGUA

Argañal Gómez, René
 Bravo Flores, Oscar Antonio
 Piura López, Julio

PANAMÁ

Escobar, Vielca de (ALADEFE)
 Sierra del Busto, Eduardo

PARAGUAY

Ibarra, Felipe

PERÚ

Arellano Lozano, Luis
 García de Arellano, Luisa
 Heise, Beatrice
 Izquierdo Márquez, Jorge
 Lip Licham, César
 Manrique Guzmán, Jorge
 Meza-Cuadra, Antonio (ALAFEM)
 Minchola Rodríguez, Juana Adriana
 Mondoñedo Riera, Francisco Javier
 Rivera Usuerín, Ramón
 Societa Carbajo, Luisa Estela
 Valdivieso Montoya, Carlos (OFEDO)

PUERTO RICO

Arroyo Acevedo, Hiram

URUGUAY

Carlevaro, Pablo (ALAFEM)
 González Rodríguez, Nancy Sully
 Portillo, José
 Salerno, Artagnan (OFEDO)

VENEZUELA

Acevedo, Doris Marlene
 Aguilre, Jesús

VENEZUELA (Cont...)

Alarcón de Hernández, Zulay
Alfonso, Iván
Alvarez de López, Mary
Anez de Camargo, Ana Cristina
Araujo, Alicia
Aroche, Francisco
Attías de Galindez, Doris Helena
Ayala Estraño, Mireya
Balleza de Paris, Vanessa
Barrera Paz, Leobaldo
Barrientos, William (E)
Battaglia Sánchez, Reina María (E)
Bechara Castellano, Francisco Antonio
Betancourt, Lilia I.
Blank de García, María Elvira
Borges García, Rafael Horacio (ALAESp)
Bracho de López, Cira
Bravo, Luis
Cammarano P., Francisco
Cárdenas Vegas, Oscar Alberto
Carroz U., Dignora
Casique de Delgado, Violeta
Castro Rodríguez, Maguile
Colina Chourio, José A.
Concepción de Agüero, Zulay
Cruz R., Lilia
Curiel Chirinos, Henry
Chacón Nieto, Evelio
Chaves Ceballos, Oswaldo
Delgado, José Ramón (ALAESp)
Devoe Greew, Larry William
Espinoza Herrera, Edith
Fernández Trujillo, Rafael
Ferribal Valero, Nelson R.
Figueroa, Omaira
Freimaris Hance, Laura
Florez Leal, Antonia
Fuenmayor, Tubalcaín
Garbán C., Hermes J. (E)
García, Jesús Camilo
García G., Bahilde
Geiringer, Alberto
González, José A. (E)
González de Gago, Teresita
González de Pérez, Zulima
González de Uzcátegui, Ana Dolores
Garrido de Armas, Tíbaldo
Gutiérrez G., Eva H
Gutiérrez G., Miguel
Jiménez, Gloria Josefina
Jiménez Navas, Heberto José
Kiechle Aulan, Nademar
León C., Carmen I.
León de Zavadzkas, Ana
Maldonado Duenas, Alfonso

VENEZUELA (Cont...)

Marco, España
Marinelli, Julio J.
Mazzarr, Marcelo
Motilva Najul, Leonardo
Morón B., Alexis V.
Mota Blanco, Adela (E)
Muñoz Armas, Simón
Núñez, Norma
Omaña Porras, Ana Margarita (E)
Ojeda Araujo, Luis Manuel (E)
Pieruzzi, Elbano
Paz Araujo, Exequiadis
Peña, Nidia
Pérez de Altamirano, Tatiana
Pérez de Santos, Rosa María
Piña Reyes, Fernando (E)
Quintanilla, Silvia
Ramírez Robles, Iraima (E)
Regardiz Salas, Rubén (E)
Reyes Pino, Josefina (E)
Rivas Osorio, Mauricio
Rodríguez, Marta
Rodríguez, Nilia
Rodríguez de Muñoz, Aura María
Salazar de Vega, Celida
Salgado, Antonio
Sampson, Celsa
Sánchez de Chocrón, Iraida
Sánchez de Duque, Ceneida
Saraceni, Venecia
Saturno Canelon, Jesús
Sijussar de Arocha, Katerina
Sosa Jauregui, Marielys (E)
Soto Navas, Ligia E.
Suárez de León, Luz Yolanda
Teran López, Idis Elena
Urdaneta, Irma
Urbaneja, María (ALAMES)
Urrina, Secundino
Uzcátegui, Alba Mercy
Valera Escarre, Luis Alfonso
Valera Pireras, Luis
Vilamil Sánchez, Yolanda
Viera Ibarra, Julio Antonio (E)
Viso F., Carlos

