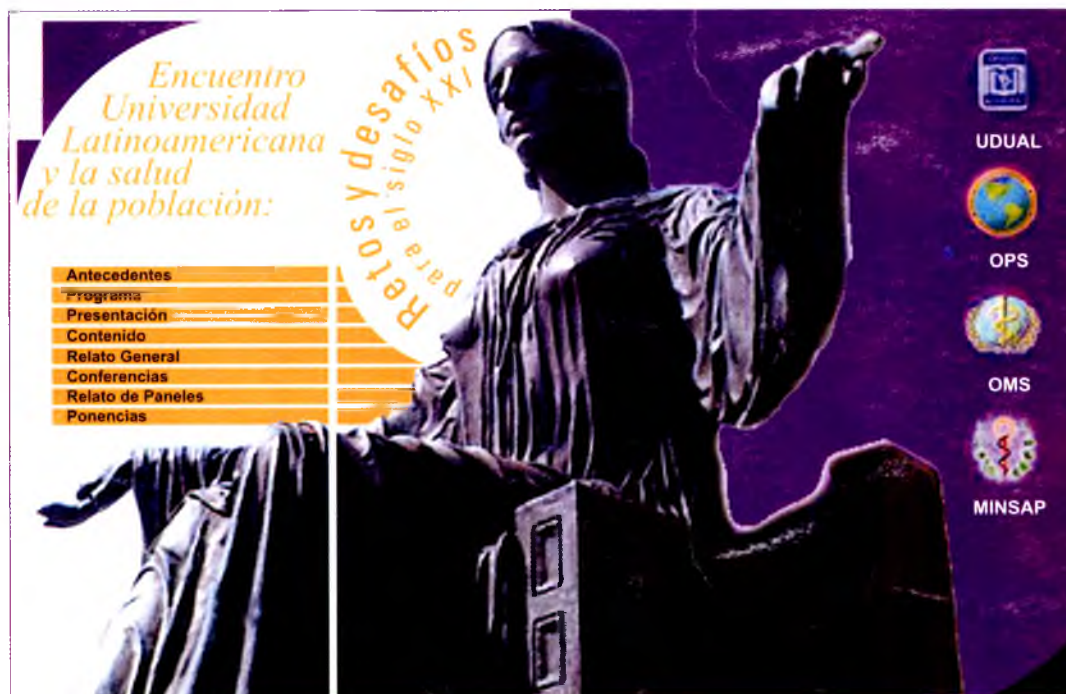


ENCUENTRO UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA Y SALUD DE LA POBLACION RETOS Y DESAFIOS PARA EL SIGLO XXI



MEMORIAS

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DE CUBA
UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
16 19 de Noviembre de 2000
La Habana, Cuba

ENCUENTRO UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA Y SALUD DE LA POBLACION RETOS Y DESAFIOS PARA EL SIGLO XXI



Historia	1
Invitación	2
Auspiciadores del evento	3
Temas generales	4
Participantes	5
Comite organizador	6
Sede	7
Información	8

MEMORIAS

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DE CUBA
UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
16 – 19 de Noviembre de 2000
La Habana, Cuba

UBU...
RA422
CLAS. • E5. 2000
MR. 1500
PROG. M.S.P. OPS; OMS
FECHA 17.11.02
PUB. 5

Código de barras
CUBU1803 0048
Nº de Inventario
20/8 03 00530

Cuba. Ministerio de Salud Pública
Encuentro universidad latinoamericana y salud de la población:
Retos y desafíos para el siglo XXI. Memorias, 16 - 19 de Noviembre
de 2000. Ministerio de Salud Pública; Unión de Universidades de
América Latina; Organización Panamericana de la Salud. La Habana:
OPS, 2001.
v. 203 +

© Cuba. Ministerio de Salud Pública
Revisión: Francisco Rojas Ochoa
Transcripción Yolanda Vega Gutiérrez
Edición: Diana Rojo León
Impresión: Palcograf

PRESENTACION



La concepción de una Universidad Latinoamericana comprometida con el desarrollo de prácticas sociales al servicio de las grandes mayorías, constituyó el trasfondo de los esfuerzos conjuntos de la Conferencia Integrada Universidad Latinoamericana y Salud de la Población, realizada en 1991 y el Encuentro Universidad Latinoamericana y Salud de la Población, Retos y Desafíos para el Siglo XXI, realizado en el 2000.

Para el segundo evento, el Ministerio de Salud Pública de Cuba y la Universidad de La Habana, con el auspicio de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) y de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud facilitaron el espacio de reflexión y debate, en el cual representantes de la educación superior de nuestros países abordaron importantes temas, entre estos, el relacionado con la situación económica y social de América Latina, los retos y alternativas estratégicas para superarlas.

Asimismo fue importante el abordaje y el debate sobre los problemas, desafíos y oportunidades de las reformas del sector salud, temática de polémicas y amplias discusiones sobre los diversos aspectos del acceso, la equidad y el financiamiento.

La integración latinoamericana y el papel de las universidades en este proceso conllevó sustentaciones de gran profundidad por su trascendencia política, económica y social lo que permitió al pensamiento colectivo su enfoque hacia ese horizonte posible de la integración.

La formación de los recursos humanos, la investigación y el compromiso social de la Universidad fueron tres ejes importantes dentro de las ponencias y los debates, los mismos que sirvieron de base para trazar los lineamientos de un plan estratégico decenal que la Unión de Universidades de América Latina con la participación de las instituciones académicas y de servicios de Cuba, con el auspicio de la OPS/OMS intentan poner en marcha en América Latina.

La perspectiva de la Universidad hacia el nuevo milenio dio culminación a este amplio y profundo debate, destacándose la iniciativa de Cuba a través del Programa Integral de Salud y la Escuela Latinoamericana de Medicina que han sembrado la cimiento para que este proceso siga adelante haciendo camino y alcanzando logros en el espacio latinoamericano.

Los organizadores del Encuentro con el valioso apoyo del Profesor Francisco Rojas Ochoa decidieron recopilar y editar las Memorias de este importante evento y ponerlo a consideración de la comunidad latinoamericana en el marco de la III Convención Internacional de la Educación Superior que tendrá lugar en La Habana en febrero del 2002.

Para la Representación de la OPS/OMS en Cuba ha sido un privilegio acompañar este proceso y continuar compartiendo con la Universidad latinoamericana los esfuerzos por mejores logros en el quehacer académico, científico y social.

*Dr. Patricio Yopez
Representante de la OPS/OMS en Cuba*

CONTENIDO

Universidad Latinoamericana y Salud de la Población: Retos y Desafíos hacia el Siglo XXI	1
Antecedentes	1
Objetivos	4
Metodología	4
Programa de Trabajo	6
Relato General	11
Sistema Nacional de Salud, Cuba. 1999	
<i>Carlos Dotres Martínez</i>	29
Reforma del Sistema de Salud	
<i>Michelle Bachelet Jeria</i>	37
Panel No. 1. Situación económica y social de América Latina: retos y alternativas estratégicas para superarlas	41
Relato	42
Situación económica y social de América Latina : retos y alternativas estratégicas para superarlas	
<i>Juan Vela Valdés</i>	45
Cinco reflexiones coyunturales sobre América Latina	
<i>Saúl Franco Agudelo</i>	55
Algunos elementos para comprender América Latina	
<i>Fortunato Malimaci</i>	62
Panel No. 2. Problemas, desafíos y oportunidades de las reformas del sector salud en el futuro	75
Relato	76
La naturaleza de las reformas del sector salud en las Américas y su importancia para la cooperación técnica de la OPS	
<i>Daniel López Acuña</i>	82
Panel No. 3. La integración latinoamericana y el papel de la Universidad en este proceso	101
Relato	102
La integración latinoamericana y el papel de las universidades en este proceso	
Gustavo Vega Delgado	105
Formación de recursos humanos en salud para el tercer mundo: estrategia de Cuba	
<i>Heana Morales Suárez</i>	115
Integración latinoamericana, el papel de las universidades	
<i>Efraín Medina</i>	123
Panel No. 4. El proceso de formación de recursos humanos: enfoques y estrategias para adecuarlos a las necesidades de la población	128
Relato	129
El proceso de formación de los recursos humanos en salud. Enfoques y estrategias para adecuarlos a las necesidades de la población	
<i>Luis Calegari</i>	136
Desarrollo integrado de la educación y los servicios de salud. Experiencias e innovaciones en América Latina	
<i>Joao José Batista de Campos</i>	143

Proyecto educativo de la Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México	
<i>Alfredo Gómez Castellanos</i>	151
Panel No. 5. El compromiso social de la Universidad frente al nuevo milenio	153
El compromiso social de la Universidad frente al nuevo milenio	
<i>Oscar Feo</i>	154
El compromiso social de la Universidad frente al nuevo milenio	
<i>Aloisio Teixeira</i>	157
El compromiso social de la Universidad frente al nuevo milenio	166
La Universidad en la salud y el desarrollo	
<i>César Hermida Bustos</i>	170
El compromiso social de la Universidad en el nuevo milenio	
<i>Rodrigo Barceló Martínez</i>	178
Panel No. 6. Retos y desafíos para el postgrado en América Latina	190
Relato	191
Retos y desafíos para el postgrado de salud en Cuba	
<i>Julio Antonio Portal Pineda</i>	193
Panel No. 7. La perspectiva de la Universidad Latinoamericana de cara al nuevo milenio	199
La perspectiva de la Universidad de cara al nuevo milenio	
<i>Rosa María Nájera</i>	200

"UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA Y SALUD DE LA POBLACIÓN: RETOS Y DESAFÍOS HACIA EL SIGLO XXI".

La Habana, 16 al 19 de noviembre del 2000

Antecedentes.

En el año 2000 coinciden algunos aniversarios importantes vinculados a la educación superior latinoamericana, como son los 100 Años de la Facultad de Estomatología del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, los 51 Años de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL), los 20 Años de la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología (OFEDO). Este importante marco conmemorativo ha determinado por parte del Ministerio de Salud Pública de Cuba, invitar a la UDUAL y sus Asociaciones y a la OPS/OMS, a celebrar entre el 16 y el 19 de noviembre del año 2000 el Encuentro "*Universidad Latinoamericana y Salud de la Población: Retos y Desafíos hacia el Siglo XXI*".

Al inicio de la década de los años noventa se realizó en La Habana, la Conferencia Integrada sobre la Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población. Participaron instituciones de la República de Cuba y otras de carácter internacional. Se consideró en esa oportunidad, que el evento era un punto de llegada, pero también un punto de partida para un proceso de acciones conjuntas, de esfuerzos y de movilización de recursos, para que las universidades contribuyan, con compromiso, al mejoramiento de la salud y la calidad de vida de la población.

Por lo tanto el Encuentro previsto para noviembre del año 2000, constituirá un evento de análisis, que de manera retrospectiva y prospectiva, permitirá identificar la dinámica de las instituciones con respecto a los resultados logrados desde el año 1991, fecha del evento mencionado y las estrategias que deberán proponerse para la continuación del proceso de desarrollo universitario.

Uno de los resultados, de la reunión de 1991, fue una declaración de las instituciones involucradas, en la cual se señalaron varios aspectos que por su importancia se mencionan a continuación:

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 social 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 prácticas vigentes en 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 sirven.
- 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 de 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,
- sobre todo 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.

De acuerdo con lo tratado en los temas estudiados se llegó a proponer algunos lineamientos estratégicos, tales como:

- Redefinición de estructuras académicas y de gestión.
 - Incremento de la calidad de la educación.
 - Esfuerzo hacia la multidisciplinariedad.
 - Vínculo con la comunidad y con el sector productivo.
 - Voluntad y decisión políticas.
- Lo anterior con el objeto de:
- Formación de los recursos humanos, de alta calidad y compromiso.
 - Desarrollo de la investigación y de la tecnología.
 - Refuerzo de la extensión universitaria.

Teniendo en cuenta que se llegó a conclusiones y propuestas, con gran acuerdo entre los participantes, múltiples dificultades, de diversa índole, se han presentado durante el decenio. Las condiciones del contexto, muchas de ellas consideradas como problemas, se han agravado. La capacidad de liderazgo en la universidad ha menguado. Los obstáculos político-económicos, en el desarrollo institucional también, son más graves en la mayoría de los países. Por lo tanto, el impacto de la Universidad, como agente transformador, parece haber sido precario.

En consecuencia, es importante retomar el análisis de la situación, y nuevamente hacer esfuerzos para una acción globalizada, firme y decidida, como necesidad imperiosa para la reorientación de la función social de la Universidad. A este proceso desea contribuir la convocatoria al Encuentro Universitario Latinoamericano.

Objetivos.

- 1.- Analizar y debatir sobre varios temas vinculados al compromiso social de la Universidad con la salud y el bienestar de la población.
 - Situación económica y social de América Latina, retos y alternativas estratégicas para superarla.
 - Problemas, desafíos y oportunidades de las reformas del sector en el futuro.
 - La Integración Latinoamericana y el papel de la Universidad en este proceso.
 - El proceso de formación de los recursos humanos: enfoques y estrategias para adecuarlo a las necesidades de la población.
 - Retos y desafíos para la salud y la investigación en América Latina.
 - El compromiso social de la Universidad frente al nuevo milenio.
 - Retos y desafíos para el postgrado en América Latina.
 - La perspectiva de la Universidad Latinoamericana de cara al nuevo milenio.
- 2.- Formular los lineamientos básicos para la preparación de la plataforma de trabajo para el Plan Estratégico 2001 – 2010.
- 3.- Establecer los mecanismos de seguimiento al Plan Estratégico.

Metodología.

El Encuentro se inaugura el día jueves 16 de noviembre en forma conjunta con otros eventos científicos en la Sala Plenaria del Palacio de las Convenciones de La Habana, con una conferencia magistral sobre el Sistema Nacional de Salud de Cuba, sustentada por el Dr. Carlos Dotres Martínez, Ministro de Salud Pública.

Luego de la conferencia habrá un receso para la distribución de los participantes en las diferentes salas; el Encuentro se desarrollará en sesiones plenarias en la Sala No. 4 del mencionado Palacio.

Para el desarrollo del Encuentro se han programado siete paneles vinculados a cada uno de los temas antes señalados, en cada panel habrá un coordinador y un relator, así como los ponentes invitados a sustentar el tema; luego de las exposiciones se ha previsto tiempo para el debate.

El producto de cada panel será entregado a la Relatoría General para la preparación del informe que será sometido a consideración de la plenaria en la sesión del día domingo 19 a

partir de las 9:00 horas. Se aspira que además se obtengan las recomendaciones sobre los mecanismos de seguimiento a este proceso.

Una vez terminada esta sesión, los participantes del Encuentro serán invitados a incorporarse a la Sala Plenaria del Palacio de las Convenciones para la Sesión Conmemorativa de los 100 años de la Escuela de Estomatología, los 50 años de la UDUAL y los 20 años de la OFEDO/UDUAL. A continuación se realizará la clausura de los eventos.

El relato general de la Conferencia Integrada 1991 y los aportes de los ponentes y de los grupos universitarios a los diferentes temas serán el insumo principal del Encuentro.

Programa de Trabajo

Jueves 16 Noviembre

9:00- 9:30	Inauguración	Sala No. 1	Conferencia "El Sistema Nacional de Salud" Dr. Carlos Dotres Martínez. Ministro de Salud Pública. Cuba.
9:30- 10:00	Plenaria	Sala No. 1	Conferencia "Reformas del Sistema de Salud" Dra. Michelle Bachelet Jeria. Ministra de Salud. Chile.
10:30			RECESO
10:30 - 11:00			Instalación del Encuentro. Sala No. 4 Dra. Yamila de Armas. Viceministra de Salud Pública. Cuba. Dr. Juan José Sánchez Sosa. Secretario General de la UDUAL
11:00- 13:00	PANEL No. 1		Situación económica y social de América Latina: retos y alternativas estratégicas para superarlas. Coordinador: Lic. José A. Quintero. Centro de Investigaciones de la Economía Mundial. Cuba. Ponentes: Dr. Juan Vela Valdés. Rector de la Universidad de La Habana. Cuba. Dr. Saúl Franco. Asociación Internacional de Políticas de Salud. Colombia. Dr. Fortunato Mallimaci. Decano de la Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Argentina.
13:00			RECESO
14:30- 16:30	PANEL No. 2		Problemas, desafíos y oportunidades de las reformas del sector salud en el futuro. Coordinador: Dr. Carlos Dotres Martínez. Ministro Salud Pública. Cuba. Ponentes: Dr. Daniel López Acuña. Director de la División de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

Dr. Guido Zambrana. Decano de la Facultad de Medicina, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz. Bolivia.

Dr. Juan Ramón de la Fuente. Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México.

16:30

RECESO

17:00 -
18:30

DEBATE

19:00

Visita a la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas

Viernes 17 Noviembre

9:00 -
10:30

PANEL No. 3

La integración Latinoamericana y el papel de la Universidad en este proceso.

Coordinadora: Dra. Elvira Martín Sabina. Directora del Centro de Estudios para el Perfeccionamiento de la Educación Superior, Universidad de La Habana. Cuba.

Ponentes: Dr. Gustavo Vega. Rector de la Universidad de Cuenca. Ecuador.

Ing. Efraín Medina. Rector de la Universidad de San Carlos. Guatemala.

Dra. Diana Martínez. Presidenta de la Comisión de Salud del Parlamento Latinoamericano (PARLATINO). Cuba

Dra. Ileana Morales. Directora de Docencia Médica. Ministerio de Salud Pública. Cuba.

10:30

RECESO

11:00 -
12:30

CONTINUACION DEL PANEL No. 3
DEBATE

12:30

RECESO

14:30 -
16:00

PANEL No. 4

"El Proceso de formación de los recursos humanos: enfoques y estrategias para adecuarlos a las necesidades de la población.

Coordinador: Dr. Pedro Brito. Coordinador del Programa de Recursos Humanos de la OPS/OMS.

Ponentes: Dra. María Isabel Rodríguez. Rectora de la Universidad Nacional de El Salvador.

Dr. Luis Calegari. Decano de la Facultad de Medicina
Universidad de la República. Uruguay.
Dra. Laura C. Feuerwerker. Coordinación, Programa
UNI/Brasil.

16:00

RECESO

16:30 -
18:30

DEBATE

14:30 - PANEL No. 4 A
16:00 Sala No. 2

**"Retos y Desafíos para la Salud y la Investigación
en América Latina".**

Coordinadora: Dra. Yamila de Armas. Viceministra
de Salud Pública. Cuba.

Ponentes: Dr. Jorge Luzoro. Facultad de Psicología.
Universidad de Chile.

Dr. Hugo Arechiga. Coordinador de la Red de
PUISAL.

Dra. Niviola Cabrera. Dirección de Ciencia y
Técnica. Ministerio de Salud Pública. Cuba.

Dr. Alberto Pellegrini. Coordinador de
Investigaciones de la OPS/OMS.

16:00

RECESO

16:30 -
18:30

DEBATE

Sábado 18 Noviembre

9:00 - PANEL No. 5
10:30

**"El Compromiso social de la Universidad frente al
nuevo milenio"**

Coordinador: Dr. Juan José Sánchez Sosa. Secretario
General de la UDUAL

Ponentes: Dr. Oscar Feo. Universidad de
Carabobo. Venezuela.

Dr. Aloisio Teixeira. Universidad Federal de Río de
Janeiro. Brasil.

Dr. Diomedes Robles. Decano de la Facultad de Ciencias de
la Salud. Universidad Autónoma de Santo Domingo.
República Dominicana.

Dr. César Hermida. Director Ejecutivo de la Asociación de
Facultades de Medicina del Ecuador.

Dr. Rodrigo Barceló. Programa UNI/Barranquilla. Colombia

10:30		RECESO
11:00 - 12:30		CONTINUACION DEL PANEL No. 5 DEBATE
12:30		RECESO
14:00 - 16:00	PANEL No. 6	" Retos y desafíos para el postgrado en América Latina" Coordinador: Dr. Radamés Borroto. Director de la Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba Ponentes: Dr. Julio Portal. Director de Docencia de Postgrado, Ministerio de Salud Pública. Cuba. Dr. Abel Packer. Director de la Biblioteca Regional de Medicina OPS/OMS. Dr. Gabriel Macaya. Rector de la Universidad de Costa Rica. Dra. Elvira Martín Sabina. Directora del Centro de Estudios para el Perfeccionamiento de la Educación Superior. Universidad de La Habana. Cuba.
16:00		RECESO
16:30 - 18:30	PANEL No. 7	"La Perspectiva de la Universidad Latinoamericana de cara al nuevo milenio." Coordinador: Dr. Juan Carrizo. Rector. de la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas. Cuba. Ponente: Dr. Juan José Sánchez Sosa. Secretario General de la UDUAL. Ponente: Dr. Buddy Lazo de la Vega. Presidente de ALAFEM. Ponente: Dr. Gilberto Naranjo. Presidente de OFEDO. Ponente: Dra. Rosa María Nájera. Presidenta de ALADEFE.

Domingo 19 Noviembre

9:00 - 10:00	Presentación del Relato
10:00 - 10:30	Conclusiones y Recomendaciones

10:30 -
12:30

Sesión Conmemorativa "100 Años de la Escuela Odontología".

Dr. Luis Suárez Rosas Decano de la Facultad de Estomatología
Universidad Médica de La Habana. Cuba.

50 Años de la UDUAL, Dr. Juan José Sánchez Sosa. Secretario General
de la UDUAL.

20 Años de la OFEDO/UDUAL, Dr. Ariel Gómez. Ex Presidente de
OFEDO.

12:30 Ceremonia de Clausura-

COORDINACIÓN GENERAL:

Dra. Yamila de Armas. Viceministra de Salud
Pública. Cuba.

Dr. Luis Suárez Rosas. Presidente del Comité
Organizador.

Dr. Juan José Sánchez Sosa. Secretario General de la
UDUAL.

RELATORIA GENERAL:

Dr. Dimitri Barreto (Ecuador).

Dra. María del Carmen Amaro (Cuba).

**ENCUENTRO UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA
Y SALUD DE LA POBLACION
RETOS Y DESAFIOS PARA EL SIGLO XXI
16 – 19 de Noviembre del 2000**

R E L A T O G E N E R A L

Introducción.

En el presente año coinciden algunos aniversarios importantes vinculados a la educación superior latinoamericana. como son los 100 años de la Facultad de Estomatología del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, los 50 Años de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) y los 20 Años de la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología (OFEDO). Para conmemorar estos acontecimientos, por iniciativa del Ministerio de Salud Pública de Cuba y contando con la participación de la UDUAL y sus asociaciones y de la Organización Panamericana de la Salud, del 16 al 19 de noviembre del 2.000, en el Palacio de las Convenciones de la Habana, se desarrolló el **Encuentro Universidad Latinoamericana y Salud de la Población, Retos y Desafíos para el Siglo XXI**. Esta importante cita contó con la presencia de 128 participantes: autoridades de salud, rectores de universidades, decanos, docentes, investigadores y estudiantes de universidades de 17 países, quienes durante cuatro días debatieron con profundidad y alto grado de compromiso los distintos temas de la agenda.

El esfuerzo del Comité Organizador se puso de manifiesto en el cabal cumplimiento del programa, en el ambiente fraterno en que se desarrolló y sobre todo en la calidez que todos los asistentes recibimos de parte de los amigos cubanos.

Objetivos.

1.- Analizar y debatir sobre temas vinculados al compromiso social de la Universidad con la salud y el bienestar de la población.

- Situación económica y social de América Latina, retos y alternativas estratégicas para superarlas.
- Problemas, desafíos y oportunidades de las reformas del sector salud en el futuro.
- La integración latinoamericana y el papel de la Universidad en este proceso.
- El proceso de formación de los recursos humanos: enfoques y estrategias para adecuarlo a las necesidades de la población.
- Retos y desafíos para la salud y la investigación en América Latina.

- El compromiso social de la Universidad frente al nuevo milenio.
 - Retos y desafíos para el postgrado en América Latina.
 - La perspectiva de la Universidad latinoamericana de cara al nuevo milenio.
2. Formular los lineamientos básicos para la preparación de la plataforma de trabajo para el Plan Estratégico 2.001 – 2.010.
 3. Establecer los mecanismos de seguimiento al Plan Estratégico.

Actividades.

El Encuentro se desarrolló en forma paralela al Congreso Internacional de Estomatología. Ambos eventos científicos se inauguraron en forma conjunta el día 16 de noviembre con las conferencias magistrales del Dr. *Carlos Dotres Martínez*, Ministro de Salud Pública de Cuba y de la Dra. *Michelle Bachelet Jeria*, Ministra de Salud Pública de Chile, quienes disertaron sobre el sistema de Salud de sus respectivos países.

Los temas específicos del Encuentro fueron abordados mediante paneles que contaron con la participación de expositores invitados por el Comité Organizador, luego de lo cual se estableció el debate con la participación de todos los asistentes.

Acto central constituyó la Sesión Plenaria para la conmemoración de los 100 años de la Escuela de Estomatología de La Habana, los 50 años de la UDUAL y 20 de la OFEDO.

Situación Económica y Social de América Latina: Retos y Alternativas Estratégicas para Superarlas.

A través de las distintas ponencias y teniendo como sustento las estadísticas de diversos organismos internacionales se puso de manifiesto un panorama no muy alentador para América Latina a finales del siglo. Los rasgos distintivos de este panorama son: pobreza, desempleo, desigualdad social, corrupción, altas tasas de morbilidad y mortalidad, incremento de la violencia y la criminalidad; resultante todo ello, del proceso de globalización de la economía y de la consecuente aplicación del modelo neoliberal. Se enfatizó en que la irracionalidad del modelo lo convierte en inhumano y que la opulencia material y el consumo indiscriminado de una parte de la humanidad va en detrimento de la vida con dignidad de grandes conglomerados humanos.

A título de ejemplo se señaló que, irónicamente, los países desarrollados gastan más en cosméticos, en helados, en perfumes y en alimentos para animales domésticos que lo necesario para cubrir las necesidades mundiales de enseñanza básica, de acceso a agua potable y saneamiento ambiental, lo que aseguraría una vida más digna a millones de hombres y mujeres.

La pobreza y la marginación impactan tanto en la calidad de vida actual como el de las futuras generaciones. De mantenerse las actuales condiciones se estarían gestando, para el futuro, ciudadanos profundamente afectados y con severas restricciones para desarrollarse con dignidad.

Cinco reflexiones coyunturales sobre América Latina son la mejor evidencia de la situación que inquieta a los participantes.

La primera se refiere al incremento de la inequidad en la región hasta límites incompatibles con la dignidad humana. Así, el hombre haitiano tiene una esperanza de vida al nacer de 27 años menor que una mujer cubana, países separados espacialmente por unos pocos kilómetros.

En segundo lugar, el deterioro generalizado del tejido social, manifestado en la progresiva sustitución del valor de la solidaridad por el de la competencia, la primacía de los intereses y propósitos individualistas sobre las tareas y motivos colectivos, la prioridad del espacio de lo público frente a la exaltación de la iniciativa privada regida por la ganancia, la acumulación, y la valoración de lo inmediato-utilitario por encima de lo progresivo-fundamental, están llevando al debilitamiento de valores y prácticas que daban cohesión y sentido a la vida en sociedad y a su sustitución por otras de signo contrario.

La tercera reflexión se refiere al tema de las denominadas “reformas del sector salud” que impulsadas fundamentalmente por los organismos financieros internacionales se orientan en dirección contraria a las necesidades sociales de la región, procurando favorecer la ampliación de los mercados para las empresas privadas transnacionales vinculadas a la producción de bienes y servicios relacionados con salud, antes que atender los requerimientos de la población. Hay francos indicios de que las reformas sanitarias, en lugar de disminuir la inequidad, están contribuyendo a su incremento.

El cultivo y defensa de lo mejor de lo propio es motivo de la cuarta reflexión. Un panorama social latinoamericano, siempre incompleto, lo será aún más sino integra todos los valores y potencialidades, y si además no rompe el cerco de las lamentaciones y se atreve a convocar al orgullo de lo propio en un clima realista de globalización. Resulta estimulante, se subraya, reivindicar el valor y el orgullo de lo propio.

La última reflexión se centra en la defensa de la vida humana. Los pueblos tienen el derecho no solo a sobrevivir sino a vivir con dignidad.