NUMERO DE PARTICIPANTES SEGUN PAISES Y ORGANIZACIONES INTERNACIONALES

PAISES		ORGANIZACIONES INTERNACIONALES	
Argentina	22	AFOE	1
Bolivia	8	CLAEEM	1
Brasil	51	CMI	1
Canadá	1	OCLAE	5
Chile	3	OPS	30
Colombia	16	UDUAL	4
República Dominicana	16	Subtotal	42
Ecuador	32		
El Salvador	1		
España	29		
Francia	1		
Guatemala	4		
Honduras	4		
México	64		
Nicaragua	3		
Panamá	2		
Paraguay	1		
Perú	12	TOTAL GENERAL	748
Puerto Rico	1		
Uruguay	4		
Venezuela	103		
Subtotal	378		
Cuba	328		
Subtotal	706		

Excluye 20 participantes en la categoría de acompañantes

NUMERO DE PARTICIPANTES SEGUN PRFESION Y PROCEDENCIA INTERNACIONALES

	Organizaciones	Cuba	Otros países	TOTAL
Médicos	27	175	147	349
Enfermeras	2	30	82	114
Odontólogos	2	30	67	99
Estudiantes	-	49	29	78
Sociólogos	2	2	19	23
Psicólogos	-	8	5	13
Economistas	1	9	1	11
Pedagogos	1	3	7	11
Otros(*)	7	22	21	50

(*) Representados por menos de diez profesionales. Excluye la categoría de acompañantes (20)

AUTORIDADES ACADEMICAS PRESENTES EN LA CONFERENCIA

ARGENTINA

Rector, Universidad de Buenos Aires
Decano, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán
Decano, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Rosario
Director, Escuela de Enfermería, Universidad Nacional de Rosario

BOLIVIA

Decano, Facultad de Medicina, Universidad Mayor de San Andrés
Directora, Carrera de Enfermería, Universidad Mayor de San Andrés
Director, Carrera de Medicina, Universidad Mayor de San Andrés
Directora, Carrera de Enfermería, Universidad Católica

BRASIL

Director, INCOS (FIOCRUZ)
Decano, Centro de Ciencias de Saude, Universidad Estatal de Londrina
Decano, Facultad de Salud Pública, Universidad de São Paulo
Directora, Centro de Ciencias de Saude e Ben-Estar, Universidad Luterana de Brasil
Directora, Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo

COLOMBIA

Decano, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia
Decano, Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Manizales
Directora, Escuela de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia

CUBA

Rector, Instituto Superior de Ciencias Médicas, La Habana
Rector, Instituto Superior de Ciencias Médicas, Villa Clara
Rector, Instituto Superior de Ciencias Médicas, Camagüey
Rector, Instituto Superior de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba
Rector, Instituto Superior Politécnico "José Antonio Echeverría"
Decano, Facultad de Ciencias Médicas de Pinar del Río
Decano, Facultad de Ciencias Médicas "Calixto García"
Decano, Facultad de Ciencias Médicas "Manuel Fajardo"
Decano, Facultad de Ciencias Médicas "Finlay-Albarrán"
Decano, Facultad de Ciencias Médicas "Salvador Allende"
Decano, Facultad de Ciencias Médicas "Diez de Octubre"
Decano, Facultad de Ciencias Médicas "Miguel Enriquez"
Decano, Facultad de Ciencias Médicas "Enrique Cabrera"
Decano, Facultad de Ciencias Médicas "Julio Trigo López"
Decano, Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas
Decano, Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos
Decano, Facultad de Ciencias Médicas de Villa Clara
Decano, Facultad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus
Decano, Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Avila
Decano, Facultad de Ciencias Médicas de Camagüey
Decano, Facultad de Ciencias Médicas de Las Tunas
Decano, Facultad de Ciencias Médicas de Holguín
Decano, Facultad de Ciencias Médicas de Granma
Decano, Facultad de Ciencias Médicas No. 1 de Santiago de Cuba
Decano, Facultad de Ciencias Médicas No. 2 de Santiago de Cuba
Decano, Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo
Decano, Facultad de Estomatología de La Habana
Decano, Facultad de Estomatología de Villa Clara
Decano, Facultad de Estomatología de Camagüey
Decano, Facultad de Estomatología de Santiago de Cuba