Frente a esta situación aparece como indiscutible la necesidad de que el sector universitario se constituya en catalizador de las propuestas que den viabilidad a orientaciones creativas, innovadoras y sobre todo basadas en las exigencias sociales para intentar una reducción o eventual erradicación de la inequidad para lo cual se sugiere:

- La generación de conocimiento crítico, en las universidades, dándole apoyo financiero a la investigación, para salir de los modelos dominantes actuales; privilegiar las formas cualitativas y etnográficas y la construcción de indicadores con sentido más latinoamericano.
- Las universidades deben rehacer los vínculos con la sociedad relacionándose con los gobiernos locales y con las organizaciones populares y a través de esta vinculación construir un nuevo saber y hacer realidad el aprendizaje por medio del trabajo creativo.

Para el cumplimiento de estos propósitos se señalaron las siguientes alternativas estratégicas:

- Construir una agenda para la vida que contenga los mecanismos de acción para la recuperación económica de los países, rediscutiendo la deuda externa dentro del marco de una reforma financiera global y de la búsqueda de inversiones menos especulativas.
- La formación integral de la población con conocimientos científicos, técnicos y políticos, con recuperación y ampliación de los elementos culturales propios, con sólidos principios éticos, para fortalecer nuestra identidad latinoamericana.
- Promover acciones unitarias que posibiliten el fortalecimiento de la capacidad de negociación de nuestros pueblos y gobiernos.
- El desarrollo de procesos integracionista orientados a fortalecer las colaboraciones productivas, y desarrollar los intercambios comerciales y financieros entre los países de la región.
- Transformación de los actuales modelos sanitarios en el marco de una mayor responsabilidad del Estado como garante del derecho al bienestar integral de todos los ciudadanos.
- Fortalecer las organizaciones populares y los movimientos sociales evitando discriminaciones y la fragmentación social, dentro de un sentido de eficacia de la acción colectiva.
- Convocar a todos los actores sociales en sentido plural: universitarios, sindicales, empresariales, políticos, comunitarios, y étnicos para levantar con fuerza los derechos a: sobrevivir, vivir con dignidad y la convivencia.
- Fortalecer la democracia con nuevas formas de hacer política que fomenten la participación y nuevos modos de relación entre los ciudadanos y el Estado con proyectos comunes, concertación de formas de vida, construcción consensuada de escalas valorativas, asignación de derechos y deberes a los individuos y colectivos con un profundo sentido ético, humano y solidario.

Problema, Desafíos y Oportunidades de las Reformas del Sector Salud en el Futuro.

A través de las ponencias es posible encontrar diversas apreciaciones en torno a los procesos de reforma del sector salud que se vienen ejecutando en la mayoría de los países de Latinoamérica. En 1994, en la I Cumbre de Las Américas, los Jefes de Estado se pronunciaron sobre la necesidad de que las reformas del sector salud, se orienten a garantizar un acceso equitativo a servicios básicos de salud, sin embargo los resultados del seguimiento y evaluación de lo acontecido en algunos países permiten señalar que sólo algunas reformas han contribuido o lo están haciendo en forma muy lenta a reducir las disparidades en la cobertura de algunos servicios y programas básicos; se ha logrado muy poco en el cumplimiento de los objetivos de calidad de la atención y satisfacción de los usuarios y en la reorientación en la asignación de recursos, situación que se ve agravada con la creciente dependencia del financiamiento externo de los programas de salud.

Se afirma que las carencias han sido minimizadas en todos los países y que las motivaciones que han impulsado las reformas se han centrado hasta ahora en aspectos de gestión y eficiencia económica, quedando en la práctica relegadas las cuestiones de equidad, calidad y solidaridad.

Frente a esta situación se señala que la tarea fundamental de nuestros estados debe ser: ofrecer a sus ciudadanos, independientemente de su capacidad de pago, protección social básica y cobertura universal en salud. La importancia del desarrollo de los recursos humanos para sustentar los cambios del sector salud es plenamente reconocida, por lo cual es necesario insistir en la necesidad de los procesos de reforma al interior de las universidades, para lograr la formación de profesionales con las siguientes características mínimas:

- Sólida formación humanística
- Elevado nivel ético
- Calidad científica
- Formación integral
- Actitud solidaria con las necesidades y demandas de la población
- Con solvencia técnica para resolver los problemas prevalentes
- Con disponibilidad para continuar capacitándose.

La Universidad está obligada a cambiar para superar las falencias del presente, las mismas que han determinado su desvinculación con la gestión de otras instancias del Estado, una desarticulación con los procesos de reforma y una respuesta muy lenta a las demandas sociales. La crisis de las universidades públicas, muchas ocasiones auspiciadas o impulsadas desde el poder político y consolidada por la propia inmovilidad universitaria, ha servido de argumento para el impulso de las universidades privadas, a las que deliberadamente se las reconoce como de “calidad” o de “excelencia”, sin que en la práctica todas ellas sean merecedoras de dichos calificativos.

La investigación ha tenido un débil desarrollo en las universidades latinoamericanas, en parte por las restricciones económicas y en otra por haberse dado un énfasis casi exclusivo al proceso de formación profesional antes que al de producción de conocimientos como mecanismo incluso de formación. Sin embargo sin una política de investigación científica en el seno de las universidades públicas, muy poco será lo que puedan aportar a los planteamientos de reforma del sector salud. Se señala que precisamente en la falta de propuestas serias y suficientemente argumentadas radica la disminución de la credibilidad de la universidad ante los organismos del estado e incluso de la sociedad civil.

El esfuerzo conjunto de las universidades con las instancias estatales, los gobiernos locales, las organizaciones populares y las organizaciones no gubernamentales debe orientarse a buscar las opciones posibles, para que a través del sector salud se contribuya al logro de un efectivo desarrollo humano integral.

Por último se planteó en el caso de Cuba, la actitud mantenida por décadas en la salud y la educación, a pesar del criminal bloqueo mantenido contra ella por la más poderosa potencia conocida por la humanidad que ha sido un ejemplo de acción mancomunada de su pueblo, gobierno y del personal de la salud en específico, y que a pesar del dramatismo imperante durante todo el llamado período especial, en vez de clausurarse instituciones de salud por las difíciles condiciones económicas a las que ha estado sometido el país, y mediante un ingente esfuerzo nacional, se han mantenido los indicadores de salud, incluidos entre los mejores del Tercer Mundo y al nivel de los países más desarrollados. Esto ha demostrado que la unidad, el esfuerzo, la creatividad y la consecuencia con los principios es el auténtico motor que mueve a la superación de los pueblos.

La Integración Latinoamericana y el Papel de la Universidad en este Proceso.

Haciendo referencia a dos figuras cimeras latinoamericanas exponentes de un alto valor integrador, *Simón Bolívar* y *José Martí*, los ponentes invocan la necesidad de impulsar todo tipo de acciones que posibiliten la unión de Latinoamérica no a través de declaraciones llenas de emotividad sino de proyectos concretos y viables.

Las posibilidades de integración son múltiples. Siempre que exista un sentido de solidaridad y compromiso auténtico podrán ponerse de manifiesto, aun en las condiciones más críticas como en forma reiterada lo han hecho el pueblo y gobierno cubano. Los ejemplos son la mejor evidencia de lo que es posible cumplir. A partir de los años sesenta Cuba no ha desmayado en la cooperación con los países del Tercer Mundo en diversos campos, ahí esta la presencia en Centroamérica tras el paso del huracán Mitch, en Venezuela a la hora de las inundaciones, en Ecuador y El Salvador frente al dengue, desde hace dos años con la creación de la Escuela Latinoamericana de Medicina, entre otros.

Se señala la necesidad de integrar lo social y lo universitario y que toda Universidad auténtica debe ser universal, integral y cosmopolita, entendiéndose este último término como el de ciudadanía del mundo. En el día de hoy, la integración latinoamericana ha sido

una utopía, una quimera y sin embargo, constituye una esperanza para el futuro, aunque hoy sus resultados sean un cúmulo de acuerdos incumplidos y compromisos pospuestos. La integración auténtica debe evitar los procesos de sumisión de los Estados más débiles a los más fuertes; por el contrario la integración consiste en el respeto entre los pueblos y la equidad en deberes y responsabilidades.

Así se reconoce la labor de PARLATINO por sus propuestas en el campo de la salud, entre las que se destacan: Políticas de Estado, Inmunizaciones, Lactancia Materna, Programas de Protección Social, lucha contra el Tabaquismo y el SIDA, Dengue Hemorrágico, Cólera, Violencia, trabajo para lograr Municipios Saludables, Salud de la Infancia y la Adolescencia y la Reforma, entre otras. Todas ellas basadas en el principio de la Cooperación Sur-Sur, y de la solidaridad ante las crisis.

Se reitera la necesidad de que la Universidad esté a la vanguardia de las acciones integracionista y en particular en la búsqueda de reducir la brecha entre los países desarrollados y subdesarrollados, y en cerrar la brecha de la pobreza. La integración es la vía que se vislumbra para alcanzar estos propósitos y que la Universidad pueda influir en los diferentes estamentos sociales y en modelar la voluntad política de integración entre nuestros países.

El Proceso de Formación de Recursos Humanos; Enfoques y Estrategias para Adecuarlos a las necesidades de la Población.

Para iniciar el panel se señaló la pertinencia de recordar los aportes conceptuales de la Conferencia Integrada *Universidad Latinoamericana y Salud de la Población*, celebrada en La Habana en Junio de 1991 y recogidos en su Relato General y su histórica *Declaración de La Habana*. Esta Declaración postula el compromiso de la Universidad Latinoamericana con los procesos de cambio social y económico que condicionan la verdadera transformación de las prácticas de salud vigentes. Se pronunció por la solidaridad entre nuestras universidades a fin de contribuir a la integración cultural y económica de nuestros pueblos como estrategia para preservar el legado histórico común, afianzar nuestra independencia política y económica que asegure a las actuales y futuras generaciones de latinoamericanos un lugar decoroso en el concierto de las naciones del orbe. Estas realidades y estos propósitos siguen vigentes a la vuelta de 10 años de formulados.

Retomando el legado de la *Declaración de La Habana* de 1991, se hace especial énfasis en la solidaridad que va apareciendo entre las universidades latinoamericanas de la subregión.

Ha sido, generalmente, una costumbre hablar de lo externo universitario como una queja, sin embargo es preciso reconocer que ha faltado análisis, reflexión, propuestas y ejecuciones de lo interno.

En el contexto mundial se han dado cambios profundos y rápidos en lo político, en lo económico, lo social y lo cultural, que tienden a la configuración de un nuevo orden económico internacional. El contexto universitario latinoamericano se debe tomar en cuenta desde distintos ángulos, entre ellos, la existencia de una identidad compartida de origen y cultura, un peso insostenible de la deuda externa dentro del marco del nuevo orden económico y a complejas problemáticas nacionales, como la tenencia de la tierra, la inestabilidad política, aunada al desempleo, la corrupción, el deterioro de las condiciones de vida y salud, el analfabetismo y la drogadicción, problemas que comprometen el desarrollo de nuestros países, pero particularmente la existencia misma de la universidad y por lo tanto el cumplimiento de su misión esencial que, en el trasfondo, es su compromiso de prácticas sociales al servicio de las grandes mayorías.

Frente a esta situación se plantean algunas recomendaciones para las universidades:

- Asumir un mayor compromiso para participar en la problemática social, especialmente en lo referido a la salud.
- Involucrarse en las transformaciones de los sistemas de salud y reflejarlas en el quehacer de los profesionales que forma ya que es notorio el poco interés que ella tiene en relacionarse con el área de salud para su desarrollo.
- Preparar a los profesionales para incorporarse a un equipo multidisciplinario de salud; para lo cual deben tener una formación de alta calidad académica, capacitados para responder a las necesidades de la población, solidarios, y con un firme compromiso social nacional e internacional
- Impulsar una reforma curricular que incorpore lo biológico y lo social, lo individual y lo colectivo, de acuerdo con la problemática de salud de la comunidad. Así, se podría lograr una utilización adecuada de toda la estructura de los servicios nacionales de salud, en relación con espacios de docencia – servicios – investigación, con la atención primaria de salud y la cobertura universal, de modo que se garantice la equidad, la eficiencia y la participación social.
- Mantener un análisis crítico permanente para generar una práctica que de respuesta a las necesidades de salud de la población, a un acceso al conocimiento universal, priorizando la problemática regional, nacional y local.
- Desarrollo de nuevas tecnologías y validación de aquellas que deben incorporarse al desarrollo.
- Impulsar la solidaridad interuniversitaria para desplegar todos los esfuerzos hacia la integración cultural y económica de nuestros pueblos, con miras a preservar nuestro legado histórico, afianzar nuestra independencia política y una liberación económica que asigne a las actuales y futuras generaciones de latinoamericanos, un lugar decoroso en el concierto de las naciones libres del orbe.

Una preocupación insistentemente enunciada en el panel fue la privatización de la educación superior, las actitudes de los colegios y asociaciones profesionales frente a la educación permanente y la demanda de eficiencia y eficacia por parte de las aseguradoras transnacionales privadas en el campo de la salud.

Partiendo de un análisis crítico acerca del modelo predominante de formación de recursos humanos en salud, centrado en la enfermedad, la alta tecnología, el hospital (como escenario) y la especialización (de carácter secundario o terciario) como paradigma de la práctica, en un marco regional de agudización creciente de las desigualdades sociales, la pérdida de valores éticos y la retracción del Estado respecto a su responsabilidad de atender la salud de la población, se plantea un *modelo de salud integral* sustentado en la búsqueda de *la equidad, la pertinencia, la calidad y la eficiencia* para lograr la solución efectiva de los problemas de nuestras sociedades.

Se reconoce la necesidad de dar respuesta a *problemas aún no bien estudiados*, como las desigualdades sociales y económicas crecientes, el desempleo, la urbanización desordenada, la violencia, los accidentes, la drogadicción, el deterioro ambiental y la transición epidemiológica con la emergencia y reemergencia de enfermedades transmisibles. Reorientar la salud pública hacia la construcción de una cultura de vida saludable, con mayor protagonismo de los actores sociales y énfasis en la prevención y la mejora de la calidad de vida.

En este contexto, compete a las universidades latinoamericanas asumir un papel relevante en el debate y en el desarrollo de propuestas educativas encaminadas a fomentar la investigación en salud, la adecuación de los perfiles profesionales y técnicos a las necesidades emergentes, la evaluación y revisión de objetivos, contenidos y metas educativas, la educación continuada y la participación en la atención de salud con sentido crítico.

Se reconoce, asimismo, que no hay recetas a seguir y que cada país ha de construir su modelo, acorde con sus peculiaridades socioeconómicas, culturales, demográficas, epidemiológicas e históricas. De cualquier forma hay amplio consenso sobre principios generales a tener en cuenta, sintetizadas en un modelo orientado al bienestar de las personas y de la comunidad sentado en acciones de promoción, protección, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, con un enfoque preventivo general y permanente, con prioridad de las acciones en el primer nivel y la estrategia de atención primaria de salud, vinculadas a los niveles secundario y terciario.

Se señalan la autoevaluación institucional y la acreditación de carreras como elementos estratégicos transformadores, que se están llevando adelante en los países del Cono Sur. La acreditación se basa en patrones relacionados con la pertinencia, la calidad y la racionalidad de una carrera.

Se recomienda promover prácticas profesionales en salud multidisciplinarias, centradas en el interés del usuario y la sociedad. Un momento clave parece ser la práctica pre-profesional. El equipo de salud se constituye en un valor integrador de influencia pedagógica creciente, especialmente en el espacio de la comunidad y las actividades de salud pública.

La educación continuada del profesional formado resulta imprescindible a fin de garantizar su actualización y desarrollo frente a los continuos cambios científico-técnicos, profesionales y sanitarios, a fin de mantener sus competencias. Un capítulo aparte merecería la incorporación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, con sentido crítico y racional. Las universidades comparten con otras instancias, como sociedades científicas, colegios profesionales, prestadores de salud y autoridades sanitarias las tareas inherentes a los sistemas de acreditación de la educación continuada y permanente. Un sistema de acreditación calificado y consensado ha de viabilizar los necesarios procesos de recertificación profesional.

Las estructuras universitarias verticales y compartimentadas no favorecen la integración horizontal de sus funciones, ni las necesarias integraciones multidisciplinarias, lo cual reclama ser revisado y modificado. En Uruguay se han dado algunos pasos en busca de áreas integradas, haciéndose por el momento el énfasis en una intensa planificación horizontal por programas.

Nuestras universidades han de centrar sus esfuerzos y compromiso en utilizar al máximo su potencial humano y científico, la capacidad creadora y su libertad expresiva en la búsqueda permanente del desarrollo social, económico y cultural, y del bienestar de nuestros pueblos.

La experiencia de proyectos que intentan unir el trabajo universitario con la comunidad que se vienen ejecutando en varios países del continente bajo el auspicio de la Fundación Kellogg fueron motivo de reflexión en el panel.

Se reconoce que los proyectos han tenido mayor concreción y desarrollo en los espacios Universidad y Comunidad respecto al de Salud, en parte probablemente por encontrarse éste envuelto en los procesos de reforma sectorial, así como debido a su limitada aplicación. Determinados resultados pueden apuntarse:

- *En los servicios*, aumento de cobertura y en la calidad; de las actividades de promoción y prevención. En la capacitación profesional; participación activa en el proceso de formación profesional.
- *En la academia*, diversificación de escenarios, trabajo sobre problemas de la realidad, incorporación de nuevos sujetos al proceso de enseñanza aprendizaje, prácticas multiprofesionales, metodologías activas e investigaciones sobre temas relevantes.

Se plantea la necesidad de profundizar en la articulación de la Universidad con los gobiernos locales, lo cual se considera no ha sido suficientemente explorado. También se requiere pasar del discurso a la acción, así como establecer mecanismos de seguimiento a

los acuerdos y recomendaciones de encuentros como este, que permita una mejor proyección y monitoreo, como debió establecerse con mayor precisión en la Conferencia integrada de 1991.

Se señalan distintas barreras al completo desarrollo de la labor de las universidades, como pérdida de legitimidad al distanciarse de la comunidad, de la población; ausencia de una base teórica fuerte que sustente su quehacer; autoritarismo; reticencia a tratar temas políticos; falta de una masa crítica de actores interesados en el cambio; excesos biologicistas curriculares en detrimento de abordajes integrales y persistencia del hegemonismo médico con subvaloración de otros aportes y del trabajo en equipo. No obstante, se hace un llamado de alerta en el sentido de no generalizar la inculpación a las universidades públicas, así como no satanizar a las privadas.

Retos y Desafíos para la Salud y la Investigación en América Latina.

Los ponentes a través de sus intervenciones reflejaron la interrelación existente entre la Universidad, la investigación y la salud pública. Para el caso chileno se señaló que en los últimos 15 años se ha constatado un proceso de descentralización y crecimiento de la Universidad Pública, de tal manera que de una en la capital del país se ha pasado a ocho. La regionalización frustra ansias de centralización de recursos, pero favorecen autonomías. En cuanto a universidades privadas, hay que evitar la emotividad y aumentar la objetividad. No todos se mueven por intereses eminentemente económicos. Relata que la asignación de fondos para investigación, señala un 80% a la universidad estatal y 20% a la católica. Concluye que no es la universidad la que transforma la sociedad sino las relaciones sociales de producción. La Universidad es uno de los aspectos de la sociedad.

En el de Cuba se indica que buena parte de los logros en salud se sustentan en los científico-tecnológicos, que producen nuevas formas de crecimientos de las cuáles se derivan soluciones a los problemas de la sociedad.

En América Latina son conocidas las dificultades a las que se enfrenta el proceso de investigación científica y tecnológica, lo cual no sólo afecta la calidad de los proyectos sino también la credibilidad y confiabilidad de sus resultados, entre los que se puede señalar, la escasa asignación de recursos, la disponibilidad de recursos humanos y su movilidad hacia países desarrollados, la ausencia de una cultura de innovación tecnológica e insuficiente abordaje de los aspectos de equidad y éticos, entre otros. Otro aspecto es la participación en los problemas globales de la investigación, participando tanto en proyectos de investigación básica con un alto nivel científico o en la solución de los problemas de salud específicos que tiene cada país. A los recursos humanos hay que facilitarles información e intercambios. La experiencia cubana refleja que ningún incentivo material frenará el robo de cerebro tanto como puede frenarlo un proyecto social, coordinado por un equipo austero y dedicado. Cada país enfrenta distintos desafíos para el desarrollo y movilización de recursos, que es de por sí un elemento importante para el desarrollo de las investigaciones; gran parte del financiamiento proviene del estado, pero también hay que obtenerlo del sector empresarial de los países industrializados.

En Cuba el desarrollo de la investigación científica constituye un componente esencial de la estrategia de la atención a la salud. Se han identificado las investigaciones prioritarias que deban ser desarrolladas de acuerdo a los objetivos sociales y en particular dirigidos al mejoramiento de las condiciones de salud. La actividad científica ahora pasa de una actividad totalmente presupuestada a la autofinanciada por proyectos específicos.

Guatemala, por su parte, a pesar del desarrollo de ciencia y técnicas en salud no se ha beneficiado en la misma dimensión. Se plantea la necesidad de discutir acerca de cual es la investigación que nuestros pueblos necesitan y definir el papel de la Universidad frente a la investigación. Se reconoce la importancia de la interdisciplinariedad, dado que la realidad no ocurre en una sola disciplina y que no es cuestión de investigar por investigar, sino mirar los problemas reales de cada lugar e intentar respuestas a dichos problemas.

Las universidades que hacen investigación, y a través de ella producen conocimientos, ponen en tela de juicio los dogmas, de ahí que quienes tienen privilegios por mantener, no tarden en calificarlas de subversivas y consecuentemente propugnan, como tarea preponderante de la Universidad, la formación de recursos humanos técnicamente eficientes en algún campo especializado, pero no investigadores pensantes, críticos y creativos.

Se hace referencia a la unión de las Academias en América Latina (ACAL) con UDUAL, para promover la investigación partiendo de la primera conferencia en México 1999. Los días 14 y 15 de noviembre del 2000, se realizó una segunda conferencia en La Habana con el mismo propósito en la que, se formalizó una propuesta y una declaración para formar la Red PUISAL, sintetizada en los siguientes puntos:

- 1) La Universidad para cumplir su misión debe incluir necesariamente la investigación, dándosele un amplio y efectivo apoyo.
- 2) La investigación para la transformación social debe responder a necesidades reales de la comunidad, proponiendo soluciones a esos problemas. (no investigar por investigar).
- 3) Es imprescindible la interdisciplinariedad en la investigación, ya que la realidad es compleja y no hay una sola disciplina que la agote.
- 4) Los temas de salud deben incluir las dimensiones singulares (medicina - clínica); particulares (grupos) y de la sociedad en su conjunto.
- 5) Enfatizar en el manejo de metodologías adecuadas a la visión compleja de la realidad (incorporar el método histórico de las ciencias sociales y otros.).
- 6) Reconocer las bases ideológicas que tienen las investigaciones que parcializan, o sesgan el objeto de estudio (neokantismo, positivismo, fenomenología, dialéctica).

El Compromiso Social de la Universidad Frente al Nuevo Milenio.

La Universidad como institución se origina en la sociedad medioeval y evoluciona hasta el presente asumiendo distintas fisonomías y tendencias según los lugares y las épocas. En su sentido más amplio, la razón de ser de la Universidad es la misma sociedad, a través del servicio que le presta y del aporte de quienes en ella se educan. En otras palabras, el principio y fin de la institución universitaria es la sociedad misma.

El compromiso social de la Universidad frente al nuevo milenio enfrenta grandes retos que es necesario superar, estos son:

Las tendencias privatizadoras prevalentes en la mayor parte de los países de América Latina, han conducido a que los derechos humanos y sociales se consideren como objetos del mercado. Las reformas emprendidas por los países buscaron abrir los mercados privatizando áreas de servicios como son salud y educación. Tal parece que estas reformas han sido creadas para ser experimentadas en América Latina, por ejemplo, se ha privatizado o se intenta privatizar, los fondos de la seguridad social. Esta tendencia ha contado con el respaldo de algunos teóricos de la economía latinoamericana, que han postulado a la salud como un bien de consumo. La Universidad debe convertirse en un espacio de confrontación frente a estas políticas privatizantes y proponer alternativas.

Por otra parte la investigación tiende a ser expropiada a la Universidad para transformarla en un valor económico, por ejemplo por la industria farmacéutica con fines de explotación económica, frente a lo cual la Universidad debe revisar sus esquemas de investigación para adoptar un modelo que refuerce las redes de colaboración interinstitucional según agendas en su propio contexto de aplicación, dirigidas a la solución de problemas, al intercambio de conocimientos y tecnologías, a través de una acción transdisciplinar en la cual se tenga en cuenta, tanto el mérito científico del tema como su relevancia social; la nueva investigación debe hacer uso de medios múltiples, lograr la diversificación de fuentes de financiamiento y la creación de espacios útiles para la interacción.

Otro reto que debe enfrentar la Universidad para cumplir con su rol social es la lucha contra la pobreza. Para ello debe proponer nuevas políticas a nivel de cada país, sin perder de vista las tendencias integradoras latinoamericanas.

Nada de lo anterior será posible si la Universidad no asume la responsabilidad de transformarse a sí misma. Las actuales formas estructurales y administrativas de la Universidad Pública, con su fuerte carga burocrática y las debilidades de sus presupuestos están afectadas seriamente por las políticas estatales de reducción de los gastos en educación y particularmente en la Educación Superior. Por otra parte muchas de nuestras universidades se conducen dentro de esquemas autoritarios, con escasa o ninguna preocupación por la discusión de los grandes temas políticos del país, instituciones donde hay ausencia de liderazgo competente y de una masa crítica de profesores comprometidos con el cambio. Al parecer, resulta indispensable desarrollar una concepción auténticamente latinoamericana, de la sociedad que pretendemos contribuir a construir y de la Universidad,

que por ello debe redefinir su visión y su misión. Se plantea la necesidad de una nueva y profunda reforma al servicio de las necesidades sociales, en el contexto de sus respectivas realidades.

El enfrentamiento de los problemas sociales por la Universidad debe considerar el escenario que plantea la globalización, cuyas características de concentración mundial de la riqueza y de desequilibrio en el intercambio económico viene ocasionando un serio deterioro de los niveles de vida en la gran mayoría de los países subdesarrollados. Debe reconocerse que la globalización constituye un hecho único en la historia del capitalismo, puesto que en etapas históricas anteriores el poder económico hegemónico podría ser contrarrestado con las propuestas de otras potencias, en tanto que el actual momento plantea un desequilibrio radical por el control de la innovación tecnológica, de la moneda, del comercio, de las comunicaciones y de la fuerza militar. Se trata de una nueva forma de dominación que compromete la toma de decisiones al interior de los países cuyos gobiernos han aceptado el concepto de globalización propuesto y aplicado políticas de ajuste.

Resulta imperioso el esfuerzo de la Universidad Latinoamericana para ofrecer alternativas de respuesta con ideas originales, guiadas por una fidelidad al saber, a la libertad de pensamiento, a la defensa del carácter público de la Universidad, a la responsabilidad social en el uso de los recursos, a la preservación de la democracia y la autonomía, a la conservación de la cultura y la creatividad de las naciones y a la conciencia crítica. Sobre esta base la Universidad al servicio de la sociedad debe integrar sus tres misiones con la participación de la población incluyendo el uso de nuevas tecnologías y métodos didácticos. Su actuación debe responder a problemas concretos, de modo que su trabajo extramural se realice como un servicio público particularmente en los sectores de mayor demanda social. En resumen, la Universidad debe ser un centro crítico para el debate interno de proyectos nacionales que en último término contribuya a la formulación de proyectos de desarrollo viables ajustados a las necesidades del país.

Existe una notable preocupación porque el resultado de estas propuestas y reflexiones queden sin un mecanismo que las lleve a la práctica. Para dar viabilidad y factibilidad a los acuerdos de este encuentro se propone que la UDUAL en coordinación con OPS/OMS incorpore las propuestas dentro de un plan de acción que cuente con los recursos necesarios de carácter organizativo con énfasis en los sistemas de comunicación. Como una alternativa para el desarrollo del pensamiento crítico e innovador en el seno de las Facultades de Ciencias de la Salud se propone crear la Cátedra Latinoamericana de Salud. "Miguel Márquez", iniciativa que fue planteada por la Asociación Ecuatoriana de Facultades de Medicina y que recibió el respaldo unánime del Encuentro.

Retos y Desafíos para el Postgrado en América Latina.

El panel abordó las características de los Sistemas Nacionales de Salud. Fueron analizadas las diversas modalidades en la preparación de profesionales y profesores, así como la función que desempeñan la asesoría metodológica y la investigación científica. Se insistió en los principios sobre los que se basa este cuarto nivel: desarrollo de proyecciones

estratégicas, acreditación de los centros y sistema de créditos académicos, así como la evaluación de la competencia y el desempeño profesional. Los principales desafíos para el futuro han sido identificados en los siguientes aspectos:

- Fortalecimiento del sistema postgradual en estrecha interrelación con el desarrollo de la ciencia y la tecnología.
- Informatización de los procesos académicos.
- Desarrollo de la Universidad Virtual
- Perfeccionamiento del sistema de superación profesoral.
- Fortalecimiento de la intersectorialidad y la municipalización.
- Ejecución de proyectos integrales de desarrollo.

Como un aporte instrumental al desarrollo de los profesionales de la salud de América Latina, tanto en su proceso de formación, como en el ejercicio profesional y las tareas de investigación, BIREME ha desarrollado el proyecto de “La Biblioteca Virtual en Salud” como modelo de la cooperación técnica en información científico técnica de la OPS en la era de Internet. La Biblioteca Virtual es definida como la base distribuida del conocimiento científico-técnico en salud, registrado, organizado y almacenado en formato electrónico en los países de la Región, accesible de forma universal en Internet de modo compatible con las bases internacionales.

Aun cuando se está generando conciencia de la importancia del postgrado en América Latina y el Caribe, este nivel de formación presenta una situación crítica en algunos países de la región donde existen limitaciones en su desarrollo. De manera particular se señaló el desequilibrio en cuanto al número y ubicación de los postgraduados, así como con respecto a las áreas temáticas que se abordan, quedando postergadas algunas áreas estratégicas.

Se aprecia que el debilitamiento de las investigaciones en las universidades afecta negativamente el desarrollo de programas de formación postgraduada, lo que a su vez repercute sobre la ejecución de investigaciones.

Se hace necesario determinar la necesidad, trascendencia y calidad de los programas, para lo que debe precisarse la situación actual de la educación de postgrado en la Región, en términos de calidad e impacto social.

Se evidencia que la Universidad debe trabajar integradamente con los servicios de salud y privilegiar los programas de postgrado en el área de la atención primaria, de acuerdo con las necesidades de la realidad latinoamericana y que den respuesta a las necesidades sociales.

En ocasiones los postgrados responden al “credencialismo” que ha comenzado a observarse en la Región, ofertándose múltiples cursos o diplomados de variable calidad que otorgan credenciales que permiten acceder al mercado de trabajo.

Se plantea la necesidad de elaborar proyectos colaborativos entre países de la región, que aborden los aspectos relativos a la investigación y la educación de postgrado, aprovechando las experiencias de los distintos países en estas áreas.

En la plataforma de acción para la próxima década debe lograrse un proceso de transformación al interior de la Universidad, e incorporar el trabajo que se viene realizando en las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, a través de la Biblioteca Virtual de Salud.

La Perspectiva de la Universidad Latinoamericana de Cara al Nuevo Milenio.

En el panel se hace una descripción de la trama en que se inserta la Universidad, la que es analizada desde tres puntos de vista: la estructura, el contexto y una agenda para el cambio.

La estructura matricial, con carácter tridimensional, consiste en un eje horizontal, donde aparecen tres componentes que guían la manera de poner en orden nuestras universidades: la investigación, la formación y la extensión. En el eje vertical se presenta los componentes: curriculum, aprendizaje, enseñanza e infraestructura. Finalmente, se presentan los cinco grandes pilares de la salud: la herencia, la nutrición, los servicios, el ambiente, y el comportamiento.

El contexto en el que se desarrollan nuestras universidades tiene un carácter neoliberal, globalizador, tecnológico, de tráfico financiero del conocimiento como insumo, de inequidad, de pobreza, de atraso, de desvinculación y de desesperanza que nos envuelve. Por lo que es necesario reflexionar sobre nuestra responsabilidad en la creación de una actitud de trabajo contra esta última.

En la agenda para cambio, se proponen los siguientes puntos:

- Recuperar la credibilidad de las universidades.
- Promover la cooperación Sur-Sur.
- Habitarse al concepto de Educación Permanente..
- Propuestas cualitativamente sólidas a organismos financieros.
- Profundizar en el análisis en salud y hacer propuestas viables a gobiernos.
- Alianzas con la comunidad para contribuir a la solución de sus problemas.
- Educación a distancia ponderada (culturalmente adecuada) y de alta calidad.
- Promover el intercambio de estudiantes, profesores e investigadores.

Se plantean varias interrogantes relacionadas con la contribución de los avances científicos y tecnológicos en el progreso de la humanidad, en especial de los más pobres, desposeídos, permanentemente ignorados y desprotegidos. Se enfatiza que, en los últimos tiempos y en particular en el siglo que está por concluir, ha ocurrido un incremento de las diferencias que han convertido "al rico más rico y al pobre más pobre". A la vez se plantea que para hablar de un mundo verdaderamente desarrollado hay que garantizar la

participación más equilibrada de todos en los beneficios de las riquezas, de la cultura, de los logros y avances de la civilización.

Se manifiesta que los avances e innovaciones tecnológicas proliferan de manera vertiginosa. Sin embargo, se impugna la distribución inequitativa de éstos. Oponiéndose como misión: "construir un mundo mejor, más amable y justo donde se privilegie al hombre (a la humanidad) en su vida, en su dignidad, en sus derechos y se le permita realizarse y convivir libremente en un clima de solidaridad, de respeto y de tolerancia". Para su consecución se considera como estrategia la ubicación del hombre/mujer en el centro de todo progreso.

La función de la Universidad en el contexto latinoamericano es crítica, pues deberá formar líderes capaces de asumir compromisos que garanticen el ejercicio de un protagonismo transformador; contribuyendo a la formación integral de los egresados de estas, a la vez que pone los conocimientos adquiridos al servicio de la humanidad, como prueba del desarrollo de valores que generan una nueva cultura y civilización fundamentadas en el amor, la justicia y la solidaridad entre otras.

En la región existen grandes potencialidades que deben explotarse para la solución de los problemas, y las universidades forman el eje integrador de la sociedad en este sentido.

Se reconoce la necesidad de una movilidad académica, mediante el diseño y ejecución de Programas Cooperados de Maestrías y otras figuras académicas de postgrado. De igual manera se pone de manifiesto la importancia de la implantación de la llamada Universidad Virtual para el desarrollo de la Región. y la gestión de organizaciones de nuestro continente como la OUI y la UDUAL, la Asociación de Universidades Amazónicas (UNAMAZ) - que reúne instituciones de educación superior de ocho países y el Consejo Superior Universitario (CSUCA)-, las cuales constituyen redes de cooperación académica con actividades de integración a nivel regional y subregional.

Las funciones sustantivas de las universidades latinoamericanas se identifican como: docencia, investigación y difusión de la cultura.

En torno a la función docente, la universidad debe contribuir a formar recursos humanos competentes que respalden las demandas sociales en tres grandes vertientes: en el sistema cultural, en la que le corresponde a esta institución la identidad nacional, en el sistema político, en el que el joven debe participar en la vida política de manera democrática; y en el sistema económico, para impulsar el logro de un mundo productivo y el aporte científico para el desarrollo.

Con relación a la función investigativa, se considera la necesidad del reconocimiento de ésta como la clave para encontrar respuestas rápidas y efectivas para potenciar las posibilidades existentes y acelerar el enorme salto cualitativo que se requiere.

En el panel se pone de manifiesto la preocupación por el papel hegemónico de las disciplinas propias de las Ciencias Médicas (medicina, odontología y enfermería) considerando importante la transformación de esta situación, realzando el papel de otras disciplinas como la psicología y la sociología, coadyuvando a evitar el desperdicio de recursos humanos. Es necesario se dijo incorporar a profesionales de distintas disciplinas en el abordaje de los problemas de salud..

De igual manera se recomienda que las universidades analicen la disonancia existente entre los profesionales que se forman y la no-solución de los problemas de salud existentes. A continuación, se propone que la declaración final de este encuentro se manifieste explícitamente contra el bloqueo imperialista al pueblo de Cuba, sobre todo por la repercusión nociva de éste en la salud de la población cubana.

En el debate se retoma la idea de la necesidad de incorporar otras disciplinas no médicas, útiles para la realización de un adecuado Análisis de la Situación de Salud. Considera innecesario esperar, para la formación de un salubrista, llegar al postgrado. Surge una propuesta de crear una carrera de Salud Pública, que no fue rebatida.

Finalmente, se hace una comparación entre éste y el encuentro anterior. Se considera superior desde el punto de vista cualitativo, en tanto han participado rectores y otros especialistas extrasectoriales. Se destaca asimismo, la integralidad de las ponencias presentadas y a la vez se reclama la necesidad del monitoreo de la visión de la UDUAL.

Al someterse a consideración del Pleno este Relato, se acordó incluir los aspectos siguientes:

- Reconocer la relevancia del Genoma Humano y el necesario uso ético de este importante descubrimiento científico del siglo que termina.
- Aclarar que la globalización no produce, sino que potencia las desgracias sociales del continente, acumuladas durante siglos.
- Expresar el reconocimiento de todos los participantes a la importante contribución del Dr. *Patricio Yépez*, tanto a la organización de esta reunión como al trabajo de la UDUAL en general.
- Constituir equipos de trabajo que aseguren el seguimiento de los propósitos y acuerdos de esta reunión.
- Elaborar una Plataforma para llevar a la reunión del Consejo Ejecutivo de UDUAL que se celebrará el próximo año en Córdova.

Relatores Generales:

Dr. *Dimitri Barreto Vaquero* (Ecuador)

Lcda. *María del Carmen Amaro Cano* (Cuba)

Ciudad de La Habana, 19 de Noviembre del 2000

SISTEMA NACIONAL DE SALUD. CUBA, 1999.

Síntesis de la presentación que hiciera en la sesión de apertura el Ministro de Salud Pública de Cuba, *Dr. Carlos Dotres Martínez.*

Características del Sistema.

El sistema de salud en Cuba, único y universal, comenzó a constituirse en 1959, hoy tiene como características principales ser:

- universal
- gratuito
- accesible
 - para todos
 - en el campo y la ciudad
 - de cualquier raza
 - de cualquier sexo
 - religioso o ateo
- con una concepción internacionalista.

Entre los logros más notables que se aprecian comparando la situación de 1959 hasta 1999 se encuentran:

- en 1959, el número de médicos era 6200, la mayoría de ellos ubicados en las ciudades y dedicados al ejercicio privado de la medicina
- en 1999, el número de médicos fue 66500,, distribuidos nacionalmente en todo el país, incluidas áreas rurales, 29600 de ellos en medicina familiar, no se hace practica médica privada
- en 1959 la tasa de mortalidad infantil fue superior a 60 por mil nacidos vivos.
- en 1999 esta tasa fue de 6.4 por mil
- en 1959 la esperanza de vida al nacer era inferior a 60 años
- en 1999 este indicador alcanzó los 75 años
- en 1959 predominaban las enfermedades infecciosas prevenibles por vacunas
- en 1999 el programa de inmunizaciones protege contra 13 enfermedades, algunas se mantienen erradicadas
- en 1959 existía una sola escuela de medicina
- en 1999 se contó con 22 escuela de medicina.

Teniendo en cuenta la alta presencia de estomatólogos en esta sala presentaré algunos datos relativos a la atención que se presta a la salud bucal de la población cubana en los servicios del sistema de salud.

En 1959:

- los estomatólogos eran 1400
- más del 50% de ellos radicados en la Ciudad de La Habana, capital del país
- más del 80% radicados en zonas urbanas
- total predominio de practicas profesional privada
- los servicios estatales reducidos al mínimo.

En 1999:

- los estomatólogos en los servicios de salud eran 9918
- se añaden a estos profesionales 8618 técnicos
- se han creado 162 clínicas estomatológicas
- en los policlínicos funcionaron 285 servicios de estomatología
- la cobertura de la población fue de 1 estomatólogo por cada 1123 habitantes.

Recursos Humanos

Un factor determinante en el desarrollo de los servicios de salud y en los logros del sistema ha sido la formación de recursos humanos. De esto se encargó el propio sistema de salud, que organiza, dirige y controla la formación en la educación superior (profesionales, especialización, maestrías y doctorados) y la de técnicos medios (formación básica y postbásica).

La educación superior comprende los cursos regulares en las facultades de:

- medicina (6 años)
- estomatología (5 años)
- enfermería (5 años)
- y los cursos para los trabajadores:
 - enfermería (5 años)
 - tecnología de la salud (5 años).

Para esto se ha estructurado una única red de centros de estudio del propio Sistema de Salud, que comprende:

- 21 facultades de medicina
- 4 facultades de estomatología
- 20 filiales de las facultades de medicina
- 1 Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP)
- 1 Centro Nacional de Perfeccionamiento Técnico (CENAPET)
- 29 Institutos Politécnicos de la Salud
- 25 Institutos Técnicos de Enfermería
- 2 Escuelas de salvavidas.

En estas instituciones se desempeñan como docentes en la educación superior 8343 profesionales y en la educación media 2035.

Los estudiantes en 1999 eran en la educación superior de pregrado 26,074, en los postgrados de especialización 13, 700.

Los estudiantes en docencia médica media en 1999 fueron 11859 en cursos básicos y en postbásicos 1313.

La composición de los trabajadores del sistema de salud está determinada por el elevado número de técnicos y profesionales. Esto se aprecia en la siguiente tabla:

Categoría de Trabajador	Número	%
Médicos	64863	18.0
Enfermeras Técnicas	61824	17.2
Enfermeras Profesionales	21346	5.9
Estomatólogos	9918	2.8
Técnicos Medios	62062	17.3
Otros Trabajadores	139685	38.8
Total	359698	100.0

El total de trabajadores representa al 5.5% de la población en edad laboral. Son mujeres el 72.4%. Trabajan como médicos de familia, en atención primaria de salud 30113 (46.% del total de médicos), cubriendo al 99.1% de la población.

La proporción de médicos por 100.000 habitantes es de 58.2, y los habitantes por médico son 172.

Economía y Salud

La economía del país ha sufrido una gran contracción desde 1990, atravesando lo que conocemos como “periodo especial en tiempos de paz”, y que se expresa por grandes limitaciones de los recursos que dependen de moneda convertible. En términos de Producto Interno Bruto como índice del crecimiento de la economía en años recientes este ha sido:

Variación anual del PIB

Año	%	Año	%
1990	- 2.9	1995	2.5
1991	-10.7	1996	7.8
1992	-11.6	1997	2.5
1993	-14.9	1998	1.2
1994	0.7	1999	6.2

A esta crisis económica se añaden los efectos del bloqueo a que se ve sometido el país por el Gobierno de los Estados Unidos de América, que han producido daños a la economía cubana estimados en 60,000 millones de dólares, desde 1959. El sistema de salud ha sufrido pérdidas por 1775 millones, y por las epidemias de neuropatía y dengue hemorrágico 295.6 y 113.2 millones respectivamente.

No obstante estas graves afectaciones, el gobierno cubano a sostenido la alta prioridad que desde 1959 ha dado al sector salud. Esto se aprecia en el monto del presupuesto anual del sistema, en moneda nacional y divisas que se ejecutó entre 1989 y 2000.

Año	Moneda Nacional	Divisas
1989	904,5	227,3
1990	937,4	127,3
1991	924,9	98,0
1992	938,3	70,7
1993	1076,6	66,9
1994	1061,1	90,1
1995	1108,3	108,0
1996	1190,4	127,9
1997	1265,2	112,2
1998	1344,9	138,0
1999	1491,7	148,2
2000	1695,0	139,4

A pesar de la situación económica descrita, el sistema no ha cerrado ningún centro asistencial. Las cifras ha continuación demuestran que el número de centros ha aumentado.

Centros Asistenciales	1989	1998
Hospitales	263	284
Policlínicos	420	436
Consultorios de Medicina Familiar	6000	15824
Clínicas Estomatológicas	163	166
Hogares Maternos	148	227
Bancos de Sangre	23	27
Hogares de Ancianos	153	197
Hogares de Impedidos Físicos	23	29

Estrategias de Desarrollo

Se han establecido las estrategias para el perfeccionamiento y desarrollo del sistema en el período 1996-2002:

- perfeccionamiento de la atención primaria
- revitalización hospitalaria
- desarrollo del programa nacional de medicamentos y medicina natural y tradicional
- desarrollo de tecnologías de punta e investigación
- desarrollo del sistema integral de urgencias
- desarrollo de ópticas, servicios de estomatología y de asistencia social.
- desarrollo de la capacitación de cuadros y del control económico
- desarrollo de complejos de servicios de salud.

A estas estrategias se añaden el fortalecimiento de los programas priorizados:

- atención materno infantil
- control de enfermedades transmisibles
- control de enfermedades crónicas no transmisibles
- atención al adulto mayor.

Resultados Importantes

La tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año) ha descendido de 60 por mil nacidos vivos en 1959 a 6.4 en 1999.

La tasa de mortalidad de menores de 5 años se ha reducido de 43,8 por 1000 en 1970 a 8,3 en 1999.

La tasa de mortalidad materna que era de 12, 5 por 1000 nacidos vivos en 1959 fue de 2,9 en 1999.

La reducción porcentual de cada una de estas tasas fue de 89,6%, 81,9% y 76,8% respectivamente.

En lo que concierne a salud buco dental, en años recientes se observan los siguientes progresos:

Indicador	1989	1999
% de niños de 5-6 años sanos	42,9	55,0
índice de caries 9-12 años	2,93	1,62
% de jóvenes de 18 años que conservan todos sus dientes	63,9	75,8
promedio de dientes perdidos a la edad de 35-44 años	11,3	6,6
promedio de dientes perdidos en edad de 60 años	26,9	20,6

El impacto del Programa de Inmunizaciones ha sido notable, incluyendo la eliminación de algunas enfermedades.

Enfermedad	Impacto	Año
1 -Poliomielitis	Eliminación	1962
2.-Tétanos Neonatal	Eliminación	1972
3.- Difteria	Eliminación	1979
4.- Síndrome Rubéola Congénita	Eliminación	1989
5.- Meningoencefalitis Posparotiditis	Eliminación	1989
6.- Sarampión	Eliminación	1993
7.- Rubéola	Eliminación	1995
8.- Parotiditis	Eliminación	1995
9.- Tétanos	Tasa 0.1×10^5 habitantes	1996
10.-Tosferina	Tasa 0.1×10^5 habitantes	1996
11.-Enfermedad Meningococica	Reducción mortalidad 93%	1998
12.-Hepatitis B menores de 15 años	Reducción mortalidad 98%	1998

La esperanza de vida en 1999 fue para el momento del nacimiento de 75 años, para los 60 años de edad de 20,5 años y para los 80 años de edad de 7,6 años.

Colaboración Médica (Internacionalismo).

Entre 1963 y 1999 han participado en programas de colaboración 40175 trabajadores de la salud en 83 países. En 1999 fueron 3418 trabajadores en 57 países.

Se ha colaborado en la creación y puesta en marcha de 6 facultades de medicina. En 1999 trabajaban en 25 países personal docente de escuelas de medicina.

En esta fecha (noviembre 2000) los colaboradores de la salud participando en el Programa Internacional de Salud (PIS), según países eran los siguientes:

País	Médicos	Total
Belice	72	109
Guatemala	358	456
Honduras	122	139
Haití	231	451
Venezuela	71	107
Paraguay	49	49
Mali	91	102
Gambia	201	241
Burkina Faso	2	3
Niger	88	90
Ghana	105	141
Guinea Ecuatorial	89	141
Zimbabwe	97	103
Cambodia	8	10
Total	1584	2142



Finalmente, la más reciente acción de solidaridad, como respuesta al desastre ocasionado por el huracán Mitch, ha sido la creación de la Escuela Latinoamericana de Medicina, que en este, su primer año, cuenta con una matrícula de 3440 alumnos, con la siguiente distribución:

Pais	Alumnos
Argentina	114
Belice	19
Bolivia	128
Brasil	117
Cabo Verde	30
Chile	132
Colombia	154
Costa Rica	77
Ecuador	121
El Salvador	241
Guinea Bissau	8
Guatemala	417
Guinea Ecuatorial	80
Honduras	409
México	48
Nicaragua	405
Panamá	126
Paraguay	141
Perú	127
R.Dominicana	175
Uruguay	110
Venezuela	164
Nigeria	97
Total	3440

REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD

Síntesis de la presentación que hiciera en sesión plenaria la Ministra de Salud Pública de Chile. Dra. Michelle Bachelet Jeria

Nuestro compromiso:

“Constituye un objetivo central del gobierno contribuir a garantizar el derecho a la salud para todos los chilenos según sus necesidades, sin discriminación de origen étnico, sexo, creencia religiosa, condición socio económica, edad o lugar de residencia...”

“...lo anterior con el objetivo de mejorar el nivel de salud de los chilenos y disminuir las brechas sanitarias existentes, que se traducen en desigualdades, según las condiciones socioeconómica de la población y su localización geográfica...”

“Una de las tareas principales de mi gobierno será llevar adelante una profunda reforma de la salud, centrada en los derechos y garantías de las personas y con esquema de financiamiento solidario”

“Queremos que todas las familias, independiente de su nivel de ingresos, puedan acceder a una atención digna, oportuna, de calidad y satisfactoria. Creo que Chile puede y debe proponerse ese objetivo”

Del Mensaje Presidencial al Congreso Pleno del Presidente *Ricardo Lagos*. 21 de Mayo del 2000.

Nuestros desafíos como país.

Progresar con igualdad es crecer con equidad.
Mayor democracia y participación
Crecimiento económico con más y mejor empleo
Reforma integral de salud
Protección para la familia
Educación para el nuevo milenio
Humanización de las ciudades
Combate al centralismo
Desarrollo de una cultura libre
Seguridad para las personas
Cuidado del medio ambiente
Plena integración de la mujer

Siete Reformas para el sexenio.

1. Reforma del Sistema de Salud para tener una atención digna, equitativa y solidaria.
2. Reforma de las políticas de acceso a nuevas tecnologías de la información para entrar de lleno al mundo global.
3. Reformas que modernicen el mundo laboral para tener buenos trabajos.
4. Reforma fiscal para disponer de un horizonte de mayor progreso y estabilidad.
5. Reformas democráticas que necesita una constitución en armonía con el Siglo XXI.
6. Reforma integral del Estado, incluyendo una mayor descentralización.
7. Reforma de las ciudades para mejorar la integración y convivencia ciudadana.

¿Por qué una Reforma de Salud?

- La problemática de salud actual y futura está vinculada a la transición demográfica, epidemiológica y socioeconómica.
- Desigualdades de la Salud en Chile:
 - El gasto anual per capita del sector público en salud durante 1999 fue de US210 y el gasto del sector privado de US500.
 - En 1999 el 66.5% de las horas médicas atienden fuera del sistema público de salud para cubrir sólo al 33% de la población.
- Inequidad en la atención de salud.
 - Los que necesitan más reciben menos.
 - Entre 1990 y 1998, Chile ha reducido en un 22% la distancia que lo separa del ideal propuesto a nivel mundial para el pleno desarrollo humano.
 - Según este indicador del PNUD, Chile tiene el primer lugar dentro de Latinoamérica.
 - En Sudamérica es el país que presenta la mejor evolución en la década.
- Sin embargo, los logros en el desarrollo humano se distribuyen desigualmente dentro de Chile y al interior de cada región.
 - El nivel de logro en desarrollo humano en promedio nacional es de 0,775.
 - La región metropolitana alcanza un índice de 0.812, la novena Región desciende hasta 0,721.
- Insuficiencias del modelo y sistemas de atención.
- Déficit y distribución desigual de recursos humanos en el sistema público.
- Déficit de acceso, cobertura de prestaciones y calidad, tanto en el ámbito público como privado.
- Déficit de protección y transparencia y altos costos del sistema de aseguramiento privado.

- Regulación sanitaria insuficiente e ineficaz del sector privado (seguro privado, prestadores, medicamentos, salud ambiental y salud laboral).
- Incremento sostenido de los precios de los factores de producción.
- Deficiente integración de la red de asistencia pública e insuficiente complementación en la red de asistencia privada.
- Profundas desigualdades en el financiamiento público respecto del privado.
- Institucionalización de un sistema mixto excluyente, inequitativo y no solidario.
- Incremento de la demanda por prestaciones y exigencia de derechos por parte de la población.
- Grados crecientes de insatisfacción en torno al Sistema de Salud.

Bases para la Reforma de Salud.

- La salud como bien social.
- Equidad en la atención de salud como imperativo ético.
- Garantizar el acceso a la salud sin exclusiones ni discriminaciones de ningún tipo.
- Elevar el nivel de salud, los resultados sanitarios y calidad de vida de la población.
- Introducir equidad y solidaridad al sistema de financiamiento, donde todos aporten según sus capacidades y se beneficien según sus necesidades.
- Complementar los sistemas de provisión pública y privada, redes de atención integradas, “inteligentes” y resolutivas.
- Cambios al modelo de atención, centrado en la prevención y en lo creativo, en las enfermedades crónicas y otras vinculadas al desarrollo y los estilos de vida (mayor carga de enfermedad en adultos y adultos mayores).
- Establecimiento de derechos, deberes y garantías de salud a las personas (exigibles).
- Humanizar la atención de salud generando normas de calidad, acceso, oportunidad y buen trato.
- Eliminar o reducir las brechas sanitarias nacional y localmente vinculadas a la atención de salud.
- Garantizar la máxima protección de salud para toda la población del sistema privado y público.
- Debe ser un procesos de construcción participativo, de cohesión y legitimidad social.
- **La reforma es un proceso participativo.**

Responsiveness y construcción de acuerdo social en torno a la reforma.

- Participación ciudadana:
 - gremios
 - actores internos
 - universidades
- Comisiones y foros presenciales regionales
- Asamblea Nacional de Salud

- Consulta ciudadana.
- Encuestas: - calidad de vida
- nacional de salud
- CASEN.

Resultados Sanitarios 98

-	% de atención profesional de partos	99.6
-	% de bajo peso al nacer	5.1
-	tasa de mortalidad general (X 1000 habitantes)	5.4
-	tasa de mortalidad infantil (X 1000 nacidos vivos)	10.0
-	tasa de mortalidad neonatal (X 1000 nacidos vivos)	5.7
-	tasa de mortalidad neonatal precoz (X 1000 nacidos vivos)	5.4
-	tasa de mortalidad de 1-4 años (X 1000 habitantes 1-4 años)-	0.5
-	tasa de mortalidad materna (x 1000 nacidos vivos)	0.2

PANEL No. 1

**SITUACION ECONOMICA Y SOCIAL DE AMERICA LATINA:
RETOS Y ALTERNATIVAS ESTRATEGICAS PARA
SUPERARLAS.**

Coordinador:

Lic. José A. Quintero. Centro Investigaciones de la Economía Mundial. Cuba.

Ponentes:

Dr. Juan Vela Valdés. Rector, Universidad de la Habana. Cuba.

Dr. Saúl Franco Agudelo. Vicepresidente, Asociación Internacional de Políticas de Salud. Colombia.

Dr. Fortunato Mallimaci. Decano, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Relatores:

Dr. Elbano Pierucci. Facultad de Odontología. Universidad Central, Caracas. Venezuela.

M.S.P. Cándido López Pardo. Facultad de Economía, Universidad de La Habana. Cuba.

RELATO

SITUACION ECONOMICA Y SOCIAL DE AMERICA LATINA: RETOS Y ALTERNATIVAS ESTRATEGICAS PARA SUPERARLAS.

Los ponentes reflejan a partir de estadísticas de diversos organismos internacionales un panorama no muy alentador de fin de siglo caracterizado por un aumento significativo de la pobreza, el desempleo y la desigualdad social en América Latina, resultante de una economía globalizada, neoliberal y fuertemente especulativa.

A título de ejemplo, se señala que América Latina y el Caribe es la región del mundo donde se encuentran las mayores desigualdades en la distribución del ingreso. Asimismo se pone de manifiesto que los grupos humanos más afectados son los menores de 5 años, las mujeres y los ancianos. Se destaca que en el mundo se gasta más en cosméticos, en helados, en perfumes y en alimentos para animales domésticos que lo necesario para cubrir las necesidades mundiales de enseñanza básica, de acceso a agua potable y saneamiento ambiental, para una adecuada salud general y reproductiva y para una eficiente nutrición básica.

Asimismo se pusieron de manifiesto otros problemas sociales relevantes como la explosión de la drogadicción, la expansión de la corrupción, y el auge de la criminalidad y la violencia.