Decano, Facultad de Salud Pública
Director, Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología
Director, Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico
Director, Escuela Ibero-Latinoamericana de Ortopedia
Director, Instituto de Ciencias Básicas y Pre-clínicas "Victoria de Girón"
Director, Instituto de Investigaciones Fundamentales del Cerebro

REPUBLICA DOMINICANA

Rector, Universidad Autónoma de Santo Domingo
Decano, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Santo Domingo
Decano, Facultad de Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra
Decano, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional "Pedro Henríquez Ureña"
Director, Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Santo Domingo
Director, Carrera de Odontología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Santo Domingo
Director, Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Santo Domingo
Director, Escuela de Medicina, Instituto Tecnológico de Santo Domingo

ECUADOR

Rector, Universidad Central de Ecuador
Decano, Facultad de Medicina, Universidad de Cuenca
Decano, Facultad de Odontología, Universidad de Cuenca
Decano, Facultad de Medicina, Universidad "Eloy Alfaro"
Decano, Facultad de Odontología, Universidad Central de Ecuador
Decano, Facultad de Odontología, Universidad de Guayaquil
Directora, Escuela de Enfermería, Universidad Estatal de Bolívar
Directora, Escuela Nacional de Enfermería, Universidad Central de Ecuador
Directora, Escuela de Tecnólogos Médicos, Pontificia Universidad Católica de Quito
Director Nacional de Estomatología

EL SALVADOR

Rector, Universidad de El Salvador

ESPAÑA

Director, Servicio de Cooperación Internacional, Ministerio de Sanidad

GUATEMALA

Decano, Facultad de Medicina, Universidad de San Carlos de Guatemala
Decano, Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos de Guatemala

HONDURAS

Directora, Escuela de Enfermeras, Universidad Nacional Autónoma de Honduras

MÉXICO

Decano, Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México
Directora, Escuela de Odontología, Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza
Directora, División de Salud y Biología, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco
Directora, Departamento de Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco
Director, Escuela de Odontología, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco
Directora, Carrera de Enfermería, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco
Directora, Carrera de Medicina, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco
Directora, Escuela de Enfermeras de Irapuato, Universidad de Guanajuato
Director, División de Medicina, Universidad Autónoma de Sinaloa
Director, Escuela de Medicina Humana, Universidad Autónoma de Chiapas
Director General de Enseñanza en Salud, Secretaría de Salubridad y Asistencia
Director, Escuela de Salud Pública, Secretaría de Salubridad y Asistencia
Director, Escuela de Salud Pública, Universidad Veracruzana

NICARAGUA

Decano, Facultad de Medicina de Managua, Universidad Autónoma de Nicaragua

PANAMÁ

Decano, Facultad de Odontología, Universidad de Panamá

PERÚ

Decano, Facultad de Odontología, Universidad Mayor de San Marcos

Director, Escuela de Salud Pública

Director, Centro de Promoción Educativa, Universidad "Cayetano Heredia"

Directora, Escuela de Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo

PUERTO RICO

Director, Escuela de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico

URUGUAY

Decano, Facultad de Medicina, Universidad de la República

Decano, Facultad de Odontología, Universidad de la República

VENEZUELA

Decano, Facultad de Medicina, Universidad de Carabobo

Decano, Facultad de Medicina, Universidad Centro Occidental "Lisandro Alvarado"

Decano, Escuela de Medicina, Universidad de Oriente

Decano, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela

Decano, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia

Decano, Facultad de Odontología, Universidad del Zulia

Decano, Facultad de Farmacia, Universidad Central de Venezuela

Director, Escuela de Medicina, Universidad de Carabobo

Directora, Escuela de Enfermeras, Universidad de Carabobo

Directora, Escuela de Farmacia, Universidad de Los Andes

Directora, Area de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Experimental "Rómulo Gallegos"

Director, Escuela de Malariaología y Saneamiento Ambiental

Director, Escuela de Salud Pública

Directora, Escuela de Bioanálisis, Universidad de Carabobo

Director, Centro Nacional de Materiales Dentales, Universidad Central de Venezuela

EJECUTIVOS ELECTOS

ALADEFE

(Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería)

PRESIDENTA

Leda Adriana Minchola de Pérez (Perú)

PRIMERA VICEPRESIDENTA

Cristina Rivalta Fleites (Cuba)

SEGUNDA VICEPRESIDENTA

Cira Bracho (Venezuela)

VOCALES PRINCIPALES

Vielca de Escobar (Panamá)