Se destaca el hecho de que la pobreza y la marginación existente en la región hay que valorarlas doblemente en su influencia sobre la calidad de vida de la población y por lo que afecta al futuro.

Se señala que más de la mitad de los que vivirán en el siglo XXI latinoamericano son pobres, están encadenados al hambre, a la miseria, a la insalubridad, a las precarias condiciones de trabajo y a las malas condiciones de vivienda: están condenadas en resumen a ser ciudadanos de segunda.

El envejecimiento de la población, y la desigualdad de género, como problemas sociales, fueron asimismo abordados.

Se enunciaron cinco reflexiones coyunturales sobre América Latina.

La primera se refiere al incremento de la inequidad existente en la región hasta límites incompatibles con la dignidad humana. A manera de ejemplo se señala que la mujer cubana tiene una esperanza de vida al nacer casi 27 años más que la de un hombre haitiano, países separados espacialmente por unos pocos kilómetros.

El deterioro generalizado del tejido social, manifestado en la progresiva sustitución del valor solidario por el de la competencia, la primacía de los intereses y propósitos individualistas sobre las tareas y motivos colectivos, la pérdida de espacio de lo

público frente a la exaltación de la iniciativa privada regida por la ganancia y la acumulación, y la valoración de lo inmediato utilitario por encima de lo progresivo fundamental, están llevando al debilitamiento de valores y prácticas que daban cohesión y sentido a la vida en sociedad y a su sustitución por otras de signo contrario. Asimismo se destacó, que como ejercicio de ciudadanía, participación, y acción política, hay un componente esencial de ética social, pautada de cara a la vida cotidiana, a los acontecimientos históricos, a los ordenamientos económico-políticos y a las representaciones culturales.

Las reformas en salud en dirección contraria a las necesidades sociales de la región constituyen parte de las reflexiones. Hay indicios de que las reformas sanitarias, en lugar de disminuir la inequidad están contribuyendo a incrementarla. Se considera que el problema no es de formas ni de gestión de las reformas, sino de enfoque, de orientación y opción política, de modelo de sociedad y escala valorativa.

El cultivo y defensa de lo mejor de lo propio es otra de las reflexiones consideradas. Un panorama social latinoamericano, siempre incompleto, lo será aún más sino integra estos y muchos otros valores y potencialidades, y si además no rompe el cerco de las lamentaciones y se atreve a convocar al orgullo de lo propio en un clima realista de globalización. Resulta estimulante, se subraya, reivindicar el valor y el orgullo de lo propio.

La última reflexión se centra en la defensa de la vida humana. Se señala en primer lugar el derecho a sobrevivir, y en segundo lugar no sólo el derecho a sobrevivir, sino también a vivir en dignidad.

Se destaca que en este tipo de análisis hay que evitar la tendencia a la futurología, a mirar sólo lo negativo y a repetir cifras alarmantes no siempre bien fundamentadas.

Se enfatiza que la irracionalidad del modelo globalizante neoliberal se desenvuelve en un entorno cada vez más inhumano, y que la opulencia material en este entorno antihumano e inequitativo ha provocado un aumento del consumo mundial de una forma irracional y sin precedente.

Se ponen de manifiesto los siguientes retos:

- La reducción y eventual erradicación de la inequidad.
- La generación de conocimiento crítico en las universidades, dándole apoyo financiero a la investigación, para salir de los modelos dominantes actuales, privilegiar las formas cualitativas y etnográficas y la construcción de indicadores con sentido más latinoamericano.
- Las universidades deben rehacer los vínculos con la sociedad relacionándose con los gobiernos locales en lugar de hacerlo con empresas a través de consultorías de sentido exclusivamente mercantil.

Se identifican las siguientes alternativas estratégicas:

- construir una agenda o carta de navegación para la vida que contenga los mecanismos de acción para la recuperación económica de los países rediscutiendo la deuda externa dentro de un marco de una reforma financiera global y de búsqueda de inversiones menos especulativas;
- lograr la formación integral de la población, tanto en conocimiento técnico como político y en valores éticos, para fortalecer nuestra identidad latinoamericana e indígena;
- promover formulas unitarias que proporcionen el fortalecimiento de la capacidad de negociación de nuestros pueblos y gobiernos;
- desarrollar procesos integracionista en la región, tal que incrementen las posibilidades de lograr condiciones mas favorables para fortalecer las colaboraciones productivas y desarrollar los intercambios comerciales y financieros entre los países de la región, tales como los espacios del Mercosur, Andino y Centro América y el Caribe.
- transformar los actuales modelos sanitarios en el marco de una mayor responsabilidad del Estado como garante del derecho al bienestar integral de todos los ciudadanos;
- fortalecer las organizaciones populares y los movimientos sociales evitando discriminaciones, xenofobia y la fragmentación social, dentro de un sentido de eficacia de la acción colectiva;
- dar continuidad a estos procesos de reflexión a través de un pensamiento crítico y de una acción política sostenida, elaborando programas y planes viables y sustentables;
- generar otra conciencia y visión global de los enfoques y regulaciones que impidan la acumulación salvaje por parte de grupos multinacionales;
- convocar a todos los actores sociales en sentido plural: universitarios, sindicales, empresariales, políticos y comunitarios para levantar con fuerza el derecho a sobrevivir, a vivir con dignidad y el derecho a la convivencia;
- fortalecer la democracia con nuevas formas de hacer política que fomenten la participación y nuevos modos de relación entre los ciudadanos y el Estado con proyectos comunes, concertación de formas de vida, construcción consensuada de escalas valorativas, asignación de derechos y deberes a los individuos y colectivos.

Otras soluciones parciales pueden asimismo instrumentarse como las que se han dado en Cuba que ha presentado propuestas alternativas que poseen un profundo sentido ético, humano y solidario.

SITUACION ECONOMICA Y SOCIAL DE AMERICA LATINA: RETOS Y ALTERNATIVAS ESTRATEGICAS PARA SUPERARLAS.

Juan Vela Valdés.

Estimados Participantes:

Durante los dos últimos decenios del siglo XX en el ámbito mundial, y por lo tanto, en América Latina, la lógica de la globalización neoliberal pretende constituirse en hegemónica, invadiendo no sólo las áreas económicas y financiera, sino también la social y cultural, basándose en el pensamiento único a partir de las leyes del mercado, como solución para el desarrollo de la humanidad, como si se tratara, según *Chomsky*, de una “aldea global”, carente de historia, de cultura, de política y de experiencia acumulada en dos siglos de estados nación independientes, soberanos y autodeterminantes.

Producto de la imposición del modelo neoliberal, la inequidad en lo económico y en lo social pasó en el mundo a ser una de las características más deplorables de esta época como se expresa en el informe sobre Desarrollo Humano 1997, que a nivel mundial muestra que la diferencia entre el 20% más rico de la población y el 20% más pobre aumentó de 30 a 1 en 1960 hasta 78 a 1 en 1997.

América Latina y el Caribe, es la región del mundo donde se encuentran las mayores desigualdades en la distribución del ingreso. El 25% es percibido por el 5% de la población más pobre y un 40% por el 10% más rico. La gran concentración del ingreso en manos de los ricos en América Latina y el Caribe para 1998, según el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), tiene una contrapartida en el otro extremo de la escala de ingreso donde el 30% más pobre recibe tan sólo el 7,5% del ingreso total, menos que en cualquier otra región del mundo.

La irracionalidad del modelo globalizante neoliberal se desenvuelve en un entorno cada vez más inhumano como se expresa en los datos presentados por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en 1997 y 1998 en el Informe sobre el Desarrollo Humano y las pautas actuales de consumo:

- 1400 millones de personas viven en situación de pobreza en el mundo.
- 800 millones no obtienen lo suficiente para comer
- 500 millones son desnutridos crónicos.
- 840 millones de adultos son analfabetos.
- 800 millones no tienen acceso a servicios de salud.
- 1200 millones no tienen acceso al agua potable.

Además el quinto más rico de la población mundial:

- Consume el 45% de toda la carne y el pescado, en tanto que el quinto más pobre consume menos del 5%. El consumo medio de proteínas en Francia es de 115 gramos por día, en Mozambique de 32 gramos.
- Consume el 58% del total de la energía, en tanto que el quinto más pobre consume menos del 4%; los países de mayor ingreso generan el 65% de la electricidad mundial.
- Tiene el 74% de todas las líneas telefónicas, en tanto que el quinto más pobre sólo tiene el 1,5%; Suecia, los Estados Unidos y Suiza tienen más de 600 líneas telefónicas por mil habitantes. Camboya, Chad y Afganistán tienen un teléfono por cada mil habitantes.
- Consume el 84% de todo el papel, en tanto que el quinto más pobre consume el 1,1%; el promedio de los países industrializados consume 78,2 toneladas por mil habitantes, en tanto que el promedio de los países más pobres es de 0,4 toneladas por mil habitantes.
- Posee el 87% de los vehículos del mundo, en tanto que el quinto más pobre tiene menos del 1%. Los países industrializados tienen como promedio 405 automóviles por mil habitantes. Los países del Africa al Sur del Sahara tienen un promedio de 11 por mil, el Asia oriental y el Asia meridional, 5.

Y los ultraricos*

Estimaciones nuevas indican que los 225 habitantes más ricos del mundo tienen una riqueza combinada superior a un billón de dólares, igual al ingreso anual del 47% más pobre de la población mundial (2,500 millones de habitantes).

La economía de la riqueza de los ultraricos es un contraste chocante con los bajos ingresos del mundo en desarrollo.

- Las tres personas más ricas tienen activos que superan el PIB combinado de los 48 países menos adelantados.
- Las quince personas más ricas tienen activos que superan el PIB total del Africa al Sur del Sahara.
- La riqueza de las 32 personas más ricas supera el PIB total de Asia meridional.
- Los activos de las 84 personas más ricas superan el PIB de China el país más poblado con 1200 millones de habitantes.

Otro contraste sorprendente es la riqueza de las 225 personas más ricas en comparación con lo que se necesita para lograr el acceso universal a los servicios sociales básicos para todos. Se estima que el costo de lograr y mantener acceso universal a la enseñanza básica para todos, atención de salud reproductiva para todas las mujeres, alimentación suficiente para todos y agua limpia y saneamiento para todos es aproximadamente de 44mil millones de dólares por año. Esto es inferior al 4% de la riqueza combinada de las 225 personas más

*Fuente: Forbes Magazine, 1997/PNUD.Informe Desarrollo Humano,1998.

Ed. Mundi Press. Madrid. 1998.pág.30.

ricas del mundo. En los Estados Unidos con 60 (una riqueza combinada de 311 mil millones de dólares), seguido de Alemania con 21 (111 mil millones de dólares) y el Japón con 14 (41 mil millones de dólares). Los países industrializados tienen 147 de las 225 personas más ricas del mundo (645 mil millones de dólares combinados) y los países en desarrollo 78 (370 mil millones de dólares). África tiene sólo dos (3,700 millones de dólares) ambos de Sudáfrica.

En el gran conjunto de desposeídos, tres grupos humanos son los más afectados: los niños menores de cinco años, que registrarán cifras de 160 millones de desnutridos graves y 110 millones marginados de la educación. Las mujeres presionadas por las tensiones del trabajo productivo, en el hogar y el deterioro en sus niveles educacionales, constituyen el segundo estamento vulnerable. A los dos grupos antes precisados, se suman las personas que sobrepasan los 65 años, que llegarán al 14% de la población mundial y enfrentarán serios problemas de acumulación de la pobreza humana, económica y cultural.

La opulencia material en un entorno mundial antihumano e inequitativo ha provocado un aumento del consumo mundial de una forma irracional y sin precedentes. El gasto privado y público llegó a 24 billones de dólares en 1998, el doble del nivel de 1973 y seis veces el de 1950.

En el Informe sobre el Desarrollo Humano de 1998 se comparan algunas de las “prioridades mundiales” en gasto anual en dólares con la estimación del costo anual adicional de lograrse el acceso universal a servicios sociales básicos en todos los países en desarrollo.

Según este informe, para lograr una enseñanza básica para todos se necesitarían 6000 millones de dólares y se gasta en cosméticos en los Estados Unidos 8000 millones. Para lograr agua y saneamiento para todos se necesita 9000 millones, y se gasta 11000 millones en helados en Europa. Para lograr salud reproductiva de todas las mujeres se necesitaría 12000 millones, que es la cifra que consume en perfumes Estados Unidos y Europa.

Para que toda la población de los países en desarrollo tenga acceso universal a la salud y nutrición básica, se estima un costo anual adicional de 13 mil millones de dólares y en Estados Unidos y Europa se gasta 17000 millones en alimentos para animales domésticos.

Otros problemas sociales resultan significativos:

- La explosión de la drogadicción está convirtiendo el tráfico de drogas hacia los gigantescos mercados del Norte, en uno de los grandes negocios del siglo.
- El generalizado consumo de drogas en los países capitalistas industrializados es una actividad legal-ilegal que abarca todos los estratos de la sociedad y responde a frustraciones y tensiones generadas en esas sociedades.
- La expansión de la corrupción en la esfera pública es un hecho, cuyos escándalos son conocidos en el Norte, el Sur, el Este y el Oeste.

- La expansión de la corrupción en la esfera pública es un hecho, cuyos escándalos son conocidos en el Norte, el Sur, el Este y el Oeste.
- Nada puede ilustrar mejor este carácter que las recientes elecciones presidenciales en Estados Unidos., desacreditadas totalmente por el fraude electoral en el Estado de la Florida, donde ha desempeñado un papel relevante la mafia cubana que allí reside. El triste episodio del secuestro del niño cubano *Elián González*, recuperado para su Patria, por la batalla de todo nuestro pueblo, ha contribuido a desenmascarar a estos falsos defensores de una supuesta democracia.
- El auge de la criminalidad y la violencia convierten, la inseguridad ciudadana en parte de su cotidianidad. A lo anterior se unen el aumento de la xenofobia, la extensión de grupos de ideología fascista, la explosión de los nacionalismos, las migraciones y otros fenómenos que en su conjunto apuntan a que la llamada sociedad global es en realidad una “sociedad de malestar”.

Aunque los datos económicos planteen como lo hace el Estudio Económico de América Latina y el Caribe 1999-2000, que: “desde un punto de vista global, América Latina y el Caribe ha iniciado el tercer ciclo de crecimiento de los últimos diez años” (CEPAL, 2000:10) la región no escapa a estas tendencias antes señaladas. Particularmente el endeudamiento se mantiene como obstáculo al crecimiento económico.

De lo que se trata no es de cuanto crecimiento se alcanza (y conocemos la importancia de alcanzar crecimiento económico), sino cómo se utilizan los resultados de ese crecimiento y a quienes beneficia.

De ahí que en esta intervención no aborde todos los aspectos del panorama social de América Latina, sino particularmente el eslabón que resume la crisis económica y social del continente, en tanto tiene que ver con las condiciones en que vive el ser humano, la calidad de su vida y las posibilidades de desarrollarse a plenitud. Ese eslabón lo constituye la pobreza.

La pobreza es un estado cualitativo caracterizado por el hambre, la ausencia de salud, las malas condiciones de vivienda, el ambiente social inadecuado, el analfabetismo, la falta de calificación y los ingresos bajos.

Ser pobre significa también envejecer rápidamente y morir joven; trabajar duro y no tener control sobre su entorno político. Ser, en la práctica, un ciudadano de segunda categoría, segregado social y territorialmente. El Informe sobre Desarrollo Humano del 2000 acentúa otras dimensiones de la pobreza como la vulnerabilidad, la marginación de los procesos de toma de decisión y la opresión.

En el caso de América Latina, al aproximarnos a su panorama social lo primero a destacar es que la pobreza constituye el signo dominante. El número de pobres no

ha dejado de aumentar en los últimos años; dos décadas atrás, en 1980, era de 135 millones de personas. Con la crisis de la deuda externa y la generalización de las políticas neoliberales, hoy existen al menos 90 millones más de pobres.

De acuerdo con las cifras oficiales –que siempre son conservadoras- en 1997 existían 200 millones de pobres y al terminar 1999 había no menos de 224 millones, es decir, finalizando el siglo XX, el 45% de la población del continente está clasificada oficialmente como pobre.

Esta pobreza existente en América Latina hay que valorarla doblemente, porque influye sobre la calidad de la vida de la población actual y también porque afecta el futuro.

Un reciente informe de la Comisión Económica para América Latina, (CEPAL, 2000:14) afirma que el número de niños y adolescentes en situación de pobreza bordeará los 117 millones este año, lo que significa que más de la mitad de la población pobre en la región (Alrededor del 52%) estará integrada por niños y adolescentes. De ese total, cerca de 30 millones serán menores, entre 0 y 5 años de edad y alrededor de 43 millones tendrán entre 6 y 12 años.

La importancia de estas cifras radica en que una parte significativa de esos niños no completará su educación básica. Hoy, alrededor del 80% de los niños de nuestra región solamente alcanza el cuarto grado, y el 73%, sólo llega hasta el quinto grado de escolaridad primaria. Muchos de ellos dejan de asistir o no asisten a la escuela para trabajar en busca de un sustento.

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) existen cerca de 20 millones de niños menores de 15 años que trabajan en América Latina y el Caribe y un porcentaje de ellos se dedica a recoger desechos reciclables en los basureros. (CEPAL, 2000:14) Es decir, más de la mitad de los futuros hombres y mujeres que vivirán el siglo XXI latinoamericano son pobres, están encadenados al hambre, la miseria, la insalubridad, las precarias condiciones de trabajo, las malas condiciones de vivienda; están condenados como dijimos anteriormente, a ser ciudadanos de segunda y esto será difícil de cambiar, en tanto la situación del empleo, íntimamente asociada a las condiciones de pobreza, muestra signos alarmantes.

El 80% de los nuevos empleos surgen en el sector informal urbano, que es ese enorme bolsón de los que buscan alguna manera de sobrevivir como “hacelotodo” o “vendelotodo”.

En realidad el gran problema es que el dinamismo de la economía no propicia la absorción del crecimiento de la fuerza de trabajo mediante un empleo estable, lo que se traduce en tasas crecientes de desempleo y como los pobres no tienen ningún sistema de protección, están obligados a alguna actividad que les proporcione ingresos. De ahí los cientos de miles de personas que desenvuelven las más

disímiles ocupaciones para sobrevivir, tales como limpiar parabrisas en los semáforos o vender artículos de consumo inmediato en alguna zona urbana.

El retroceso de las formas tradicionales de organización y participación social como los sindicatos y organizaciones comunitarias ha provocado la alteración de los hábitos colectivos a favor de un comportamiento más individualista (CEPAL, 2000:2). El “sálvese quien pueda” constituye cada vez más la ideología presente entre las masas latinoamericanas, es así que cada vez porcentajes mayores de la población declaran sentirse sometidas a condiciones de riesgo, inseguridad e indefensión.

El Banco Mundial (BM) reporta en su informe del 2000 un estudio comparado entre países de América Latina y el Caribe, que se realizó el pasado año, que incluyó encuestas de opinión (BM,2000:5). Casi dos terceras partes de los entrevistados expresaron que sus padres habían vivido mejor que ellos, mientras que menos de la mitad opinó que sus hijos tendrían mejores condiciones de vida que ellos. Esto expresa el nivel de inseguridad e insatisfacción que conforma la percepción de gran parte de la población de la región.

Según el Banco Mundial. “De hecho, existe una opinión generalizada de que la inseguridad económica es tan profunda que podría llegar a socavar el apoyo social y político al proceso de reforma en curso e incluso interrumpirlo”. Comentario que adquiere mayor importancia por su fuente, libre de sospechas sobre ningún tipo de radicalismo de izquierda.

Otro problema social, no menos alarmante, y a la que haremos alusión, es la relativa al envejecimiento poblacional, el cual produce modificaciones del mercado de trabajo, el acceso a los bienes y servicios, genera formas nuevas de organización familiar y cambios del nivel de bienestar de los adultos mayores. Plantea al Estado tensiones sociales adicionales vinculadas a las crecientes necesidades de financiamiento de los sistemas de salud y seguridad social, tan golpeados por el neoliberalismo.

Hacia fines de los años 90, el peso de la población de 60 años y más, se traduce en que, como promedio uno de cuatro hogares latinoamericanos tiene entre sus miembros al menos un adulto mayor, lo que actúa negativamente en la situación socioeconómica de sus colectivos familiares. Esto es así porque en la mayoría de los países latinoamericanos, más de la mitad de los adultos mayores no reciben jubilación o pensión. Los análisis realizados sobre este problema por la CEPAL evalúan de muy elevada la vulnerabilidad socioeconómica de las personas de la tercera edad en nuestra región (CEPAL, 2000).

Y todo esto ocurre en un momento en que el desarrollo de la ciencia y la técnica parecen afirmar que todo es posible.

Pero estos adelantos tecnológicos mundiales están condicionados por la desigualdad: el 20% más rico de la población mundial participa en el 93% del uso de Internet mientras el 20% más pobre, lo hace en el 0,2%, según datos publicados por el PNUD. Se estima que el usuario promedio de Internet es un hombre menor de 35 años, con educación universitaria y un ingreso elevado, vive en una zona urbana, habla inglés, y es por todo esto, miembro de una elite minoritaria a escala mundial. (PNUD, 1999:63).

La desigualdad de género es otro de los dramas más significativos del fin del milenio. Según el Informe del Fondo de Naciones Unidas para la Población (FNUAP), del 2000, si las mujeres tuvieran facultades para adoptar decisiones sobre su actividad sexual y sus consecuencias, podrían evitarse muchos de los 80 millones de embarazos no deseados que ocurren cada año, mucho de los 20 millones de abortos realizados en malas condiciones, algunas de las 500 mil defunciones anuales derivadas de la maternidad, muchos de los 333 millones de casos nuevos de enfermedades de transmisión sexual que ocurren cada año. (FNUAP, 2000:2).

En América Latina, el aborto realizado en condiciones deficientes causa aproximadamente la mitad de todas las defunciones derivadas de la maternidad. En Chile y Argentina más de un tercio de las defunciones derivadas de la maternidad entre adolescentes es resultado directo de abortos realizados en malas condiciones. (FNUAP, 2000:13).

En realidad, la discriminación del género femenino se expresa de muchas maneras desde la niñez, en el infanticidio femenino, los insuficientes alimentos, la violencia doméstica, la mutilación genital femenina, y los embarazos precoces.

Esta discriminación es mucho más marcada y terrible en el contexto de la desigualdad social, por lo que se habla de feminización de la pobreza: por las menores oportunidades de empleo y calificación y la menor retribución salarial, las mujeres presentan mayor vulnerabilidad a la pobreza, especialmente la extrema pobreza, que afecta a cerca de la quinta parte de los hogares con jefatura femenina.

CEPAL reporta que de acuerdo a las encuestas de hogares a pesar de mejorías en los niveles educacionales de la población latinoamericana, hacia fines de los años 90, en 10 de los 16 países estudiados el porcentaje de niños urbanos en edad preescolar, cuya madre no completó la educación primaria varía entre 40% y 50% y en los 6 países restantes ese porcentaje fluctúa entre 13% y 18%. En las zonas rurales, esos porcentajes son mayores, en 6 países fluctúa entre 65% y 85%, y en los 4 restantes, entre 30 y 40%. Según CEPAL “En la mayoría de los países de la región una proporción muy alta de los menores que integran la nueva generación ingresará al ciclo primario e iniciará la acumulación de capital educativo con claras desventajas en comparación con las mayores oportunidades de los niños provenientes de hogares con un mayor clima educacional” (CEPAL, 2000:14).

Las nuevas tecnologías han posibilitado una mayor comunicación cultural entre los pueblos, pero también esta ampliación encierra severos riesgos: la mayor industria de exportación de EE.UU. es la recreación, los filmes de Hollywood y programas de televisión en 1997 recaudaron más de 30 mil millones de dólares a escala mundial, y en 1998, un solo filme, Titanic, recaudó más de 1800 millones de dólares(PNUD,1999). La extensión de patrones culturales asociados al mercado difumina mensajes de competitividad, individualismo y violencia a la vez que amenaza la permanencia de los valores y la identidad cultural de los pueblos del sur.

La sociedad industrial capitalista globalizada neoliberalmente, es capaz de situar hombres en el espacio, crear las autopistas de la información, en fin, lograr avances científico tecnológicos prodigiosos, pero no es capaz de eliminar la primera causa de la desigualdad humana: la pobreza.

El destino de nuestra sociedad es incierto, y no puede descartarse que el mundo se enfrente a mediano plazo a una crisis, cuyos rasgos se perfilan en la insostenibilidad del orden internacional vigente. Cualquiera que sean los cambios que ocurran, los pueblos desempeñarán un papel protagónico en ellos, en el justo reclamo de sus derechos a una vida mejor.

Frente a este panorama; la principal alternativa se centra en los esfuerzos por modificar el orden económico internacional vigente; para ello, sería preciso promover fórmulas unitarias que proporcionarían el fortalecimiento de la capacidad de negociación de nuestros pueblos.

Una alternativa más inmediata en esa dirección es contribuir a los procesos integracionista de la región, en ellos se centran muchas posibilidades de lograr condiciones más favorables para fortalecer las colaboraciones productivas, y desarrollar los intercambios comerciales, y financieros entre los países de la Región. Algunas metas como la cancelación de la deuda externa a los países menos desarrollados, o el establecimiento de precios preferenciales para adquirir petróleo, han sido planteado a nivel internacional, y ganan progresivamente receptividad entre los demandantes del sur.

Otras soluciones parciales podrían instrumentarse, nuestro país ha presentado algunas propuestas alternativas que poseen un profundo sentido ético y humano.

Cuba, país pequeño y de escasos recursos es sometido por la potencia más poderosa del planeta al peor bloqueo de la historia actual; que leyes recientes tienden a endurecer y no a flexibilizar, como se pretende divulgar, distorsionando intencionalmente su carácter. Pero este bloqueo ha sido una vez más condenado en las Naciones Unidas, por una mayoría abrumadora, 167 países a favor, 3 en contra y 4 abstenciones. El mundo conoce cada vez más la realidad de Cuba.

Nuestro país ha logrado una progresiva recuperación económica alcanzando en 1999 un crecimiento del Producto Interno Bruto de 6,2% (ONE, 1999:30). Junto a este favorable crecimiento aún permanecen severas limitaciones en la calidad de la vida de la población; pero ha permanecido estable la cobertura social que significa el acceso a la educación y a la salud universal y gratuita.

Cuba: Indicadores Seleccionados.

- **6,4 de mortalidad infantil por 1 000 nacidos vivos.**
- **99,8% de los partos se atienden en las instituciones hospitalarias**
- **99,8% de los niños son inmunizados contra 12 enfermedades**
- **168 habitantes por médicos**
- **9no. grado de nivel educacional promedio**
- **96,2% de alfabetismo**
- **95% de la población dispone de servicios de agua potable.**

Fuente: UNICEF, 2000 y PNUD, 2000.

Pero el logro más significativo de la sociedad cubana es la formación integral de su pueblo, no sólo en su nivel de conocimientos, en su posición política, también en la asimilación de valores éticos que tienden a la solidaridad humana.

En este sentido es que nuestro Presidente, Fidel Castro ha enunciado la disposición de contribuir con médicos cubanos a la lucha contra las enfermedades en Africa, solicitando de los países industrializados el aporte en recursos y medicamentos para este noble empeño.

Los médicos cubanos en Centro América y Haití y la creación de la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas, son acciones que integran esta concepción alternativa de ayuda solidaria, que podría movilizar fórmulas significativas de cooperación en la lucha contra la pobreza. Es este un proyecto consecuente con otra concepción sobre la sociedad, ajena al mercantilismo y el egoísmo que genera el modelo neoliberal.

Es ese el sueño que bosquejamos como meta de la humanidad para el próximo milenio. Muchas Gracias.

Referencias.

Banco Mundial (2000) *Informe. Hacia la seguridad económica en la era de la globalización.* Washington. (Tomado de Internet).

CEPAL (2000) *Panorama Social 1999-2000, Síntesis,* Santiago de Chile.

FNUAP (2000) *Estado de la Población Mundial.* FNUAP, New York.

- ONE (2000) *Cuba en cifras, 1999*, La Habana.
- PNUD (1997) *Informe sobre Desarrollo Humano*. Mundi Press, Libros, Madrid.
- PNUD (1998) *Informe sobre Desarrollo Humano*: Mundi Press, Libros, Madrid.
- PNUD (1999) *Informe sobre Desarrollo Humano*. Mundi Prensa, Libros, Madrid.
- PNUD (2000) *Investigación sobre Desarrollo Humano y Equidad en Cuba, 1999*. Caguayo, S.A. La Habana.
- UNICEF (2000) *Informe Nacional sobre el seguimiento al acuerdo de Lima, en el marco de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia*. Reproducido, La Habana.

CINCO REFLEXIONES COYUNTURALES SOBRE AMERICA LATINA.

Saúl Franco Agudelo.

Tres notas aclaratorias para empezar:

1. Un perfil de América Latina en los campos económico y social trasciende cualquier esfuerzo individual y requiere de los aportes de muchos y desde miradas muy diferentes. Hay una extensa bibliografía sobre el tema procedente tanto de estudios de especialistas y expertos, como de organismos internacionales. Las siguientes son sólo algunas reflexiones personales sobre aspectos específicos de las dimensiones socioeconómicas de la región que, como ciudadano latinoamericano y salubrista, someto a la consideración de ustedes como aporte al panorama general y como provocación para nuevas búsquedas de alternativas.
2. Existe en este tipo de análisis y de eventos la tendencia a la futurología, o a mirar sólo lo negativo o a repetir inmisericordemente cifras alarmantes, no siempre bien fundamentadas. En todo ello hay algo importante y parte de verdad. Tratando de superar tales riesgos, intento identificar algunas tendencias posibles a partir de nuestra historia y de la situación actual, seleccionar sólo algunas cifras que contribuyan a respaldar las afirmaciones y mirar también las identidades positivas de la realidad regional como puntos de apoyo para nuevas exploraciones y construcciones.
3. En la práctica, la América Latina -AL- de la que hablamos cotidianamente es toda América, excluido los Estados Unidos, Canadá y el Caribe Anglófono. Todo lo demás desde México hasta la Patagonia, incluidos Brasil y el Caribe hispanoparlante, es lo que en realidad llamamos América Latina. Pero, además de su contenido territorial, América Latina expresa también cierta afinidad histórica, cierta y heterogénea identidad cultural y un impreciso y cambiante proyecto regional. Pero cada vez las identidades parecen menores y las diferencias de intereses y proyectos mucho mayores. A primera vista, el proyecto globalizador aparece como un nuevo factor destructor de la escasa identidad regional. Y las mismas circunstancias económicas actuales parecen tender más a la creación de polos y subregiones mercantiles, que a fortalecer vínculos y afinidades histórico-culturales. Hay una especie de nuevo fraccionamiento regional que es preciso comprender e integrar al análisis y a las propuestas, si se quiere tener polo a tierra y partir hacia el futuro de donde estamos y no de donde quisiéramos estar.

Con estas aclaraciones previas, enunció a continuación cinco reflexiones coyunturales, desde América Latina. Tres de ellas referidas a diferentes problemas de especial relevancia en el actual contexto regional y las dos restantes a manera de invitación al pensamiento, el sentimiento y la acción en campos a los que poco nos convocan desde la academia, la economía y la política.

- 1- América Latina: de menos a más inequidad. Por desgracia histórica, la inequidad en casi todos los campos de la vida social, no sólo en el económico, es mucho más que un momento o una circunstancia desafortunada de nuestra realidad regional. Parece de tipo estructural, presente siempre y en casi todos los espacios regionales. El continente ha sido inequitativo en la distribución de las riquezas sociales, de las oportunidades, conocimientos, recursos y servicios elaborados por la humanidad, y en la participación en el poder y las decisiones colectivas(1). Ha padecido la inequidad tanto si se compara con otras regiones – basta mirar hoy hacia los países denominados centrales o desarrollados –como- si se establecen comparaciones entre los países de la propia región e, inclusive si se miran diferentes regiones de un mismo país; alguien lo duda después de visitar el nordeste y el sur de Brasil.

Sí estos son perfiles de muchos años de historia, lo nuevo en realidad parece ser, de un lado, el crecimiento de las inequidades hasta límites incompatibles con la dignidad humana. Y de otro lado la aceptación de la inequidad como un componente casi natural e inevitable de la racionalidad y el ordenamiento económico y político social vigente. Hace casi una década, en este mismo recinto y en el primer encuentro Universidad Latinoamericana y Salud de la Población, se señaló la inequidad como característica y amenaza regional y mundial, justamente en el momento en que la emergencia de una epidemia - el cólera- evidenciaba la inequidad en salud y la consolidación de otra- el neoliberalismo- amenazaba con llevar la inequidad hasta límites no imaginables entonces.

Algunos pocos datos, tomados en su mayor parte del Informe sobre Desarrollo Humano. 1999, ilustran los enunciados anteriores y confirman lo que hace una década era apenas una sospecha (2).

–“La diferencia de ingresos entre el quinto de la población mundial que vive en los países más ricos y el quinto que vive en los países mas pobres era de 74 a 1 en 1997, superior a la relación de 60 a 1 de 1990 y a la de 30 a 1 de 1960”(p.3).

A fines de los años noventa, mientras el quinto inferior sólo tenía el 1% de los siguientes bienes e indicadores, el quinto de la población que vivía en los países de más altos ingresos tenía el 86% del PIB mundial, el 82% de los mercados mundiales de exportación y el 68% de la inversión extranjera directa (p.3).

Las ventas de la General Motors en 1997 fueron de 164 mil millones de dólares. Casi el doble del PIB de Venezuela al año siguiente-87 mil millones de dólares -(p.12).

Chile es el país de la región con mejor ubicación en el escalafón del Índice de Desarrollo Humano: esta en el puesto 34 con un IDH de 0,844. El último es Haití, en el puesto 152 entre 174 y un IDH de 0,430. La esperanza de vida de un chileno promedio es de 74.9 años, la de un haitiano es de 53,7, una diferencia promedio de un poco más de 21 años. La diferencia es más significativa cuando el referente para Haití no es Chile, sino Cuba, países separados espacialmente por unos pocos kilómetros: una mujer cubana tiene una esperanza media de vida de 78,4 años, mientras la de un hombre haitiano es de sólo 51,8 años, una diferencia de casi 27 años. (3)

En el límite de la inequidad está la exclusión que, como la define *Sonia Fleury*, es la no-incorporación de parte significativa de la población a la comunidad social y política, negándose sistemáticamente sus derechos de ciudadanía, como la igualdad ante la ley y las instituciones públicas e impidiéndose su acceso a la riqueza producida en el país (4). Y cada vez es mayor el número de excluidos en la región.

La inequidad, sin embargo, no es patrimonio exclusivo latinoamericano. Pero es, sin duda, una de las características más prominentes del panorama regional. En términos de retos, su reducción y eventual superación es, posiblemente, el mayor de los que enfrentamos en términos de viabilidad como región, como países y como humanidad.

- 2.- El deterioro generalizado del tejido social. Otro motivo de preocupación al mirar el panorama social de América Latina, es observar el creciente deterioro del tejido social. Entiendo por tal el conjunto de fuerzas de cohesión y acción social generadas por la vigencia de unos acuerdos y motivaciones de convivencia basados en valores históricamente construidos, refrendados y aplicados en un determinado grupo. La elaboración de dicho tejido corresponde al conjunto de los integrantes del grupo, bajo la orientación y vigilancia de aquellos en quienes reconoce liderazgo individual o colectivamente, como acontece en el caso de que sea el Estado el depositario de la voluntad colectiva. No es pues tejido estatal, ni sólo tejido individual. Pero tanto los individuos como el Estado tiene mucho que ver con su producción, mantenimiento o destrucción.

Pues bien: en el conjunto de América Latina se aprecia no sólo insuficiencia en la producción de tejido social, sino un deterioro creciente tanto en extensión como en intensidad. Es decir hay franjas cada vez mayores de tejido social destruido y hay extensas zonas del mismo no sólo afectadas, sino francamente necrosadas.

En concreto: la progresiva sustitución del valor solidaridad por el de competencia; la primacía de los intereses y propósitos individualistas sobre las tareas y motivos colectivos; la pérdida de espacio de lo público frente a la exaltación de la iniciativa privada, regida por las ganancias y la acumulación

y la valoración de lo inmediato utilitario por encima de lo progresivo-fundamental, están llevando al debilitamiento de valores y prácticas que daban cohesión y sentido a la vida en sociedad y a su sustitución por otras de signo contrario. Se instaura entonces el enriquecimiento rápido, por cualquier medio y a cualquier precio como razón práctica de la existencia individual y colectiva. La penetración del problema narco – que incluye producción, procesamiento, tráfico, distribución y consumo de sustancias psicoactivas adictivas – en la política, la economía y la cultura, encuentra no sólo un orificio de entrada en la sociedad sino un campo abonado para su expansión invasiva. La cosa pública, los bienes públicos se convierten en patrimonio privados o privatizables con los cuáles se trafica y se reproducen las relaciones de poder. La corrupción se convierte no en una práctica ocasional y censurada sino en la manera normal y casi exaltada de la acción y la gestión pública. La impunidad deja de ser un subproducto marginal para convertirse también en norma de la vida pública y privada. Y la tolerancia como actitud fundamental y mecanismo de tramitación civilizada de las diferencias y los conflictos (no de las inequidades) deja de ser un valor y es silenciada por la intolerancia que igual calla que elimina al contrario.

Es claro que, entre muchas otras cosas – como ejercicio de ciudadanía, participación, acción política – hay en todo esto un componente esencial de ética social, pautada de cara a la vida cotidiana, a los acontecimientos históricos, a los ordenamientos económico-políticos y a las representaciones culturales. Ética social que, por tanto, es radicalmente diferente al moralismo religioso, a las utopías voluntaristas históricas o a la imposición valorativa desde cualquier hegemonía ideológica.

Y es también claro que la producción y conservación de tejido social es otra de las tareas urgentes de la agenda regional.

En el entrecruzamiento de la expansión de la inequidad y la exclusión con el debilitamiento del tejido social en nuestra América Latina, pueden encontrarse parte de las claves para ayudar a comprender fenómenos como la violencia generalizada en la región, con obvias referencias de formas e intensidad en los países y regiones. Y aquí debo señalar tanto las cifras récord mundial de homicidios y secuestros en mi país, Colombia, (5,6) como – y sobretodo – los niveles de crueldad, degradación y banalización de la violencia, que ya no respeta allí ningún mínimo humanitario ni ningún tiempo ni espacio, incluyendo hasta el propio sector salud, que hoy se ve incluido e indefenso en medio del fuego cruzado de los tres actores armados (guerrillas, organizaciones paramilitares y fuerzas armadas estatales), ante la mirada atónita y a veces indiferente de la sociedad y del propio sector salud. (7) Pero debo también llamar la atención sobre el crecimiento de los homicidios en México, Brasil, Venezuela y El Salvador; sobre los niveles de suicidios en países como Cuba, Argentina y Uruguay, y sobre la intensificación del maltrato familiar, de la violencia contra la mujer y contra los ancianos en muchos de los países de la región.(3).

- 3.- Reformas en salud: en contravía de las necesidades sociales de la región. Es un tema sobre el cual se viene produciendo una rica literatura regional(8-11), a la cual remito para la comprensión del problema. Dada la generalización de los procesos de reforma sectorial, también con obvias diferencias, sólo quiero enunciar el tema por dos razones básicas. La primera: por tratarse del proceso de inclusión de la salud dentro del paquete de políticas sociales de corte esencialmente neoliberal (12) con la consiguiente supeditación al ordenamiento económico, la conversión práctica del derecho fundamental a la salud en un derecho contractual-individual, la mercantilización del bien salud y la primacía real de la iniciativa privada regida más por el interés de ganancia que por brindar calidad en la presentación de los servicios, la atenuación de la responsabilidad social del Estado como garante del derecho universal al bienestar y a la atención primaria para quienes tienen responsabilidad de pago y de segunda para quienes no lo tienen. Con todo esto, en lugar de disminuir la inequidad, hay serios indicios de que este tipo de reformas está contribuyendo a incrementarla en contravía de la mayor urgencia social. Lógicamente las reformas han alcanzado algunos logros en términos de mayor conciencia sanitaria, de racionalidad administrativa y de cobertura mínima a grupos antes totalmente excluidos.

La segunda razón para la inclusión del tema en estas reflexiones es de orden propositivo. Si el objeto de este Encuentro es identificar nuevos campos y mecanismos de acción de la Universidad Latinoamericana para lograr mayor y mejor incidencia en el bienestar y en las condiciones de salud de la población, la transformación de los actuales modelos sanitarios son un campo especialmente promisorio. Asumiendo un acuerdo - al menos parcial- en el diagnóstico sobre los límites y posibilidades del actual modelo de reforma sectorial, el paso siguiente sería empeñarse sistemática y colectivamente en la construcción de modelos alternativos que optimicen lo positivo y superen lo negativo. Asumiendo, en todo caso, que el problema no es de formas ni de gestión de las reformas, sino de enfoque, de orientación y opción política, de modelo de sociedad y escala valorativa. Y es esta construcción alternativa otra tarea pendiente es la agenda en construcción.

- 4.- Cultivar y defender lo mejor de lo propio. Son muchos los problemas de América Latina. Pero son también enormes las riquezas regionales, Desde una biodiversidad casi inagotable, pasando por los residuos de los recursos naturales que se resisten a una explotación de varios siglos y una topografía y variedad paisajística envidiable, hasta la riqueza incalculable de sus 500 millones de habitantes con su diversidad étnica, su acervo cultural y su potencial creativo y de resurgimiento aún de las mayores crisis y las peores tragedias.

Referencias:

- 1.- Nature Science in Latin America. Suplemento vol.398. No. 6726, 1 April, 1999.
- 2.- PNUD *Informe sobre Desarrollo Humano*. Ediciones Mundi-Prensa, Madrid,1999.
- 3.- Organización Panamericana de la Salud. *Situación de Salud en Las Américas. Indicadores básicos*,2000,Washington,2000.
- 4.- Fleury, S. *Política Social y exclusión en América Latina en los 90*, Caracas, 1998.
- 5.- Franco, S. *El quinto: No Matar*. IEPRI-Tercer Mundo Editores, Bogotá, febrero,1999.
- 6.- Ministerio de Salud-Organización Panamericana de la Salud. *Situación de Salud en Colombia. Indicadores básicos 2000*, Bogotá 2000.
- 7.- Franco, S. *Violencia, salud y paz en Colombia*. Documento para el Diálogo Global de Hannover, Alemania, Bogotá, julio 2000.
- 8.- Laurel, A.C. *La política social en la crisis: una alternativa al sector salud*. Fundación Fiedrich Ebert, México,1991.
- 9.- Hernández, M. *El proceso sociopolítico de las reformas sanitarias en Colombia*. Cartilla de Seguridad Social. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquía, Medellín, 1998.
- 10.- Arroyo, J. *La reforma silenciosa*. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, 1999.
- 11.- Granados, R. *La reforma de los sistemas de salud*. Tesis para optar el grado de doctor en ciencias médicas. La Habana, octubre, 2000.
- 12.- López, M.V. y Cardona, M. desarrollo en *Marco Explicativo de los efectos del modelo* de América Latina, cinco tesis sobre las políticas de salud. En: La salud colectiva a las puertas del siglo XXI. Memorias Curso Internacional Itinerante. Universidad Nacional de Colombia. Universidad de Antioquía, Medellín, febrero, 2000.

ALGUNOS ELEMENTOS PARA COMPRENDER AMERICA LATINA

Fortunato Mallimaci.

Introducción.

La situación por la que atraviesa América Latina (AL) y el Caribe luego de años sucesivos de democracia y al haber dejado atrás décadas de dictaduras y autoritarismos, se presta a varias lecturas.

Asumir esas varias lecturas supone afirmar la imposibilidad de presentar una “sola verdad” de lo que acontece y por ende, evitar todo tipo de “sentidos únicos” tanto en lo pasado como en el presente. Supone dejar de lado paradigmas culturales evolucionistas (los que creen que la humanidad avanza de la barbarie a la civilización o que sigan afirmando la presencia de razas o culturas o sistemas políticos económicos superiores a otros o anuncian el fin de la historia) o biologists (es decir que niegan lo social, las relaciones simbólicas, de género, étnicas, que han suprimido el concepto de clases sociales y analizan la sociedad en términos de patología, desviación y que tienen como sueño descubrir el ADN de la pobreza, la delincuencia, la rebeldía y crear así la vacuna que elimine esos problemas...).

No estamos viviendo una de las periódicas crisis coyunturales del modelo capitalista sino la aparición de nuevas formas de organización social, económica y política. Lo nuevo que esté naciendo se presenta como crisis global dado que las dificultades afectan en varias dimensiones el mundo de la vida: en las organizaciones responsables de crear consenso y coerción (crisis del estado y las representaciones políticas); en el modelo de acumulación (crisis en la relación estado-nación-mercado y sociedad); en las instituciones dadoras de sentido (crisis en las familias, iglesias, sindicatos y medios de comunicación) y en los modos que se forman subjetivamente las identidades individuales (crisis del sujeto).

Además el conocimiento y la información son hoy fundamentales para el avance de una sociedad. Pero frente al optimismo sobre el rol “igualador” de las mismas, una vez más la realidad nos mostró sus complejidades: “una sociedad y una economía basadas en el uso intensivo de conocimientos produce simultáneamente fenómenos de más igualdad y de más desigualdad, de mayor homogeneidad y de mayor diferenciación” (Tedesco, 2000).

Por todo ello, proponemos una lectura de AL que parta de otros supuestos teórico-metodológicos:

- 1.- no a la naturalización que suponga que “siempre fue así”.
- 2.- que de cuenta de la historia compleja y diversa de cada uno de nuestros países.

- 3.- que diga sí al mundo de la vida y por ende rechace la utilización de paradigmas epistemológicos y teóricos que supongan que animales, plantas y minerales actúan igual que hombres y mujeres.
- 4.- sí a la relación y conflicto entre actores y estructuras, y que tenga cuidado al utilizar palabras ya que las mismas tienen el poder de nominar, de crear sentidos de largo plazo, dado que “las palabras también hacen a las cosas”.
- 5.- que no explique sino nos ayude a comprender que varones y mujeres cuando actúan, lo hacen dando sentido a su acción y que por ende, el rol de las ciencias sociales, es comprender ese sentido de la acción colectiva e individual.

La importancia de asumir un paradigma – es decir los marcos teóricos – metodológicos utilizados por el investigador para interpretar los fenómenos sociales en el contexto de una determinada sociedad- interpretativo (diferentes de las ciencias llamadas naturales) que parta desde la perspectiva de los actores, “conozca las motivaciones de los mismos”, tenga como supuesto la necesidad de comprensión de la acción social, evite la naturalización del mundo de la vida y de cuenta de la importancia de las relaciones sociales (Vasilchis, 1992).

Por todo ello es importante lograr la síntesis entre el polo objetivista y subjetivista, entre “las cosas” y las “representaciones” en lo que un autor llama “constructivismo estructuralista” (Bourdieu, 1987). Frente a posturas meramente positivistas, estructuralistas, subjetivistas, funcionalistas o deterministas al analizar los hechos sociales, preferimos aquellas que den cuenta de la “dualidad de la estructura” que conecta la producción de la interacción social con la reproducción del sistema social en el tiempo y en el espacio. “He sostenido que la producción de la sociedad es siempre y en todas partes una realización de destreza de sus miembros...Al referirme a la dualidad de la estructura, entiendo que las estructuras sociales son constituidas por la actividad humana, y son aún, al mismo tiempo, el medio mismo de esta constitución...El verdadero meollo del estudio de la reproducción social está en el proceso inmediato de constitución de la interacción” (Giddens, 1987). Los procesos de estructuración, como afirma el autor en el mismo libro, producen “modalidades” es decir mediación entre la interacción y la estructura a nivel de esquemas interpretativos, medios y normas.

Paradigma interpretativo que a nivel de métodos privilegia los cualitativos y etnográficos, como el estudio de caso, la descripción densa, la observación participante de larga duración, la entrevista, la empatía con los entrevistados (democratizando y abriendo a otros interlocutores que no sean sólo especialistas) y la historia de la vida como una manera privilegiada de “conocer el sentido de la acción” (Forni, 1992). Si bien las encuestas con sus cifras y números son necesarias y nos dan un panorama del hecho social, no alcanzan para dar cuenta de una realidad cada vez más heterogénea donde los sentidos de la acción son fundamentales para dar cuenta de los fenómenos estudiados. La triangulación (combinación de metodologías para el estudio integrado de un mismo fenómeno)

utilizando observaciones, perspectivas teóricas, fuentes de datos y metodologías varias, aparecen así como una estrategia que permite responder a esta nueva realidad de coexistencia de paradigmas.

De La Euforia a La Inquietud.

Atrás quedaron la mayoría de las dictaduras y gobiernos autoritarios de los 70 y los 80 en América Latina y el Caribe. Hoy se vive con distintos tipos de democracia en el conjunto del continente. Es una situación que no sólo debemos mantener, sino que debemos fortalecer. Sin embargo, un creciente malestar recorre nuestros países produciendo angustias y desencantos. Vivimos democracias que producen desigualdades, promesas electorales que son defraudadas desde el poder, grupos económicos que “colonizan” la clase dirigente para su propio beneficio.

El balance de los últimos veinte años señala que si bien América Latina y el Caribe han ido fortaleciendo su vida democrática y han realizado profundas transformaciones a fin de estar presentes en un mundo más globalizado sobre todo a nivel financiero y comunicativo, la brecha que separa los que más tienen de los que menos tienen se ha agravado.

Varios países de América Latina viven hoy en tensión dado que sus clases dirigentes no logran “hacer felices a sus ciudadanos”. Conflictos abiertos en Colombia donde la Operación Colombia, el narcotráfico y la violencia cotidiana son el emergente de una crisis más profunda, inestabilidad social en Ecuador, Perú, Bolivia y Paraguay, entre otros, debido a temas de corrupción, represión y deslegitimidad, crisis económica acelerada en Argentina a partir de una recesión que no cesa y que afecta a sus socios del Mercosur, en especial el Brasil; flujos migratorios de México, Caribe y otros países de América Central hacia los Estados Unidos (EE:UU.), seducidos por el “pleno empleo” de dicha nación; Venezuela con la crisis de sus antiguas clases dirigentes y surgimiento de nuevas expresiones políticas en búsqueda de su propia identidad, el narcotráfico que atraviesa nuestras sociedades transversalmente y por ende no se soluciona sólo con mayor represión policial o militar...

Privilegiando el equilibrio fiscal y la estabilidad monetaria como supuestas condiciones de un “sano” crecimiento, los grupos dirigentes han provocado el mayor proceso de concentración de renta, de exclusión de derechos, de violencia urbana y rural y de debilitamiento rápido de sistemas políticos democráticos del siglo XX.

Al mismo tiempo – reverso de la misma moneda – vemos como se avanza hacia un Estado penal a fin de garantizar la “seguridad amenazada” por la “nueva y peligrosa delincuencia”, “la de los descartables” como se los llama en Brasil. Para eso se debe cambiar las leyes a fin de penar con mayor fuerza el delito social con “tolerancia cero” y crear un nuevo disciplinamiento social construyendo más

cárceles (aquí también se busca privatizarlas), más control ciudadano, aumentando los presupuestos de las fuerzas policiales, etc.

Proyectos neoliberales y democracias están revelando una contradicción antagónica como lo demuestran numerosos trabajos. (Boron, 1991; Haggard, 1995; Sader, Emir, 1998). Democracias impotentes y a veces indiferentes ante la injusticia, ciudadanías empobrecidas, mercados concentrados y ávidos de mayor ganancia a toda costa, ¿que tipo de cultura y lazos solidarios pueden construirse desde allí? ¿Cuánta desigualdad toleraran nuestras democracias? ¿Cuánto tiempo se soportará las promesas incumplidas de estas nuevas democracias? ¿Cuánta decadencia soportarán ciudadanías con cada vez más inseguridades sobre su futuro? ¿La justicia social, la justicia distributiva no puede llevarse adelante en las actuales democracias? ¿Cuánto tiempo más puede durar la paradoja donde nuestros gobiernos son elogiados por las autoridades monetarias internacionales y rechazados por las opiniones pública nacionales?.

Una Mirada Sobre La Vida Cotidiana.

Recorriendo numerosos países, ciudades y espacios rurales, lo que primero llama la atención es el contraste entre situaciones similares de abundancia, opulencia y riqueza junto a privaciones, necesidades y pobreza múltiples y diversas. Vivimos una sociedad dual, a varias velocidades, donde conviven en equilibrio inestable incluidos y excluidos, ciudadanos y consumidores, con una población cada vez más vulnerable y con incertidumbre sobre su futuro, donde las estructuras y relaciones sociales dominantes acrecientan los actuales problemas. Los acelerados descubrimientos en biotecnología, genética, comunicaciones e informática han disparado los potenciales productivos pero no benefician al conjunto.

La vida cotidiana de la mayoría de la ciudadanía no se ha mejorado con esos adelantos científicos, puesto que el modelo de acumulación que prima produce pobreza y una aguda desigualdad que la genera, la reproduce y la amplía. Situación que, si bien no es nueva, se ha ido agravando en los últimos años y que hoy se expresa en cualquier indicador que utilicemos.

La región ha mejorado muy poco sus niveles de productividad y ha perdido posiciones en competitividad frente a otras regiones del globo. “En 1999, por segundo año consecutivo, la economía regional mostró una importante desaceleración de los niveles de actividad, que se tradujo en un virtual estancamiento del producto bruto interno (0,4%), después de una expansión de 2,1% en 1998 y de 5,5% en 1997. Dado el alto crecimiento demográfico de la región, estos resultados provocaron una caída del producto por habitante de -1,2% en 1999, por lo cual el mejoramiento de esta variable en la década es de sólo un 15% (CEPAL, Síntesis, Estudio Económico de América Latina y el Caribe, 1999-2000, Chile 2000).

En un informe conjunto de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), se afirma “se observa en casi todos los países de la región un incremento en enfermedades no transmisibles crónicas asociadas con alimentación y nutrición. Las medidas de ajuste implementadas por los países han afectado la disponibilidad nacional de alimentos y han tenido repercusiones negativas sobre el poder de compra de los grupos más pobres, amenazando la seguridad alimentaria”.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas nos recuerda que entre 1990 y 1997 descendió el consumo total de calorías per cápita promedio de América Latina. Argentina, caracterizada en una época por sus niveles de industrialización, de educación y de integración, debe hoy responder al creciente desempleo con miles de toneladas de alimentos repartidos por el gobierno en municipios, comedores, escuelas y cajas especiales.

Otras cifras del temor y el desencanto.

La CEPAL, el Banco Mundial (BM) y diversos organismos internacionales nos muestran recuperaciones económicas, junto a una situación cada vez de mayor desigualdad y riesgos en todas las clases sociales, destacándose el crecimiento de la pobreza, el desempleo y la vulnerabilidad. Sin embargo esas realidades no son tenidas en cuenta dado que no puede comprenderse por parte de los sectores dominantes, cómo si los “mercados funcionaran bien, los pueblos estén tan descontentos”. Tal es una de las conclusiones de un reciente informe del BM, que utilizaremos en este trabajo (Banco Mundial, 2000), dicen allí: “a pesar de estas mejores oportunidades, en América Latina predomina una fuerte percepción de inseguridad económica. De hecho, se cree en general que la inseguridad económica es tan profunda que podría llegar a socavar el apoyo social y político prestado al proceso de reforma en curso, e incluso interrumpirlo”.

Saber de donde venimos para ver hacia donde vamos.

Profundizar en las causas de esta situación se hace prioritario. No podemos seguir repitiendo políticas que no hacen “felices” a la mayoría de la población.

No todos coinciden en los porqué de esta situación. Más aún, en ciertos círculos académicos o políticos o culturales, pareciera que está vedado “cuestionar el pensamiento único”, que se ha hecho hoy hegemónico y que se resume en pocos conceptos tomados como verdades: deben hacerlo echando a sus trabajadores. Este es el Proyecto del BM en el libro citado: “a la medida que la inflación disminuye en Argentina, México, Perú y Venezuela, el ajuste no parece realizarse tanto por medio de los salarios y sólo Colombia y México, al parecer lo hacen en una medida mayor que la prevista recurriendo al desempleo”. Es decir, “los ajustes se producen principalmente porque la inflación ha bajado sin reformas profundas de las instituciones del mercado laboral”.