Rita Villalobos (Honduras)

Lourdes Herrera (República Dominicana)

Isabel de Ballivian (Bolivia)

VOCALES SUPLENTE

Sonia Della Torre Salzano (Brasil)

Eduardo Arzán (Argentina)

María Elena Contreras (México)

Nidia Núñez (Chile)

SECRETARIA GENERAL

María de Lourdes Velazco (Ecuador)

ALAESP

(Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública)

PRESIDENTE

Pedro Llerena Fernández (Cuba)

SECRETARIA EJECUTIVA

Aracy Witt de Pino Espinola (Brasil)

COORDINADOR AREA ANDINA

Fernando Tobón Hoyos (Colombia)

COORDINADOR MEXICO, CENTRO AMERICA Y EL CARIBE

Carlos Santos-Burgoa Zarnecki (México)

COORDINADOR BRASIL CONO SUR

Ernesto Medina (Chile)

ALAFEM

(Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina)

PRESIDENTE

Juan M. Diego Cobelo (Cuba)

CONSEJEROS

Pablo Carlevaro (Uruguay)

Gustavo Leguía (Bolivia)

José Colina (Venezuela)

Jafeth Cabrera (Guatemala)

Adelita Sánchez Flores (México)

SECRETARIO GENERAL

César Mella Mejía (República Dominicana)

Luisa Sacieta (Perú)

ALAMES**(Asociación Latinoamericana de Medicina Social)****COORDINADOR GENERAL**

Sebastiao Loureiro (Brasil)

COORDINADOR DEL CARIBE

Francisco Rojas Ochoa (Cuba)

COORDINADORA CENTROAMERICA

Rutilia Calderón (Honduras)

COORDINADOR MEXICO

Francisco Javier Mercado (México)

COORDINADORA AREA ANDINA

Luz Estela Vázquez (Colombia)

COORDINADORA BRASIL

Amelia Cohn (Brasil)

COORDINADORA CONO SUR

Sylvia Bermann (Argentina)

COORDINADORA SECRETARIA EJECUTIVA

María Urbaneja (Venezuela)

*(Electos en ocasión del V Congreso Latinoamericano de Medicina Social, Caracas, 23 de mayo de 1991)***OFEDO****(Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina)****PRESIDENTE**

Enrique Carpio Cordero (Ecuador)

VICEPRESIDENTES

Roberto B.C. Vianna (Brasil)

Eduardo Sierra (Panamá)

VOCALES

Javier Portilla Robertson (México)

Carlos Valdivieso Montoya (Perú)

Juan Carlos Jaitt (Argentina)

Gladys Rodríguez Méndez (Cuba)

VOCALES SUPLENTE

Francisco Bechara (Venezuela)

Remigio Guerra (Ecuador)

Hernán Sánchez Arango (Colombia)

Angélica R. Martínez (México)

SECRETARIO EJECUTIVO

Ariel Osvaldo Gómez (Argentina)

RESUMEN

La Conferencia se desarrolló según lo previsto, dando cumplimiento al programa, con adición de temas libres que se propusieron al Comité Organizador después de iniciado el evento. Se dio la oportunidad de presentar sus trabajos a todos los visitantes que pidieron hacerlo.

Se efectuaron 8 sesiones plenarias, una de ellas dedicada al Panel homaje a Juan César García y otra a la entrega de distinciones honoríficas a dos destacados educadores médicos latinoamericanos: la Dra. María Isabel Rodríguez de Sutter y el Dr. Fidel Ilizástigui Dupuy.

También se realizó en sesión plenaria un Panel sobre la salud pública y la educación médica en Cuba.

En la plenaria de clausura se hizo entrega del premio de la Fundación Juan César García al Dr. César Hermida.

Se efectuaron 20 sesiones en salas donde se expusieron 158 trabajos. Las presentaciones en cartel fueron 24; de modo que el total de trabajos fue 182.

A esto se añaden las 5 ponencias y 12 comentarios escuchados en las plenarias.

Las sesiones para discusión en grupos fueron 9.

Al final de las sesiones, durante 3 días, se organizaron visitas a instituciones cubanas de la educación superior, en servicios de salud o centros de investigación.

Se efectuó en el marco de la Conferencia el II Encuentro a Egresados del Curso Internacional de Salud Pública de la Facultad de Salud Pública de Cuba.

Las asociaciones que auspiciaron la Conferencia efectuaron sus asambleas, ocasión en que eligieron sus nuevas autoridades.