Por ello, hoy el Banco Mundial y los difusores, en cada uno de nuestros países, del pensamiento único, hacen suya esta propuesta del BM: “AL, ha pasando de un modelo de desarrollo dirigido por el Estado a un paradigma económico de mercado que ha tornado obsoletos los componentes clave del antiguo sistema de protección del ingreso, como las restricciones por despido y el Estado como empleador de última instancia” (Banco Mundial, 2000, pág.97). Para ello proponen a fin de continuar con su política de ajuste:

- 1.- reducir los costos laborales, lo que incluye la eliminación de las rigideces institucionales que obstaculizan la flexibilidad salarial.
- 2.- reducción de las contribuciones a la seguridad social que son interpretadas como causa del desempleo.
- 3.- reducción del costo del despido dado que es una barrera al empleo.
- 4.- descentralización de la negociación colectiva que reducirá el costo laboral, el incremento global de la demanda de trabajo y una mayor actividad económica.

Sin embargo las investigaciones realizadas en nuestros países como la experiencia en los países centrales nos muestra otras realidades:

- 1.- Los países con salarios mínimos relativamente altos tienen menos desigualdades de ingresos, disminuye las diferencias de ingresos entre diferentes grupos y la pobreza de las familias trabajadora (OCDE, 1998).
- 2.- En el caso argentino, la reducción de las contribuciones a la seguridad social cuyo costo entre 1995-99 fue de US\$19 000 millones, al mismo tiempo disminuyó el empleo formal en un 5,6%. Se argumenta que la existencia del impuesto al trabajo es una de las causales de la informalidad en el empleo y se dice que por lo tanto una disminución de las cargas patronales reduciría el incentivo de mejorar la competitividad a través de la no declaración del personal ocupado. En nuestro país, por el contrario, el crecimiento del trabajo informal fue indiferente a las mayores deducciones impositivas sobre los salarios (UADE, 1999).
- 3.- Se constata poca o ninguna vinculación entre lo estricto de las regulaciones sobre las indemnizaciones por despido y preaviso y los contratos temporarios y el desempleo global. Además los efectos de las reformas del régimen jurídico de protección del empleo que facilitaron despidos y contrataciones flexibles fueron indudablemente negativos sobre la creación de empleo.
- 4.- No hay relaciones estadísticamente significativas entre la “*performance*” económica y la negociación colectiva. Hay una clara y robusta relación entre la desigualdad de ingresos y la estructura de negociación. Los que

coordinan y centralizan la negociación observan menor desigualdad de ingresos y menor desempleo. (OCDE, 1997).

- 5.- En el mundo globalizado coexisten diversas estrategias con respecto a los trabajadores. Una de las grandes diferencias de EE.UU. sobre Europa y Japón consiste en que las empresas de EE.UU. tienen mayor libertad para contratar y despedir, pagan indemnizaciones mínimas o ninguna, los obreros trabajan un 30% más que los europeos, disponen de una o dos semanas de vacaciones frente a las 4 ó 6 de los europeos, las pensiones son menores frente a los estatales y poderosos fondos europeos y tienen servicios médicos mínimos. Por otro lado, los estados europeos mantienen numerosos servicios y empresas en sus manos.

Principales desafíos de cara al futuro y alternativas:

- 1.- Sólo una visión global de los problemas a enfrentar y el abandono de paradigmas neoliberales en las políticas económico –sociales pueden abrir un camino diferente. Hay distintos tipos de globalización y no debemos “naturalizar” la neoliberal como la única y posible. Urge así implantar una nueva regulación pública y social, mundial y nacional, que descarte privilegiar la actual acumulación “salvaje” por parte de los grandes grupos transnacionales, que respete la sustentabilidad de la naturaleza y, sobre todo, que tenga como objetivo satisfacer las necesidades materiales y simbólicas del conjunto del planeta.
- 2.- Fortalecer la democracia con nuevas formas de hacer política que fomenten la participación ampliando los derechos de ciudadanía, permitan el debate amplio y pluralista valorando todo tipo de diversidades y creando otros modelos de acumulación donde se priorice un crecimiento con equidad y distribución que brinde empleo digno y estable para el conjunto de la población. Se requiere una radical revolución democrática social, política y ética.
- 3.- Fortalecer el Estado para recrear una nueva relación con los ciudadanos y las empresas. Por un lado hacerlo cercano al conjunto de la población dando respuesta a sus demandas, por otro lado lograr mayor regulación de los sectores privatizados, promover políticas activas con propuestas universalistas a nivel de alimentación, salud, educación y creación de empleo, completando con el mercado y no abandonándolo todo al lucro y el beneficio.
- 4.- Un párrafo especial sobre el cada vez más importante rol de las comunidades universitarias en la sociedad del conocimiento. Hay una campaña que apunta a privatizar las mismas o "arancelarlas" o a "lograr que los ricos paguen". Debemos dejar claro que sin mayor masa crítica formada

- en las universidades y en la educación pública, sin un aumento de los proyectos de investigación y desarrollo, sin una producción de conocimientos críticos en nuestras sociedades *no hay posibilidad de salir del desempleo y la decadencia*. Esta tarea no puede estar en manos del mercado, sino debe ser una prioridad de los Estados.
- 5.- Las políticas sociales deben acompañar las políticas económicas o en otras palabras si no cambian los modelos económicos que excluyen y empobrecen, no hay política social que pueda dar cuenta de la actual situación de desempleo y empobrecimiento, es fundamental crear seguros de desempleo, frente a la creciente vulnerabilidad social.
 - 6.- Rediscutir la problemática de la deuda externa en el marco de una reforma financiera global y vinculándola con la corrupción y la pobreza y el futuro de la democracia. Esto significa, entre otros temas, recrear nuevas relaciones con los organismos internacionales y con actores no estatales (banca privada, sector empresarial, organismos no gubernamentales, partidos políticos). Es todo un síntoma de la actual crisis de la clase política que en la mayoría de nuestros países sean los líderes religiosos, en especial el papa Juan Pablo II, quienes realicen críticas a dichos pagos, denunciando la inmoralidad de la misma y la consecuencia sobre la vida cotidiana de los pueblos.
 - 7.- Ampliar los espacios regionales como el Mercosur a fin de ampliar el poder de los estado nacionales y crear espacios no sólo a los negocios, sino a las articulaciones culturales y sociales.
 - 8.- Fortalecer las organizaciones populares y los movimientos sociales en sus relaciones locales nacionales, regionales y mundiales, evitando discriminaciones y xenofobia. Las transformaciones deben provenir de las articulaciones de todos aquellos que son víctimas de los actuales modelos neoliberales y de los que se hagan solidarios de sus causas. Tarea nada fácil la actual fragmentación social y la seducción en algunos sectores populares por ciertas promesas neoliberales de progreso y combate a la pobreza o de “mano dura” y reafirmación “nacionalista”. Por eso, ejemplos como el Foro Social Mundial contra el neoliberalismo a celebrarse en Porto Alegre en enero del 2001 es una oportunidad para construir alternativas viables entre actores y grupos pluralistas de diversos países del planeta.
 - 9.- Rehacer una justicia global limitando la creciente tentación imperial de EE.UU. Evitar la alternativa de elegir entre defender la soberanía o defender los derechos humanos y sociales. El Secretario General de las Naciones Unidas, *Kofhi Annan*, acaba de manifestar (Clarín, octubre 2000) que no se puede invocar ningún principio jurídico para proteger a los autores de crímenes contra la humanidad. Los casos de los dictadores *Pinochet* de Chile, de los torturadores como *Cavallo* de Argentina o *Montesínos* en Perú,

muestran la necesidad del castigo “global”. Al mismo tiempo distinguir los “intereses de la humanidad” de los intereses de los EE.UU. principal potencia militar y económica del mundo, tal cual sucedió en Kuwait primero, luego Kosovo.

- 10.- Rehacer nuevas identidades que nos fortalezcan como individuos y sociedades cosmopolitas, crear nuevas sensibilidades que valoren la riqueza de la diversidad y del placer, donde reconozcamos la importancia de las clases sociales, de las relaciones de género y la dominación masculina, del reconocimiento de los pueblos indígenas y de los valores de las distintas culturas presente en América Latina, de las diferentes opciones religiosas desde la memoria de desaparecidos, muertos, torturados y de las víctimas de tantas dictaduras y autoritarismos...desde estos espacios y lugares, volver a construir proyectos que encanten, den esperanzas, muestren que aquí y ahora, tiene sentido vivir en una sociedad donde entremos todos y todas, solidarios y felices. En ningún lugar esta escrito que esto no sea posible.

Referencias:

- Banco Mundial. *Asegurando el futuro en una economía globalizada*. Punto de vista, Washington, 2000.
- Boron, Atilio. *Estado, capitalismo y democracia en América Latina*. Buenos Aires, UBA, 1991.
- Bourdieu, Pierre. *Choses dites*. Paris: Minuet, 1987.
- Coulon, Alain. *La etnometodología*. Buenos Aires. Cátedra, 1995
- Forni, Floreal. *Estrategias de recolección y estrategias de análisis en la investigación social*. En Métodos Cualitativos II, Buenos Aires. CEAL, nro.57, 1992.
- Giddens, Anthony. *Las nuevas reglas del método sociológico*. Buenos Aires. Amorrortu, 1987.
- Haggard, Stephan y Kaufman, Robert. *The political Economy of Democratic transition*. Princeton, University, 1995.
- OCDE. *Emplyment Outlook*. 1997
- OCDE. *Employment Outlook*. 1998
- Sader, Emir. (comp) *Democracia sin exclusiones ni excluidos*. Caracas, Nueva Sociedad.
- Clacso. *Alas*. UNESCO. 1998.
- Tedesco, Juan C. *Educación en la sociedad del conocimiento*. Buenos Aires, FCE, 2000.
- Universidad Argentina de la Empresa. *Informe Anual*. Buenos Aires, 1999.
- Vasilachis, Irene. *Métodos cualitativos*. Buenos Aires, CEAL, 1992.

ANEXO

TABLA No. 1
MAGNITUD DE LA POBREZA^a EN AMERICA LATINA^b
SEGÚN GRUPOS DE EDAD, 1990-1997

	Año	Porcentaje de personas					Total 0 a 19 años	Total 20 años y más
		Total Población	Grupo de edad			Total		
			0 a 5 años	6 a 12 años	13 a 19 años			
Nacional	1990	48	59	59	50	56	40	
	1997	44	58	57	47	54	35	
Urbano	1990	41	51	52	44	49	35	
	1997	37	49	48	40	46	29	
Rural	1990	65	74	74	64	71	57	
	1997	63	75	76	66	73	55	
Población en situación de pobreza (en miles)								
Nacional	1990	200 200	37 375	41 608	31 487	110 470	89 730	
	1997	204 000	36 871	41 199	32 525	110 594	93 406	
Urbano	1990	121 700	20 872	24 335	19 943	65 150	56 550	
	1997	125 800	21 428	24 589	20 787	66 804	58 996	
Rural	1990	78 500	16 503	17 273	11 544	45 320	33 180	
	1997	78 200	15 443	16 610	11 738	43 791	34 409	

Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los países y cifras de población del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la CEPAL.

a/Se refiere al porcentaje y número de personas en hogares con ingresos inferiores a la línea de pobreza.

Incluye a la población en situación de indigencia.

b/ Estimación correspondiente a 19 países de la Región

TABLA No. 2

AMERICA LATINA Y EL CARIBE: DESEMPLEO URBANO. Tasa anuales medias.

	1980	1985	1990	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999 ^a
América Latina y el Caribe ^b	6.2	7.3	5.8	6.5	6.5	6.6	7.5	7.9	7.5	8.1	8.7
Promedio simple de 22 países	...	...	...	9.9	10.0	9.5	10.2	10.6	10.0	9.8	10.4
Argentina											
Áreas urbanas ^c	2.6	6.1	7.4	7.0	9.6	11.5	17.5	17.2	14.9	12.9	14.3
Barbados											
Total Nacional ^d	...	...	14.7	23.0	24.3	21.9	19.7	15.6	14.5	12.3	9.8
Bolivia											
Capitales departamentales	...	5.8	7.3	5.4	5.8	3.1	3.6	3.8	4.4	4.1	6.1
Brasil											
Seis áreas metropolitanas	6.3	5.3	4.3	5.8	5.4	5.1	4.6	5.4	5.7	7.6	7.6
Chile											
Total Nacional ^e	10.4	15.3	7.8	6.7	6.5	7.8	7.4	6.4	6.1	6.4	9.8
Colombia ^d											
Siete áreas metropolitanas	10.0	13.9	10.5	10.2	8.6	8.9	8.8	11.2	12.4	15.3	19.4
Costa Rica											
Total urbano	6.0	6.7	5.4	4.3	4.0	4.3	5.7	6.6	5.9	5.4	6.2
Cuba											
Total Nacional	...	...	...	6.1	6.2	6.7	7.9	7.6	7.0	6.6	6.0
Ecuador ^d											
Total urbano	5.7	10.4	6.1	8.9	8.9	7.8	7.7	10.4	9.3	11.5	14.4
El Salvador											
Total urbano	...	...	10.0	8.2	8.1	7.0	7.0	7.5	7.5	7.6	6.9
Guatemala ^f											
Total Nacional	2.2	12.1	6.0	1.5	2.5	3.3	3.7	3.7	5.0	5.9	
Honduras											
Total urbano	8.8	11.7	7.8	6.0	7.0	4.0	5.6	6.5	5.8	5.2	5.3
Jamaica ^d											
Total Nacional	...	...	15.3	15.7	16.3	15.4	16.2	16.0	16.5	15.5	15.7
México											
Áreas urbanas ^c	4.5	4.4	2.7	2.8	3.4	3.7	6.2	5.5	3.7	3.2	2.5
Nicaragua											
Total Nacional	...	3.2	7.6	14.4	17.8	17.1	16.9	16.0	14.3	13.2	10.7
Panamá ^d											
Región metropolitana	9.9	15.6	20.0	17.5	15.6	16.0	16.6	16.9	15.5	15.2	14.0
Paraguay											
Total urbano ^g	4.1	5.2	6.6	5.3	5.1	4.4	5.3	8.2	7.1	6.6	9.4
Perú											
Lima metropolitana	7.1	10.1	8.3	9.4	9.9	8.8	8.2	8.0	9.2	8.4	9.1
República Dominicana ^d											
Total Nacional	...	...	...	20.3	19.9	16.0	15.8	16.5	15.9	14.3	13.8
Trinidad y Tobago											
Total Nacional ^d	...	...	20.1	19.6	19.8	18.4	17.2	16.2	15.0	14.2	13.1
Uruguay											
Total urbano ^h	...	...	8.5	9.0	8.3	9.2	10.3	11.9	11.5	10.1	11.3
Venezuela											
Total Nacional	6.0	13.1	10.4	7.8	6.6	8.7	10.3	11.8	11.4	11.3	14.9

Fuente: CEPAL, sobre la base de cifras oficiales.

^a Cifras preliminares. ^b Hasta 1990 no se incluye el Caribe. ^c Representa un alto y creciente número de áreas urbanas.

^d Incluye el desempleo oculto. ^e La cifra de columna para 1985 corresponde a 1984. ^f Estimaciones oficiales. ^g Hasta 1993

las cifras corresponden al área de Asunción metropolitana. ^h En 1980 y 1985, las cifras corresponden a Montevideo.

TABLA No. 3

AÑO DE EDUCACION NECESARIOS PARA TENER BUENAS PROBABILIDADES DE NO CAER EN LA POBREZA

País	Año	(Areas Urbanas)		
		Año de Educación	Ingreso promedio en valores de la línea de pobreza	Porcentajes de no pobres
Argentina	1997	de 12 a 14	7.5	95
Brasil	1996	de 10 a 11	7.1	92
Chile	1998	de 12 a 14	6.3	91
Colombia	1997	de 12 a 14	4.8	87
Costa Rica	1997	de 12 a 14	8.1	96
Ecuador	1997	de 12 a 14	4.1	70
El Salvador	1997	de 11 a 12	5.9	89
Panamá	1997	de 12 a 14	7.0	93
Paraguay	1996	de 12 a 14	4.9	88
R. Dominicana	1997	de 12 a 14	6.2	88
Uruguay	1997	de 10 a 11	6.1	98
Venezuela	1994	de 13 a 14	4.1	79

Fuente: CEPAL, sobre la tasa de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países

TABLA No. 4

AMERICA LATINA (7 PAISES): NIVEL EDUCATIVO PROMEDIO DE
LOS ESTRATOS OCUPACIONALES. 1997

(Años de estudio)

	Brasil ^a	Chile ^b	Colombia ^c	Costa Rica	El Salvador	Panamá	Venezuela ^d
Empleadores	9.0	12.4	7.8	8.0	7.0	10.9	9.0
Directores/gerentes	10.7	11.4	14.2	13.4	15.0	13.4	13.7
Profesionales	15.0	16.3	14.3	14.3	17.0	16.3	14.2
Técnicos	11.2	13.4	...	13.2	13.0	14.6	...
Empleados administrativos	10.1	12.5	11.0	10.9	11.5	12.6	10.8
Trabajadores en el comercio	7.0	10.2	7.7	8.0	5.5	9.5	8.0
Obreros/artesanos/ conductores	5.3	9.5	6.7	6.8	6.1	8.7	7.4
Trabajadores de los servicios profesionales	4.8	9.0	6.4	6.5	5.2	7.6	6.7
Trabajadores agrícolas	2.5	6.4	3.4	4.7	2.6	4.9	4.0
TOTAL	6.1	10.4	7.3	7.9	6.2	9.5	8.5

Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países

a/ No se distingue entre los trabajadores públicos y privados, los trabajadores agrícolas no remunerados

Incluyen a los trabajadores de subsistencia y a los asalariados agrícolas que declaran no saber el número de empleados de la empresa en que trabajan, se considera que lo hacían en las empresas pequeñas

b/ No se distingue entre trabajadores públicos y privados.

c/ No se distingue el tamaño de los establecimientos, ni los profesionales de los técnicos.

d/ No se distingue entre los tamaños de los establecimientos mediano y grande, ni entre profesionales y técnicos. Además a los trabajadores de los servicios se les agregaron los trabajadores domésticos

PANEL No.2

PROBLEMAS, DESAFIOS Y OPORTUNIDADES DE LAS REFORMAS DEL SECTOR SALUD EN EL FUTURO.

Coordinadora:

Dra. Yamila de Armas. Viceministra de Salud Pública. Cuba.

Ponentes:

Dr. Daniel López Acuña. Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS/OMS.

Relatores:

Dr. Carlos Pazos Beceiro. Asesor MINSAP. Presidente del Comité Médico Cubano para la Prevención de la Guerra Nuclear.

Lic. Olga Rivero González. Vicepresidenta, Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería. Cuba.

RELATO

“PROBLEMAS, DESAFIOS Y OPORTUNIDADES DE LAS REFORMAS DEL SECTOR SALUD EN EL FUTURO”.

El *Dr. Daniel López Acuña* inicia su ponencia haciendo referencia a la I Cumbre de las Américas (Miami-1994), donde los Jefes de Estado y de Gobierno se pronunciaron sobre la necesidad de que las reformas del sector salud estuvieran orientadas a garantizar un acceso equitativo a servicios básicos de salud.

Los resultados del seguimiento y evaluación de las reformas del sector salud en las Américas, llevados a cabo por la OPS en respuesta a dicho mandato, han permitido apreciar el siguiente efecto de las reformas: Equidad: sólo algunas reformas están contribuyendo lentamente a reducir las disparidades en la cobertura de algunos servicios y programas básicos; Efectividad y calidad: se ha avanzado poco en el cumplimiento de los objetivos de calidad de la atención y satisfacción de los usuarios; Eficiencia: se ha avanzado poco en la reorientación de la asignación de recursos; Sostenibilidad: pocos países aumentan la generación de recursos a mediano o largo plazo, situación agravada por la dependencia del financiamiento externo; Participación social; aún con una mayor receptividad por los gobiernos, queda por ver si influirá en la reorientación de las reformas.

Se afirma que las carencias han sido minimizadas en todos los países; y que las motivaciones que han impulsado las reformas se han centrado hasta ahora en aspectos de gestión y de eficiencia económica, quedando relegadas en la práctica las cuestiones de equidad y protección social en salud y en salud pública. Así mismo, la calidad de la atención y el modelo de atención han sido temas marginales en casi todos los países. Las reformas tampoco han convergido adecuadamente con los procesos de cambios de la seguridad nacional de salud, afectando sobre todo a los grupos de población más desfavorecidos.

Se señala el contexto en el que se enfrentan las reformas de salud en las Américas en los umbrales del siglo XXI, cuyos factores más críticos son: el incremento poblacional, el estancamiento del crecimiento económico, el resquebrajamiento de la gobernabilidad en el área, el recrudecimiento de la pobreza y de la inequidad, el aumento del desempleo, y el crecimiento de la economía informal. Se plantea cuál debe ser la tarea fundamental de nuestros países: ofrecer a sus ciudadanos, independientemente de su capacidad de pago, protección social básica universal en materia de salud, que lleve a la reducción de la inequidad en el acceso a servicios de salud eficaces y con calidad. Hay un espacio de necesidad y de oportunidad simultáneas, abiertas en una nueva generación de reformas del sector salud, para lo que resulta necesario consolidar la cobertura efectiva de los grupos excluidos, particularmente a los del sector informal de la economía, por cualquiera de sus

razones. En la ponencia se añade, que esto debe incluir el diseño, ejecución y evaluación de mecanismos innovadores de la cobertura de la seguridad social de salud.

Se hace también referencia a un memorándum de entendimiento entre la OPS y la OIT (Organización Internacional del Trabajo), para impulsar una iniciativa regional de apoyo a los países miembros, para la extensión de la protección de salud a los grupos excluidos.

En la ponencia se hace hincapié en la importancia del desarrollo de los recursos humanos, para sustentar los cambios del sector salud, mejorando las condiciones y la calidad de la educación de su personal; así como la definición de marcos e instrumentos de regulación de los mercados laborales; y consolidar las redes de servicios descentralizados.

Finalmente, prevé la presencia de los siguientes ejes fundamentales en las futuras agendas de cambio: 1.-Ampliar la protección social en el campo de la salud y lograr el acceso universal a los servicios; 2.-Asegurar mecanismos de financiamiento y la asignación de recursos eficientes y solidarios; 3.- Mejorar la calidad de la atención; 4.-Propiciar la reorientación de sistemas y servicios de salud más integrales; 5.- Fortalecer la infraestructura, las funciones y la práctica de la salud pública, así como la evaluación de sus procesos y resultados; 6.- Fortalecer la función rectora de las autoridades de salud; 7.- Formar los recursos humanos necesarios para los cambios mencionados.

El *Dr. Guido Zambrana*, mencionó al iniciar su ponencia que como antecedentes se esgrime que “el hombre debe ser para el Estado, el cimiento y la cúspide, el principio y el fin”. Se recomienda a los gobiernos que confíen a sus universidades la planificación pública y la dirección técnica de sus actividades públicas. En los años 70 se le reconoció a la Universidad un claro papel en el desarrollo socioeconómico de nuestros países. Pero surgen después las grandes tendencias mundiales con la implantación del nuevo modelo neoliberal, y la pérdida sistemática de la vigencia y autoridad del Estado, que llevaron a nuestros países mediante profundos y rápidos cambios, a un evidente deterioro de la calidad de vida, a incrementarse el analfabetismo y el desempleo, a la instauración de políticas de ajuste estructural; principalmente en salud y educación.

En la ponencia se exponen las reformas de salud que se proponen para enfrentar la nueva situación: mayor cobertura de la madre, del niño y del anciano; un escudo epidemiológico para la población; descentralización de la autogestión; nuevas estrategias para la asistencia primaria; ayuda “racional” de la privatización de los servicios de salud; y otras. Paralelamente se determinan las características del perfil profesional médico que exigen dichas reformas: carácter humanista, elevando nivel ético, calidad científica, una formación integral, en el contexto de la estrategia

adecuada de atención primaria de salud y solidario con las necesidades y las demandas de la población, capaces de resolver los problemas prevalentes.

Se insiste en el marco referencial del nuevo currículum: aparece en los 90 una fuerte tendencia a cuestionarse la eficiencia de la Educación Médica Superior; a considerar las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud: de acreditadores y de estándares regionales para la acreditación; y sobre todo a la recepción de la gran demanda social.

También plantea los elementos problemas de la reforma, centrándolos en: confusión de los papeles a jugar por las universidades, totalmente relegados y de muy pobre articulación con los objetivos de la reforma; discontinuidad de políticas; el incremento de las universidades privadas, las que producen grandes cantidades de profesionales de otras características y preparados para misiones muy diferentes a los fines de la reforma; unido a la ausencia universitaria en el diseño de políticas y programas de salud. Puntualiza la ponencia otros elementos: un pre y postgrado sin pertinencia para la demanda social; desarmonía, entre la oferta y la demanda profesional, pues el sistema no invierte lo necesario para la reforma; una calidad muy dispar de los egresados y una respuesta muy lenta de las universidades por deficiencias de medios y de recursos humanos.

Seguidamente se exponen los desafíos que implican alcanzar los fines de la reforma: seguir buscando la articulación efectiva de la Universidad con el Estado; reconocer que la función académica le corresponde a la Universidad; incrementar la inversión para absorber profesionales para la reforma; regular la oferta del producto del pre y del postgrado en coordinación con el sistema y las políticas de salud; mejorar la regulación de las universidades privadas que nunca responderán a las necesidades sociales; reconocer a las universidades públicas los financiamientos para el desarrollo de recursos humanos para la reforma: canalizar fondos extraordinarios para alentar perfeccionamientos curriculares en las universidades públicas; y encontrar mecanismos que hagan realidad una Universidad con mayor compromiso social.

A continuación se hace una observación de que Cuba constituye una excepción en materia de salud y de educación, referente a la mayoría de los elementos críticos que se plantean en las conferencias.

Finaliza la ponencia con algunas consideraciones generales sobre educación a distancia. Importancia de la tecnología informática y comunicacional; variadas posibilidades de movilidad real y virtual de estudiantes; ruptura de las fronteras culturales y lingüísticas y otras.

Comienza el ponente *Dr. Juan Ramón de la Fuente*, aseverando que la reforma partió en México de la Universidad, y se convocó al Gobierno para esto. Tuvo 4 ejes: 1.-Descentralización: 2.-Ampliación de la cobertura: evaluar la equidad

(indicadores objetivos); 3.-Participación comunitaria y social (2 millones de personas, Asistencia Primaria de Salud); 4.-Gasto en salud: premisa, o constituye un compromiso del Estado a no hay reforma. Incluyó reformas del seguro social.

Plantea la Rectoría del Estado con la introducción de medicamentos genéricos, con grupos farmacéuticos, y con la certificación de especialistas y de hospitales estatales. En los tiempos actuales de globalización y tecnología de la información (era del conocimiento), nos obliga el marco conceptual del sistema de salud y la interrelación entre las universidades (el discurso no ha cambiado). Factores como globalización e interdependencia; consumo incorporado al tráfico financiero; salud y geopolítica le dan mucha más complejidad. Y en este contexto ¿Cuál es el papel de la Universidad?.

Continúa haciéndose un esfuerzo por determinar hasta donde los mercados deben definir la salud en nuestros países. Y aunque no deben contraponerse (el programa de Ampliación de Cobertura partió de México), la salud y la educación como bienes públicos que son, no pueden estar sometidos indiscriminadamente a las leyes del mercado, sino dentro de un proceso de equilibrio, controlando inclusive la privatización a límites razonables y a veces solamente por causas inevitables. El Estado debe mantener su rectoría sobre esos bienes y fuertes mecanismos de control para el sector privado.

Se expone además, que la Universidad representa el espacio adecuado para que emanen de ella los mecanismos para la reforma, respondiendo así a las interrogantes sociales más críticas. Así avanza el desarrollo proveniente del sector privado y no de las universidades. Por ejemplo, en el caso de la Educación a Distancia, forma actual de educación, incluso con sus ventajas, se correría un gravísimo riesgo si se intentase que reemplace a la formación universitaria. La universidad no debe entrar en competencia con ella ni dejarse ganar el espacio.

Señala además, que la educación universitaria debe formar recursos humanos con valores éticos y humanitarios solidarios; y que la tecnología por sí sola no puede reducir la brecha entre ricos y pobres. Expone que los conocimientos, factores fundamentales para el desarrollo, antes se publicaban y ahora se patentan: así, en 1999, sólo la IBM registró 2756 patentes, mientras que en el propio año, 139 países registraron 2653 patentes. Por otra parte el capital acumulado de los 3 hombres más ricos del mundo es mayor que el PIB de los 48 países más pobres del planeta.

Discusión: Se produjeron 20 intervenciones.

Un participante se cuestiona si los Presidentes de las Repúblicas de América Latina se leen lo que los técnicos les dicen. Pues tal parece que no es así, o al menos que al volver a su país lo olvidan y entonces los Ministros de Salud hacen todo lo contrario de lo propuesto por aquellos. Planteó además, que sí la OPS tiene un liderazgo para actuar, como es el caso de su país, donde esta implantado un fuerte

neoliberalismo económico, los médicos son explotados por sus colegas, haciendo de la salud un negocio- ¿Cuál es entonces el verdadero concepto de reforma, a reserva de las políticas nacionales? ¿Cuáles serían las posibilidades reales para lograrla?.

Varios participantes opinaron que no se ha logrado que se le dedique una parte importante de los recursos a la investigación, y sin ésta realmente no pueden lograrse las reformas. Está faltando también el debate más compactado sobre la investigación, aunque se están tratando de proponer agendas compartidas al respecto. Otro colega planteó que en nuestra área algunas autoridades universitarias que pasan a desempeñar responsabilidades en otras instituciones de salud, deben focalizar sus esfuerzos y utilizar su experiencia en tratar que la Universidad y el Estado trabajen conjuntamente para alcanzar los objetivos de las reformas.

Se señaló que para enfrentar los desafíos que presenta la generación de una nueva reforma el 60% de los gastos privados en América Latina estaba referido al gasto de bolsillo para pagar un seguro de salud (como contribución de estos servicios), pero por otra parte no ofrecen casi ninguna cobertura para la obtención de medicamentos, por ejemplo. Otro participante se refirió a que en ocasiones la Universidad pública ha perdido credibilidad ante el Estado, pues no ha sido capaz de dar respuesta oportuna a los planteamientos de éste.

Varios colegas hicieron énfasis en que se está dejando a un lado el debate sobre las formas de alcanzar un desarrollo humano efectivo (sobre todo en materia de salud), para lo que resulta imprescindible la vigencia de un Estado que lo conduzca con eficiente capacidad, agilidad, probidad y oportunidad.

En relación con la investigación, también se planteó que no sólo se trata de falta de dinero para esta actividad, sino que porcentaje se destina para ello. Los países más ricos proporcionan 200 veces más recursos a la investigación que los pobres comparativamente. En cuanto al papel de las universidades privadas referente a esta actividad, las hay buenas y malas; todo depende de la proporción del esfuerzo que le dedican a la misma.

Otro participante cuestionaba el aporte de la práctica privada en la primera etapa de las reformas de la salud, sobre la base de no haberse hallado resultados efectivos demostrados en la praxis de los últimos años.

En cuanto a los gastos privados en el aseguramiento o provisión de servicios de salud, un colega planteaba que lo importante no reside en quién los ofrece, siempre que los recursos sean ofrecidos por una causa superior. Otro factor importante que señalaba, es el grado de esfuerzo de los diferentes países en gastos estatales y públicos en relación con el Producto Interno Bruto- de un 3% en América Latina. Frente a un 7% en Canadá y Estados Unidos- lo que demuestra que nuestra región esta al 50% del esfuerzo relativo en relación con estos dos países, los que a su vez ofrecen 10 veces más de dicho esfuerzo en cuanto a gastos per cápita.

Se expuso también el criterio de un participante sobre la necesidad imperiosa de un mayor acercamiento entre la universidad y las unidades de aseguramiento y prestación de salud; con énfasis en la formación de recursos humanos y particularmente en la rama investigativa. Existe preocupación por el borramiento de las responsabilidades en la interrelación entre aquellas entidades (el campo virtual de la salud pública). En este mismo sentido otros participantes enfatizaron que se estaba abandonando el debate sobre la responsabilidad del Estado al respecto; para que sea efectiva, y para que el Estado pueda asumirla plenamente, debe volver a ser un factor regulador, menos represivo; más confiable y menos corrupto.

Apoyando los criterios anteriores, existe consenso en que la no-asignación adecuada de los recursos (fundamentalmente por corrupción) constituye uno de nuestros principales problemas; por lo que se cuestiona la eficiencia y transparencia de las universidades públicas en la utilización de dichos recursos. Por ello éstas deben adquirir mayor capacidad en sus mecanismos de rendimientos de cuentas. Es casi imposible alcanzar la meta de Salud Para Todos, sin el concurso de la acción reguladora del Estado por una parte, y por otra, su confianza junto a la de la opinión pública, para que la Universidad Pública pueda cumplir con la parte del compromiso que le corresponde, donde no debe haber un solo molde o esquema, y sí la idea fundamental de ¿Qué le toca hacer a cada quién?.

Otra opinión refuerza la misma idea: el Estado y la Universidad Pública deben contribuir decisivamente a la cohesión social. Sin embargo, el debate sobre cohesión moral y responsabilidades públicas, no se hace habitualmente en los medios de la salud.

Se hizo un planteamiento sobre los esfuerzos en México para mejorar el sistema odontológico. A su vez, se admitió que no se está llevando a cabo allí con calidad, la formación de recursos humanos en la salud.

Por último, se planteó en el caso de Cuba, la actitud mantenida por décadas en la salud y la educación, a contrapelo de un criminal bloqueo mantenido contra ella por la más poderosa potencia de la humanidad, que ha sido un ejemplo de acción mancomunada de su pueblo, gobierno y del personal de la salud en específico, que a pesar del dramatismo imperante durante todo el llamado período especial, en vez de clausurarse instituciones de salud por las difíciles situaciones económicas a las que ha estado sometido el país, mediante un ingente esfuerzo nacional, se han mantenido los indicadores de salud, incluido entre los mejores del Tercer Mundo y al nivel de los países más desarrollados. Esto ha demostrado que el problema no es llegar primero, sino llegar todos, razón obvia de nuestra presencia en este evento, para lo cual, la Universidad Latinoamericana tiene que jugar un papel decisivo en modificar los destinos de nuestros pueblos.

LA NATURALEZA DE LAS REFORMAS DEL SECTOR SALUD EN LAS AMERICAS Y SU IMPORTANCIA PARA LA COOPERACION TECNICA DE LA OPS.

Daniel López Acuña.

I.- Introducción.

Durante los últimos 20 años, se han producido no solamente en las Américas sino prácticamente en todo el mundo, numerosos esfuerzos dirigidos a introducir cambios en la organización y el financiamiento de los sistemas de salud, así como en los arreglos institucionales propios del sector. Estos cambios, conocidos como reformas del sector de la salud, han sido sumamente diversos y, por lo general, forman parte de procesos más amplios de transformación de la vida económica, social y política de los países y de la modernización del Estado.

En la 1ª Cumbre de las Américas (Miami, 1994) los Jefes de Estado de los países de las Américas se pronunciaron con toda claridad sobre la necesidad de que las reformas del sector de la salud estuvieran orientadas a garantizar un acceso equitativo a los servicios básicos de salud. El objetivo no podía ser únicamente reformar por reformar sino para instituir cambios que se centren en ofrecer oportunidades a los excluidos, cubrir a los más necesitados y corregir las faltas de equidad que hoy existen en materia de situación de salud, de acceso a los servicios y de financiamiento del sector.

En el Plan de Acción de la 1ª Cumbre se incluyó la convocatoria a una reunión continental especial para abordar los avances y los desafíos que se planteaban a los procesos de reforma del sector salud en Las Américas. Esta reunión se celebró dentro del marco del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en septiembre de 1995. Los debates de la reunión sobre el estado de las reformas llevaron a que los Gobiernos Miembros de la OPS definieran cinco “principios rectores” de las reformas del sector salud que debían orientar la transformación del sector y servir de base para su seguimiento y evaluación. Dichos principios son equidad, eficiencia, efectividad y calidad, sostenibilidad y participación social.

Muchas de las reformas emprendidas en la Región pusieron de relieve solamente algunos de estos principios. Esta búsqueda de consenso en cuanto a los principios rectores ha sido útil no sólo para dar seguimiento a las reformas, sino también para debatir cómo reorientarlas cuando sus limitaciones e insuficiencias se hacen patentes.

Las motivaciones principales que han impulsado las reformas se han centrado hasta el momento en ciertos aspectos de la gestión y en otros aspectos relacionados con la eficiencia económica. En la práctica, los asuntos de la equidad, de la protección

social en materia de salud y de la salud pública se han relegado a un plano secundario. La calidad de la atención y más concretamente, el modelo de atención, han sido temas marginales en el debate sobre la reforma en la mayoría de los países. Los cambios tampoco han tomado la dirección adecuada con respecto a los procesos actualmente en curso, que implican reformas de la seguridad social en la esfera de la salud. Esto a menudo ha dificultado llegar a los grupos de población más desfavorecidos.

América Latina y el Caribe están atravesando por una grave inestabilidad económica y social, una frágil gestión de los asuntos públicos y un aumento alarmante de la pobreza y la inequidad. Más que nunca, se hace necesario que las reformas en los sectores sociales como el de la salud contribuyan a la forja de sociedades que incluyan a todos los ciudadanos, en lugar de excluirlos cada vez más y exacerbar la marginación social y la vulnerabilidad. Para crear procesos sostenibles que promuevan la cohesión social, basados en la equidad y la inclusión, es fundamental que las reformas del sector de la salud definan en que medida están satisfaciendo verdaderamente las necesidades de los miembros menos protegidos de la sociedad y en que medida están contribuyendo a mejorar los indicadores de salud.

En los albores del nuevo milenio, los países de América Latina y el Caribe están enfrentando un reto enorme y creciente. Tienen que asegurar a todos los ciudadanos un nivel básico de protección social en materia de salud que ayudará a eliminar las desigualdades en el acceso a servicios de calidad y brindará a quienes ahora están excluidas la oportunidad de recibir atención integral que pueda satisfacer sus necesidades de salud, independientemente de su capacidad para pagar.

Todo esto contribuye al avance del concepto, así como a la ejecución de una nueva generación de reformas del sector de la salud centradas en la necesidad de mejorar la salud de las personas, lo que es un asunto urgente para los países de las Américas. Hay una necesidad de reformas mediante las cuales la salud pública pueda recuperar el espacio que ha perdido silenciosamente en el desarrollo reciente de los sistemas de salud dominados por consideraciones de eficiencia y de mercados, de reformas que visualicen la necesidad de reorientar los sistemas y los servicios de salud sobre la base del enfoque de promoción de la salud; de reformas que se centren en las personas, en los usuarios de los servicios y se orienten hacia el logro de mayor calidad de la atención; de reformas que aborden claramente la necesidad de reducir las inequidades en la situación de salud, en el acceso a la atención de salud y en el financiamiento del sistema de salud, y en último término, pero no menos importante, de reformas que hagan frente al reto de ampliar la protección social en materia de salud.

Es precisamente en esta encrucijada del desarrollo de los sistemas de salud que la OPS enfrenta el reto de prestar cooperación técnica pertinente a sus Estados Miembros para que puedan diseñar, ejecutar y evaluar las reformas del sector salud desde una perspectiva integral. La OPS tiene que colocarse y mantenerse en la

corriente principal del debate de políticas, de la generación y difusión del conocimiento y de la capacidad para apoyar los esfuerzos nacionales, destinados a formar capacidad en este campo. Esto representa un esfuerzo enorme de proporciones institucionales que abarca todos los programas regionales y de país.

Requiere, además, el funcionamiento de manera sinérgica con otros socios internacionales para el avance en cuestiones de salud (bilaterales, multilaterales y ONG). Las cuestiones en juego son las inquietudes principales del sector salud prácticamente en todos los países y tenemos que estar bien preparados para responder tal como lo esperan de nosotros los Estados Miembros a los que servimos.

II.- La Naturaleza de las reformas del Sector Salud en el Continente.

Las reformas del sector salud son un conjunto complejo de acciones que no puede reducirse a un único aspecto de la transformación de los sistemas de salud (ya sea descentralización, o separación de funciones o privatización de la prestación de servicios, seguros o financiamiento de la atención de salud ante cualquier otra cosa). Constituye el programa para el cambio en la organización y el financiamiento de las operaciones del sector y de su entorno institucional. Por consiguiente, es propia del país, tiene características únicas para cada uno y todos los sistemas de salud de los países de la Región, no se trata de una receta uniforme y, sin duda, no es ningún tipo de varita mágica para superar todos los problemas del sector de una vez. Es un proceso multidimensional, constituye el eje de los esfuerzos de mejoramiento de los sistemas de salud, tiene una economía política y, por consiguiente, está sujeta a consideraciones importantes relacionadas con la gestión de cambio y la gestión de los asuntos públicos de los múltiples interesados directos que participan en ella y reciben los efectos de los logros. Claramente, la reforma del sector salud no es sólo un proceso técnico sino también político con considerables consecuencias sociales y económicas.

Justificación de las reformas del sector salud.

Los países del continente y, en realidad de todo el mundo, han emprendido reformas de sus sistemas de salud porque hay factores urgentes que crean la necesidad de iniciar cursos de acción intensificados, capaces de generar el cambio requerido para adaptarse a nuevas circunstancias y realidades. Por una parte, la transición demográfica y el envejecimiento gradual de la población, el cambio concomitante en los perfiles epidemiológicos y la evolución de la tecnología de la atención de salud hacen necesario reorientar los modelos de prestación de atención. Por otro lado, los costos en brusco ascenso de la atención de salud y las expectativas crecientes de los ciudadanos están generando otras presiones económicas sobre los recursos ya escasos que las sociedades dedican a la salud, ya sea que provenga del sector privado o de las áreas públicas.

Todo esto tiene lugar en un entorno de respuestas insuficientes del sistema de salud a las necesidades de la población. Los sistemas de salud necesitan mejorar su desempeño para:

- lograr mayor equidad en el acceso a servicios de salud de calidad;
- ampliar su perspectiva al objeto de que puedan, mediante la acción intersectorial, influir sobre los factores determinantes de la salud, tanto sociales como ambientales;
- aumentar la eficacia de sus intervenciones para obtener mayores logros en salud y mejorar la calidad de vida;
- superar las limitaciones resultantes de la insuficiencia de los recursos financieros a su alcance, en particular los que proceden del sector público, y de la asignación ineficiente de los recursos; y
- asegurar la sostenibilidad social y económica de sus operaciones.

En general, salvo unos pocos países, esto se acentúa debido a la existencia de sistemas de atención de salud segmentadas y extremadamente carentes de equidad. Esto crea diferencias dentro de los países en cuanto al grado de acceso a la atención de salud, a nivel del gasto per cápita en salud y de la calidad de los servicios prestados a la población. También produce una duplicación notable de esfuerzos y una falta de racionalidad en la disponibilidad de infraestructura para la prestación de atención de salud.

Los sistemas de atención de salud en la Región, en general, están, formados por tres subsistemas. Uno de prestación pública de los servicios, financiados por ingresos generales, que cubre a la población no asegurada, es decir, el sector informal y los pobres. Otro de prestación de servicios por organizaciones públicas o privadas, financiadas por medio de mecanismos de seguro social que provienen de las contribuciones de los empleadores, los trabajadores y el Estado; este subsistema cubre el sector formal de la economía. Un tercero de prestación privada, financiado ya sea por esquemas privados de seguro o mediante pagos de honorarios por servicios prestados, que cubren en general a capas económicas superiores de la sociedad que pueden hacer pagos directos o pagan una prima a un seguro privado. Con frecuencia estos compartimentos están aislados, no se conectan entre sí, y no mancomunan los recursos disponibles para la atención y la curación de la población.

El contexto de la reforma del sector salud.

La reforma del sector de la salud no tiene lugar aisladamente. Se ha asociado con importantes reorganizaciones macroeconómicas que han influido en una redefinición de la función del Estado, al limitar su esfera tradicional de intervención. Esto plantea algunos peligros cuando las reformas descuidan o suprimen esas responsabilidades públicas fundamentales que son tareas indeclinables del Estado, a las que no puede renunciar el sector público. Este es el caso de la rectoría de la autoridad sanitaria y, dentro de ella, de las funciones esenciales de salud pública que

tienen que ser cumplidas por los niveles nacionales, intermedio y central del gobierno.

Al mismo tiempo, hemos venido observando en la Región una onda creciente de democratización y una evolución hacia sociedades más pluralistas. Esto crea el entorno propicio para el avance de las políticas y las prácticas que aumentan el grado de participación social en el sistema de salud. Cabe mencionar que todo esto ha estado acompañado por una marcada tendencia hacia la modernización de la gestión pública en diferentes sectores y la simplificación de los procesos, lo que podría tener algunas consecuencias para la organización y la gestión de las instituciones públicas en el sector de la salud.

Por consiguiente, por ser las reformas del sector salud parte de las reformas económicas y sociales, reciben la influencia del curso de las reformas políticas y están estrechamente vinculadas a las reformas del sector público. Su adecuación y su oportunidad son aspectos cruciales para consolidar la gestión de los asuntos públicos obstaculizada en la Región por la falta de suficientes mejoras en materia de desarrollo humano.

III . Seguimiento de las Reformas del Sector Salud en Las Américas.

Los países de América Latina y el Caribe están introduciendo reformas que pueden tener una influencia profunda en la manera en que se presta la atención de salud. Los sistemas de salud están reformándose para reducir las inequidades en el acceso a la atención y el financiamiento de los servicios, para mejorar la calidad de la atención y corregir las ineficiencias en su funcionamiento. Los gobiernos de toda la Región se reunieron inicialmente en la Cumbre de las Américas en Miami en diciembre de 1994 y nuevamente en septiembre del siguiente año en la Reunión especial sobre reformas del sector salud, celebrada en Washington, D.C. En esas oportunidades, identificaron la necesidad de diseñar un proceso destinado al seguimiento de la reforma del sector de la salud en los países del continente. En respuesta a esto, la OPS diseñó la Metodología para el Seguimiento y la Evaluación de la Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe (en adelante la Metodología) para ayudar a los gobiernos a ejecutar las reformas en sus sistemas de salud. Esta Metodología se ha empezado a utilizar ampliamente.

La necesidad de hacer el seguimiento de la reforma.

De la 1ª Cumbre de las Américas, celebrada en Miami en 1994, emanó un Plan de Acción que exigía el apoyo a los procesos de reforma del sector salud encaminados a lograr el acceso equitativo a los servicios de salud. La Cumbre convocaba una reunión especial de los gobiernos y de los organismos internacionales de cooperación técnica y financiera a objeto de establecer un marco conceptual para la reforma sanitaria y para definir la función de la OPS en el seguimiento y la evaluación del proceso de reforma. La reunión, organizada conjuntamente por la

OPS, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial y varios otros organismos bilaterales y multilaterales, se celebró en la Sede de la OPS, en septiembre de 1995.

Entre los participantes-países, organismos y otras organizaciones de cooperación que trabajaban en la Región- se observó un interés creciente en las estrategias, las políticas, los instrumentos y los resultados de la reforma. Tanto las autoridades nacionales como las organizaciones internacionales y otros interesados directos, expresaron la necesidad de información sobre muchos aspectos de la reforma del sector salud, en especial sobre los objetivos, los planes, los programas, la dinámica, el contenido, los instrumentos, así como las experiencias individuales e institucionales en las diferentes esferas abarcadas por las reformas.

El Consejo Directivo de la OPS, compuesto por los ministros de salud de todos los países del continente americano, solicitó a la Organización que trabajara con los Estados Miembros y organismos pertinentes en el diseño y desarrollo de un proceso para el seguimiento y la evaluación de la reforma del sector salud en las Américas.

Como consecuencia de este mandato, en 1997 se lanzó la iniciativa de reforma del sector salud para América Latina y el Caribe. Se trata de un proyecto quinquenal (1997-2002) que incluye a la OPS, a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), *Data for Decision Making (DDM)*, *Family Planning Management Development (FPMD)* y la Asociación para la Reforma del Sector Salud (PHSR). El objeto principal es brindar apoyo regional a los procesos de reforma del sector salud en la Región de las Américas. Como parte de la iniciativa, además de la Metodología, se creó un Centro de Distribución de Información sobre la Reforma del Sector Salud (SINAR), administrado por la OPS, cuyos objetivos son: recopilar y difundir datos sobre los esfuerzos de reforma del sector salud en las Américas.

Diseño de la metodología.

La reforma del sector salud en la Región de las Américas es sumamente variada, con diferencias significativas en la dinámica y el contenido de los cambios que están efectuando la mayoría de los países. Sin embargo, durante la Reunión especial sobre reforma del sector salud, de 1995, los gobiernos de las Américas identificaron cinco principios rectores fundamentales, a saber: la equidad, la calidad, la eficiencia, la sostenibilidad y la participación social. Este marco permite determinar la orientación que están tomando las reformas desde el punto de vista de su propósito final estipulado. Por lo tanto, ninguna reforma debe ir en contra de estos criterios y la “reforma ideal” sería aquella en que los cinco aspectos hubiesen mejorado cuando culmine el proceso. Cada uno de estos aspectos a su vez, puede subdividirse en una serie de variables que podría asociarse con indicadores cuantitativos o cualitativos adaptados a las condiciones de cada país y eso podría ayudar a evaluar hasta que punto se han alcanzado los objetivos de la reforma.

El diseño de la metodología empezó en octubre de 1997 con la formulación de la línea basal para la vigilancia y la evaluación de la reforma sectorial que se aplicó en 17 países de la Región.

Sobre la base de esa experiencia, se inició un proceso de diseño que incluía las siguientes etapas:

- preparación de la versión preliminar de la Metodología por la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS;
- un estudio de factibilidad en cinco países (Chile, República Dominicana, El Salvador, Jamaica y Perú);
- una reunión internacional de asesoría, celebrada en mayo de 1998 en la sede de la OPS en Washington, D.C;
- preparación de la versión revisada que se utiliza actualmente;
- incorporación de la Metodología en las “Normas para la preparación de perfiles de sistemas de salud en los países de la Región” elaborada por la OPS.
- la Metodología es una herramienta para ayudar a los responsables de la toma de decisiones en la preparación de informes que sean los más objetivos posible, de una extensión manejable y que puedan actualizarse fácilmente.

Los posibles usuarios de la Metodología son numerosos, y entre ellos se cuentan:

- profesionales de los países que se ocupan de la planificación y administración de sistemas y servicios de salud a nivel tanto nacional como subnacional.
- profesionales que trabajan en las oficinas de país o en la sede de los organismos técnicos y financieros de cooperación o de las ONG.
- gerentes y profesionales de otras instituciones públicas y privadas que forman parte del sector o trabajan en el mismo.
- instituciones educacionales y de investigación vinculadas con el sector.

Fundamentalmente, la Metodología utiliza información que está ya disponible dando preferencia a la información institucional publicada en fuentes nacionales oficiales. También utiliza información publicada por organismos internacionales de cooperación técnica y financiera, así como información inédita de fuentes nacionales oficiales, siempre que su utilización esté autorizada. Finalmente también utiliza información pertinente publicada en fuentes no oficiales. La Metodología contiene variables e indicadores basados en información cualitativa y cuantitativa. Tiene dos componentes principales uno sobre seguimiento del proceso de reforma, y el otro sobre evaluación de los resultados.

La dinámica de la reforma.

Las reformas son procesos en los cuáles, con el transcurso del tiempo, se hace posible identificar etapas definidas y un considerable número de participantes. La Metodología

procura identificar las siguientes etapas de los procesos de reforma: la génesis, u “origen remoto”, el diseño, u “origen inmediato”, la negociación; la ejecución; y la evaluación de los resultados. También busca identificar a esos interesados directos que actúan predominantemente en la sociedad en general y aquellos cuya actividad principal es el sector mismo, ya sea nacional o internacional.

El contenido de la reforma.

La Metodología recopila información sobre las estrategias diseñadas y las medidas tomadas. Incluye una evaluación de los marcos legales y de los derechos de los ciudadanos a la atención de salud y al seguro. Aporta una imagen detallada de los antecedentes de la reforma al esbozar el liderazgo de las autoridades sanitarias, la separación de las funciones dentro de los sistemas de salud, así como el grado de descentralización, de participación y de control social. Esboza el financiamiento y el gasto de los servicios de salud, detalla los servicios disponibles, el modelo de gestión, los recursos humanos, la evolución de esfuerzos de desarrollo y suministra una evaluación de la tecnología de la salud y de su calidad.

Evaluación de los resultados.

El propósito de la evaluación es analizar hasta que punto la reforma sectorial es congruente con los principios rectores identificados, al ayudar a aumentar la equidad, la efectividad y la calidad, la eficiencia, la sostenibilidad, y el nivel de participación social en los sistemas de salud.

Equidad

La equidad en la esfera sanitaria supone reducir al mínimo todas las disparidades evitables e injustas en la situación de salud. La equidad en la atención de salud implica que los pacientes reciben atención según sus necesidades (equidad en cobertura; acceso y uso) y que contribuyen al financiamiento de esa atención según su capacidad para pagar (equidad en el financiamiento). La Metodología procura determinar si las reformas del sector salud han conducido a un mejoramiento en las variables y los indicadores de cobertura, distribución de recursos, acceso y uso de los recursos.

Efectividad y calidad.

La efectividad y la calidad técnicas suponen que los usuarios de los servicios reciben atención eficaz, segura y oportuna; la calidad percibida implica que se presta la atención en condiciones físicas, psicológicas y éticas que satisfacen las expectativas razonables de los usuarios. La Metodología busca pruebas de que la reforma sectorial ha mejorado las variables y los indicadores de morbilidad, mortalidad, calidad técnica y de calidad percibida.

Eficiencia.

La eficiencia supone una proporción favorable entre los resultados obtenidos y el costo de los recursos utilizados. Se analiza desde dos ángulos: la asignación de recursos y la productividad de los servicios. Los recursos se están asignando de manera eficiente de modo que generen la ganancia de salud máxima posible por unidad de costo. Se utilizan eficientemente cuando para un costo dado se obtiene la máxima cantidad de producto. La metodología busca pruebas de que la reforma sectorial ha mejorado las variables y los indicadores relativos a la asignación de recursos y la gestión de los mismos.

Sostenibilidad

La sostenibilidad tiene una dimensión social y una financiera. Se define como la capacidad del sistema de resolver cualquier problema actual de legitimidad y de financiamiento y puede hacer frente a los retos del mantenimiento y el desarrollo a largo plazo. La Metodología busca pruebas de que la reforma sectorial ha:

- mejorado la legitimidad o la aceptabilidad de los principales proveedores de servicios de salud, o ambos;- mejorado la sostenibilidad a mediano plazo de los esfuerzos para aumentar la cobertura;
- reforzado la capacidad para ajustar los ingresos y el gasto sanitario de las principales instituciones del sector público;
- fortalecido la capacidad para administrar los préstamos externos y, si fuere el caso, reemplazarlos con fondos nacionales cuando venzan los plazos de dichos préstamos.

Participación.

La participación social incluye procedimientos que le permiten a la población en general y a los organismos pertinentes influir en la planificación, la gestión, la prestación de servicios y la evaluación de los sistemas y servicios de salud. La participación social también incluye el concepto de que el público y otras partes interesadas se benefician de los resultados de su influencia. La Metodología busca pruebas de que la reforma sectorial ha ayudado a aumentar el grado de participación y el control social en los diversos niveles y operaciones del sistema de salud.

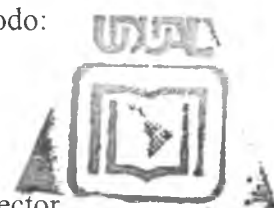
La metodología se ha utilizado ampliamente en los países de América Latina y el Caribe. Los perfiles de los sistemas de salud (que incluyen los dos módulos sobre seguimiento y evaluación de las reformas sectoriales) ya se terminaron en veinte países, a saber: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Trinidad y Tobago y Uruguay.

Además de los informes individuales de país, se está creando una base de datos para facilitar los análisis comparativos de las diferentes variables que se están considerando en los componentes de seguimiento y evaluación de la Metodología.

IV.- Qué Reformas del Sector Salud se han hecho en Las Américas hasta la fecha?

La OPS ha realizado algunos análisis preliminares sobre las principales tendencias observadas en los países que han terminado la primera repetición del ejercicio de seguimiento y evaluación. Sobre la base de la información generada por la Metodología, la OPS ha realizado un análisis preliminar de las características más resaltantes que pueden observarse en todos los países y, por ende, constituyen las tendencias principales de finales de los años noventa en América Latina y el Caribe. Los resultados del seguimiento y la evaluación de las reformas del sector de la salud en las Américas, realizados hasta la fecha por la OPS de conformidad con los mandatos de la Cumbre de Miami, permiten una evaluación preliminar de las reformas. La evaluación puede resumirse del siguiente modo:

La dinámica de la reforma.



La primera de estas observaciones es que el origen de los procesos de reforma del sector salud se ha vinculado con los procesos de reformas del Estado o de la Constitución, o con consideraciones financieras, o ambas. Ha habido poca participación de los ministerios de salud en su diseño. Sin embargo, en los últimos años se ha observado un reconocimiento creciente de la complejidad y la especificidad que implican tales actividades, así como mayor equilibrio entre las autoridades pertinentes, ya sean nacionales o internacionales. Con todo, existe una tendencia a responder a las presiones externas y a aplicar “medidas que estén de moda”, en lugar de adoptar un programa para el cambio elaborado cuidadosamente en respuesta a necesidades bien definidas de transformación del sistema de salud.

Ha sido frecuente la creación de comisiones nacionales para la reforma del sector salud o de subcomisiones de salud, bajo los auspicios de las comisiones nacionales para la reforma del sector público. A menudo, hay una primera etapa de negociaciones internas dentro de diferentes organismos gubernamentales y una segunda fase que es de discusión y acción concertada con múltiples interlocutores sociales y políticos. A veces el debate incluye el Parlamento o al Congreso, otras veces esto se hace por conducto de un Foro o Consejo Nacional pero, generalmente, hay poca participación social en las discusiones.

Las instituciones financieras internacionales han estado muy activas en cuanto a financiar el diseño y la ejecución de las reformas del sector salud, así como en el establecimiento de unidades ejecutoras, a menudo en paralelo con los mecanismos regulares de formulación y ejecución de políticas de los ministerios de salud.

La puesta en práctica de las reformas del sector salud ha tendido a estancarse, a veces por muchos años y más allá del lapso que dura una administración. En muy pocos casos las reformas han influido en todas las funciones del sistema de salud o han modificado substancialmente la combinación público-privado. En la mayoría de las circunstancias, las reformas han sido de alcance limitado (solamente en la prestación de servicios de salud,

Estas reformas están emprendiéndose en un momento en el que el problema de la exclusión económica, social y cultural se está agravando. Las medidas actuales de protección social en el área de la salud, que constan de sistemas de asistencia social y seguridad social, no bastan para hacer frente a los problemas actuales y a los nuevos. En consecuencia, la tarea fundamental que se plantea a los países es ofrecer a los ciudadanos –independientemente de su capacidad para pagar- la protección social básica universal en materia de salud que lleve a una reducción de la desigualdad en el acceso a servicios necesarios, eficaces y de buena calidad. Con el transcurso del tiempo, esto contribuirá a fortalecer el desarrollo y la cohesión social, tal como se viene insistiendo recientemente desde distintos organismos internacionales.

Se está iniciando un período tanto de necesidad como de oportunidad para los programas de reforma del sector con miras a lograr avances en la instauración del acceso equitativo a la atención de salud. Pero para eso es necesario obtener cobertura eficaz para los grupos excluidos, en particular para los integrantes del sector informal de la economía y los grupos marginados por razones culturales o geográficas.

Por lo tanto, hay una gran oportunidad para considerar en la nueva generación de reformas sectoriales la inclusión del diseño, la ejecución y la evaluación de mecanismos innovadores de ampliación de la cobertura de la seguridad social de salud dirigidos a los grupos que no pertenecen al sector formal de la economía ni tienen la capacidad financiera de afiliarse a los planes tradicionales de dicha seguridad social.

Se hace necesario apelar a nuevas fórmulas basadas más en el capital social de los grupos excluidos, fórmulas que racionalicen los mecanismos de financiamiento y los gastos que paga el usuario de su bolsillo, los cuáles constituyen una pesada carga sobre las personas y las familias desfavorecidas; fórmulas que aprovechen los mecanismos de organización cooperativa a nivel de la comunidad para formular medidas que complementen la protección social disponible actualmente en materia de salud mediante los esfuerzos de la asistencia social y el sistema de seguridad social, que lamentablemente no llegan a todos los ciudadanos.

Sin embargo, las innovaciones en materia de protección social en el campo de la salud por sí solas no bastan. Deben ir acompañadas por una reorientación de los sistemas y los servicios de salud basada en los criterios de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Los pobres no sólo tienden a recibir servicios curativos de calidad inferior sino que, además, son precisamente el grupo más necesitado de servicios reorientados más hacia la promoción de la salud. En consecuencia, sin una transformación en el modelo de atención, seguirá existiendo una gran falta de equidad en cuanto al alcance y la eficacia de los servicios de salud.

Todo esfuerzo importante que se haga para inducir cambios en los sistemas de salud debería fortalecer las funciones esenciales de salud pública que corresponden a las autoridades de salud de cada país. Esto forma parte de esfuerzos más generales para redefinir y fortalecer la función rectora de las autoridades sanitarias. En muchos países se

esta trabajando para definir más concretamente las funciones esenciales de la salud pública y para crear y aplicar mecanismos que midan el desempeño de esas funciones. También se trata de que estos elementos se usen para mejorar la práctica de la salud pública y para rehabilitar la infraestructura de los servicios de salud pública.

La relación entre las funciones esenciales de la salud pública y la reorientación de los servicios de salud con criterios de promoción de la salud opera en dos niveles. En primer término, el fortalecimiento de la capacidad del Estado para desempeñar cada una de las funciones esenciales de la salud pública, facilita la consecución de los objetivos de promoción de la salud. Un desempeño adecuado en todos los campos de la salud pública da mayor legitimidad a las autoridades sanitarias como componentes responsables, capaces y cruciales del sistema de salud; además aumenta la capacidad del sistema para cumplir con éxito la función de promoción de la salud. En segundo lugar, con la formulación de las funciones esenciales de salud pública y la evaluación de su desempeño se refuerzan las alianzas intersectoriales que son imprescindibles para la promoción de la salud. Esta coyuntura histórica a que se enfrenta al proceso de reforma del sector de la salud al iniciarse el siglo XXI podría brindar una oportunidad importante para superar las deficiencias de las reformas actuales que han omitido a la salud pública como responsabilidad social.

La reorientación de los sistemas y servicios ha de hacerse también con criterios de salida en el sentido de centrarlos en la solución de problemas y en el impulso a una mayor orientación hacia lo público, a una mayor continuidad de la atención, mediante una mejor coordinación entre las diferentes redes de proveedores en un territorio determinado y una mejor capacidad de respuesta a las características individuales y colectivas y a las exigencias de sus usuarios reales y potenciales. Los sistemas y servicios deberían situar al paciente adecuadamente atendido y satisfecho en el centro de su quehacer y ser sentidos como accesibles y próximos por la población, lo cual está vinculado también con la capacidad de las autoridades de salud para desempeñar cabalmente su papel rector en el sector y para seguir cumpliendo las funciones esenciales de salud pública que le son propias e indelegables. No cabe la menor duda de que ello aumentaría su legitimidad social y contribuiría a la sostenibilidad de sus acciones.

En una nueva perspectiva y con la inclusión de otros objetivos de reforma para el sector, los recursos humanos deberán ser parte esencial de los programas de reforma. En este sentido, deberán considerarse los siguientes aspectos claves:

- La formulación, viabilidad y ejecución de políticas de formación de recursos humanos orientadas tanto a sustentar las reformas del sector como a asegurar condiciones de trabajo y de formación de mayor calidad para el personal.
- La definición de marcos e instrumentos de regulación de los mercados laborales, la profesionalización, el ejercicio profesional y los procesos educacionales para el desarrollo del personal.

- El cambio sustancial en la gestión del personal que permita mejorar la calidad y la productividad del desempeño, haciendo hincapié en las redes y los servicios descentralizados.
- La garantía de que los aspectos sociales (en cuanto a valores, actitudes, cultura) y los aspectos técnicos (en cuanto a competencias esenciales y específicas) se incorporen en la formación profesional relacionada con los modelos actuales de atención. Ello supone no sólo desarrollar las instituciones de educación, sino también asegurar sistemas de educación permanente para el personal de salud.

En síntesis, la nueva generación de reformas deberá incluir objetivos nuevos y asignarles la prioridad que merecen. Sin perjuicio de las consideraciones concretas adoptadas en cada caso, cabe prever ocho ejes fundamentales en los futuros programas para la reforma.

1. Fortalecer la infraestructura, las funciones esenciales y la práctica de salud pública, así como la evaluación de sus procesos y resultados.
2. Fortalecer la función rectora de las autoridades de salud.
3. Ampliar la protección social en el campo de la salud y lograr el acceso universal a los servicios, independientemente de la capacidad individual para pagar.
4. Facilitar la reorientación de los sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de la salud y de prevención de enfermedades, que constituyen la base para las modificaciones necesarias a los modelos de atención para que presten servicios con mayor alcance y mayor énfasis en esos dos aspectos
5. Mejorar la calidad de la atención.
6. Adiestrar los recursos humanos para sustentar los cambios mencionados.
7. Asegurar mecanismos de financiamiento y de asignación de recursos que sean eficientes y no excluyentes.
8. Impulsar la participación social y la rendición de cuentas en los diferentes niveles del sistema de salud.

El desafío consiste en poner en práctica dichas estrategias y lograr un consenso amplio entre todos los actores sobre la importancia de su inclusión en la próxima generación de reformas del sector salud. Ello implica redefinir de manera equitativa e incluyente la forma como nuestras sociedades responden institucionalmente a las diferentes necesidades de salud de las personas y de las comunidades, con criterios centrados en la salud de la población y en el bienestar de las personas, más que en el mercado y la eficiencia económica.

VI.- Significado de la Reforma del Sector Salud para la Cooperación Técnica de la OPS.

Con miras a que la OPS se mantenga en la corriente principal de la cooperación técnica destinada a respaldar los esfuerzos de los países para la reforma del sector salud, es necesario contar con una participación institucional integral para el diseño, la ejecución y la evaluación de los enfoques pertinentes y coordinados, tanto a nivel regional como de país,

que contribuyan, de manera sinérgica, a satisfacer las necesidades y expectativas de los países en esta esfera.

Este reto abarca el desarrollo de una base común de comprensión y conocimientos en el ámbito de la reforma del sector salud entre funcionarios del campo y de la sede, pertenecientes a las distintas unidades y disciplinas técnicas. Esto incluye el desarrollo de mecanismos ágiles y pertinentes para difundir la información e intercambiar experiencias y las mejores prácticas, dentro y fuera de la Región. La respuesta de la OPS tiene que tener en cuenta a los numerosos interesados directos en los procesos en cada país, así como los numerosos actores que desempeñan una función en esta esfera en el escenario internacional. Esto no es tarea de una sola unidad, sino que se requiere una acción concertada.

La prestación de la cooperación técnica en el área de la reforma del sector salud, incorpora varias metodologías y herramientas creadas por la OPS en los últimos años. Entre ellas cabe destacar las siguientes:

- Lineamientos para el análisis del sector salud
- Planes detallados para la ejecución de la reforma del sector salud.
- Planes maestros de inversión en apoyo de los programas de reforma del sector salud.
- Cuentas nacionales de salud
- Marco para el monitoreo del acceso equitativo a los servicios de salud.
- Marco para el seguimiento y la evaluación de la reforma del sector salud (vinculado a perfiles de sistemas de salud del país).
- Metodología para la evaluación de la equidad en el financiamiento de la atención de salud.
- Medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública.
- Normas para el análisis funcional de la red de servicios.
- Análisis institucional de los ministerios de salud.
- Marco para el desarrollo de esquemas de seguro social.
- Criterios para el diseño de paquetes de beneficios.

Las estrategias de la cooperación han incluido enfoques y desarrollos múltiple como:

- Grupos interinstitucionales en apoyo a la reforma del sector de la salud (diálogo de política y coordinación con donantes) a nivel de país.
- Apoyo técnico a la ejecución de los programas de reforma del sector salud a nivel de país. Foros y seminarios regionales.
- Difusión de información (centro de distribución de información sobre reforma del sector salud en América Latina).
- Intercambio de experiencias y adiestramiento, incluida la cooperación del Curso "Flagship" sobre la Reforma del sector salud con el Instituto del Banco Mundial.

- Colaboración con IFI, bilaterales y multilaterales para el desarrollo de proyectos sobre diálogo de políticas y ejecución de proyectos relacionados con la reforma del sector salud (incluida la plataforma de la Agencia Compartida).
- Iniciativa conjunta USAID y OPS con un presupuesto de 10,2 millones de dólares durante 5 años para la creación de mecanismo regionales de apoyo a los procesos de reforma del sector salud en los países de América.
- Iniciativa conjunta con la OIT para la extensión de la protección social en materia de salud.
- Iniciativa Salud Pública en las Américas.
- Observatorio de recursos humanos.

Uno de los objetivos del retiro que se celebra durante la Reunión Anual de Gerentes es debatir sobre la forma en que la OPS debe responder para consolidar e impulsar el proceso de reformas del sector de tal manera que temas tales como el desarrollo de la práctica de la salud pública y el logro de mayor equidad en el acceso a la atención de salud se aborden debidamente. La riqueza de los debates y las conclusiones sin duda van a contribuir a ampliar los cometidos de la OPS en esta esfera.

PANEL No. 3

LA INTEGRACION LATINOAMERICANA Y EL PAPEL DE LA UNIVERSIDAD EN ESTE PROCESO.

Coordinadora:

Dra. Elvira Martín Sabina. Directora, Centro de Estudios para el Perfeccionamiento de la Educación Superior, Universidad de La Habana. Cuba.

Ponentes:

Dr. Gustavo Vega Delgado. Rector, Universidad de Cuenca. Ecuador.

Dra. Ileana Morales Suárez. Directora, Dirección de Docencia Médica del Ministerio de Salud Pública . Cuba.

Dr. Efraín Medina. Rector, Universidad de San Carlos. Guatemala

Relatores:

Dr. Alfredo Gómez. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). México.

Dr. Adolfo Alvarez Blanco. Ministerio de Salud Pública. Cuba.

RELATO

LA INTEGRACION LATINOAMERICANA Y EL PAPEL DE LA UNIVERSIDAD EN ESTE PROCESO.

Tras el saludo a los participantes, la Coordinadora llama la atención al coincidir el día de hoy con el Día de los Estudiantes. Hace referencia a dos figuras cimera latinoamericanas exponentes de un alto valor integrador *Simón Bolívar* y *José Martí*. Señala la importancia de las acciones que se les piden a la Universidad ante la compleja situación del mundo de hoy y pasa la palabra al Panel.

La Dra. *Ileana Morales*, señala que la unión de la Latinoamérica constituye el objetivo superior, el ideal latinoamericanista y expone que la estrategia cubana en este aspecto se ha visto fortalecida en los dos últimos años. Cita la intervención del Dr. *Rodrigo Yépez*, en el pasado evento en que exponía el momento crítico en el que se encuentran nuestros países y en particular, la Universidad Latinoamericana.

Hace referencia a que la globalización monopolar ha conducido a la inequidad y que la estrategia debe estar dirigida a una concepción amplia de la salud garantizando el cumplimiento de la meta de Salud para Todos y la necesidad de que la Universidad Médica contribuya a estos fines, resaltando las características que debe reunir el profesional de la salud en los tiempos actuales destacando el impacto negativo sobre la Salud Pública y la limitación que se ha impuesto a la triada Docencia-Asistencia e Investigación. Recalca la situación negativa de los indicadores de la salud en el mundo subdesarrollado y a la necesidad de encontrar soluciones a estos problemas. Igualmente hace hincapié en distinguir las diferencias entre países industriales y los en vías de desarrollo. Compara los extremos del rango en los indicadores de salud de estos países, conduciendo a la injusticia en el mundo globalizado de hoy y a la crisis en la salud pública.

Sobre Cuba señala la estrategia coherente para la salud a partir del 1ro. de enero de 1959 y los resultados alcanzados en cuanto al número de instituciones de salud y de recursos humanos formados, así como a las características cualitativamente superiores de éstos. Da una breve información sobre los centros de educación médica en Cuba, el diseño de su plan de estudios y los recursos formados y en formación.

Señala el gran papel desempeñado por Cuba a partir de los sesenta en cuanto al mantenimiento de una amplia cooperación tercermundista, a su incremento tras el paso del Huracán Mitch y la creación del Programa Integral de Salud, lo que constituye la aspiración primaria para la integración de Latinoamérica y el Caribe a punto de partida de un área extremadamente sensible: la salud humana.

Concluye su intervención mencionando los tipos de colaboración bilateral existentes.

El Dr. *Gustavo Vega*, en su exposición señala la necesidad de integrar lo social y lo universitario y que toda universidad auténtica debe ser universal, integral y cosmopolita, entendiéndose este último término como el de ciudadano del mundo, y que debe jugar un rol fundamental en el plano integracionista y aborda la relación entre países desde los inicios de nuestras luchas independentistas, mencionando casos que se presentaron a partir del siglo XVIII, como los de *Vicente Rocafuerte*, el Libertador *Simón Bolívar*, *José Joaquín de Olmedo*, el Mariscal *Antonio José de Sucre*, *Francisco Calderón* y *José Domingo Lamar*, entre otros.

Señala que en la época prehispánica la reciprocidad andina fue ejemplo de intervención. En el día de hoy, la integración latinoamericana ha sido una utopía, una quimera y sin embargo, constituye una esperanza para el futuro, aunque hoy sus resultados sean un cúmulo de acuerdos incumplidos y compromisos pospuestos.

Hace referencia a las tendencias históricas de la integración, recorriendo los últimos decenios y los intentos de llevarla a cabo, originalmente en el plano económico, señalándose el mercado común latinoamericano a punto de partida de su desarrollo histórico-social y con las limitaciones propias de los abismos internos existentes y las fuertes restricciones a la intencionalidad integracionista, (todo lo cual se ha acentuado en los últimos tiempos con la incorporación del plano cultural, aprovechando la igualdad en lengua y razas) Concluye haciendo algunas recomendaciones integracionista para la Universidad Latinoamericana en cuanto a evitar lo que se dio en llamar fagocitosis en los procesos de integración.

La Dra. *Diana Martínez*, explica qué es el PARLATINO, sus orígenes, idiomas y características, enumera sus 22 secciones de trabajo, entre las que destaca la de Salud y en que ha trabajado, mencionando Políticas del Estado, Inmunizaciones, Lactancia Materna, Programas de Protección Social, Hábito de Fumar, SIDA, Dengue Hemorrágico, Cólera, Municipios Saludables, Violencia, Salud de la Infancia y la Adolescencia y las Reformas Sanitarias entre otras.

Por último expone que se debe enfatizar en los derechos sociales ante el panorama sanitario-epidemiológico actual en Latinoamérica y, en especial, sobre la mortalidad y morbilidad infantil. Aborda la Cooperación Sur-Sur, los procesos en ejecución y su evaluación y la necesidad de apoyo solidario ante crisis y desastres, los mecanismos de movilidad, intercambio e investigación.

Tras el receso se hacen 5 preguntas y producen 12 intervenciones relacionadas con la temática abordada, insistiéndose en la necesidad de conocer más sobre el PARLATINO y su papel por los pueblos de Latinoamérica, la cooperación entre países en desarrollo y en especial de Latinoamérica, así como del resurgimiento de la cooperación en Cuba y las necesidades que esto ha generado en cuanto a conocer la situación de salud en los países donde se presta colaboración; la participación de agencias y otras organizaciones no gubernamentales en el apoyo a otras tareas que

generan investigación sobre el terreno, así como en algunos casos el sector privado, la creación en días pasados de la Red en Investigación en Salud aprobada con el consenso de la Unión de Universidad de América Latina (UDUAL) y la Academia de Ciencias de Latinoamérica; la necesidad de que se garantice que la Comisión de Salud del PARLATINO siempre esté representada por profesionales de la salud de forma que el potencial científico de la salud trabaje para la política y no a la inversa; la situación creada a partir del Plan Colombia y cómo pudiera la Universidad influir en esto; la necesidad de profundizar en los planes de hoy y mañana; de cómo se puede avanzar en el proceso de análisis y construcción de los lineamientos de la plataforma de trabajo para la próxima década 2001-2010.

Se concluye con la necesidad de que la Universidad esté a la vanguardia de ese accionar y en particular en la búsqueda de reducir la brecha entre los países desarrollados y subdesarrollados , y en cerrar la brecha de la pobreza. La integración es la vía que se vislumbra para alcanzar esto propósitos y que la Universidad puede influir en los diferentes estamentos sociales, y en modelar la voluntad política de integración entre nuestros países.

LA INTEGRACION LATINOAMERICANA Y EL PAPEL DE LAS UNIVERSIDADES EN ESTE PROCESO.

Gustavo Vega Delgado.

(Algunas correlaciones).

Hay una mutua relación semántica entre integración y Universidad: Universidad equivale a Universal. Por ello, en la Universidad, bajo un auténtico sentido y convicción, siguiendo las raíces y esencias del Alma Mater, la comprensión del concepto y los vectores de la Integración, resultan convincentemente pertinentes.

Integración es sinónima de unidad. La unidad es un concepto crítico, un concepto inteligente, por tanto humano, para contrastarlo con la unanimidad, que a veces obedece a una imposición gregaria, por tanto acrítica, más cerca de lo animal.

Más allá de la semántica, si se ejerce una gimnasia semiótica, se observará que la Integración sigue un principio rector, el espíritu cosmopolita. Sin equívocos por otro lado, todo auténtico cosmopolita, que es un habitante –mejor diré, ciudadano- del mundo, no dejará de asombrarse ante el espíritu nacional y las identidades regionales o locales.

Ciertas lecciones de la Historia.

Personas, personajes y hechos de la cronología latinoamericana, nos llevará de la mano a descubrir la relación mutua que hubo al interior de América Latina y El Caribe, mientras hoy la separación es más honda, trabada en los hilos de los micropoderes locales y en las redes de la burocracia, que nosotros mismos hemos creado. Citaré algunas ejemplarizaciones más locales de ese clan latinoamericano.

-*Vicente Rocafuerte*, uno de los presidentes más prestantes que el Ecuador ha tenido, fue exiliado en México, ejerció luego la representación de este país ante Europa para lograr el reconocimiento de la Gran Bretaña. (1)

-*Simón Bolívar*, fue declarado oficialmente Ciudadano Mexicano por el Congreso, con la decisión casi unánime –menos un voto, el de *Hernández Chico*- (La atenta lectura de las Actas del mencionado Congreso de la época, revela una enconada y lacerante discusión entre los legisladores *Hernández Chico* y *Mier*, en contra y a favor de la resolución sobre *Simón Bolívar* (2).

-*José Joaquín de Olmedo*, prócer de la independencia, primer alcalde de Guayaquil, poeta y casi presidente del Ecuador –la Historia recuerda que la pluma del poeta perdió por un voto la primera magistratura, ante la vara del mercader, como en frase lapidaria se acuñara luego- *Olmedo* dijo, representó al Perú ante las cortes españolas (3).

-El venezolano *Sucre*, tomó en su práctica de vida, más identidad con el Ecuador, Perú y Bolivia, tanto que hasta hace poco, la moneda nacional se denominó sucre, precisamente. Ya resucitará *Sucre* con toda su gloria, al margen de la dolarización ecuatoriana (4).

-*Francisco Calderón*, padre de *Abdón Calderón*, el primer héroe ecuatoriano –y cuencano por cierto- en la Batalla del Pichincha, fue cubano de nacimiento, pues tomó la decisión de involucrarse en el proceso de liberación del Ecuador, dejando atrás las Antillas (5).

-*José Domingo La Mar*, la principal aportación del Ecuador a las guerras de la Independencia en Sudamérica, fue el primer Presidente del Perú (6).

A comienzos de la vida republicana, los conceptos de Nación-Estado eran más amplios y convergentes. Las discrepancias y las apetencias sectoriales fisuraron el bloque y se precipitó la desbandada.

En épocas prehispánicas. La Reciprocidad Andina en la región correspondiente es un ejemplo evidente de lo que hoy se llama Integración. Como parte de esa reciprocidad, el *spondilus* o mullu, que crece en la Isla de la Plata en el Ecuador, fue elemento simbólico altamente cotizado en los ceremoniales de comercio e interlocución entre Ecuador y Perú. No hay ruinas o vestigios de importancia en el Perú en donde no se haya encontrado *spondilus* ecuatoriano (7).

Una fotostática del momento actual.

La integración en América Latina ha sido una quimera, una esperanza más que una realidad. Esta afirmación es muy dura pero evidencia un proceso que no siempre ha logrado muchos avances: casi una historia de acuerdos incumplidos y compromisos pospuestos.

Cuando hablamos de integración debemos tener presente que ella generalmente es asumida como integración económica, y de forma más estrecha aún. como mero intercambio comercial. Esto que ha sido definido como un “enfoque fenicio” por un escritor ecuatoriano –el economista y ex rector de la Universidad Central, en Quito, *José Moncada*- dista del entendimiento de la integración como un proceso más integral, que involucra aspectos sociales y culturales. Claro, es innegable la importancia de la integración económica y sus beneficios: las cifras en dólares en la balanza comercial, siempre son un síntoma halagador a la economía de un país.

Tendencias históricas de la integración.

El entendimiento de la integración como una respuesta al mercado mundial, de corte neoliberal, es una forma de ver y entender los procesos integracionistas. Es una integración enfocada al intercambio comercial dentro de un gran mercado mundial en el que todo es susceptible de comprarse o venderse. Se podía pensar que desde que la mayor parte de países latinoamericanos se han embarcado en este tipo de enfoque podía haber sido más fácil una armonización de políticas para arribar al tan deseado Mercado Común Latinoamericano. Sin embargo eso no ha sucedido y más bien nos hemos planteado esa integración subordinada de la que hablamos anteriormente.

El sueño del Mercado Común Latinoamericano ya en etapas tempranas lo acarició *Prebisch* y la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), sin embargo se encontró con no pocos obstáculos. Sin duda la teorización que la CEPAL desarrolló en la década de los cincuenta y sesenta fue uno de los avances más sólidos e importantes que ha tenido el tema: la integración era un medio para conseguir un fin a largo plazo, el desarrollo. La nueva tesis cepalina del Regionalismo Abierto, ahora, se pretende adecuar a las circunstancias de apertura y globalización dentro de su esquema general de Transformación Productiva con equidad.

Otra forma de abordar el tema de la integración es precisamente como un proceso hacia el desarrollo más integral de la humanidad, sobre la cual cabe apostar a largo plazo. Y América Latina puede salir ganadora en esta apuesta dados sus substratos culturales comunes y su posición de importancia geoestratégica.

La primera tendencia, la económica, se le mide más específicamente por las balanzas comerciales: los socios son iguales y sin tratos preferenciales. El Tratado de Libre Comercio (TLC) de Norteamérica sigue este camino. En la Unión Europea, dado que no todos los países tienen el mismo nivel de desarrollo, podría entenderse que algunas preferencias se impongan, tanto que hasta el 2005 se espera comprar y vender sin restricciones, luego de que el euro en cuanto moneda integracional europea ya entrara en polémica vigencia en el 2000.

La falta de restricciones implica varios peligros, porque la competencia desigual cobra sus inequidades, en donde puede arrasarse con industrias incipientes, el mercado no se prioriza y las diferencias de niveles de desarrollo inclusive países adentro conllevan mayores *gaps* (8).

Las diversas tintas de la integración y algo sobre el tintero.

El Tratado del Pacífico con Japón a la cabeza y la Unión Europea, a partir del Tratado de Maastricht, son dos realidades integracionista visibles hoy, con sus propios estilos y acentos. La Comunidad Andina de Naciones, el Mercosur, y el Tratado de Libre Comercio (TLC) de Estados Unidos, Canadá y México, son los

tres grandes ejemplos en América del proceso integracionista, con niveles notorios entre sí. Subejemplos se han dado, tal es el caso del Grupo de los 3, en donde México, Venezuela y Colombia han emprendido una alianza estratégica sobre temas específicos. Otra subconexiones con agendas distintas se han multiplicado, en unos casos para integrar tesis económicas, en otros para buscar procesos pacificadores, en algunos más para buscar acuerdos políticos frente a terceros. Algunos de ellos, ya no tienen vida como el Grupo Contadora, pero el Tratado de Tuxtla, firmado en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez en Chiapas en 1991 y que planeó a partir de 1996 una amplia zona de intercambio comercial para México y los países centroamericanos, ha cobrado nueva vida para la región.

La lucha contra el narcotráfico por su parte, a partir de la iniciativa de Estados Unidos y de la DEA, produce polémicas y controvertidas alianzas. Desde cuando la droga deja de ser elemento ceremonial y shamático y pervierte y vende su alma a Mefistófeles por el mercado irremediamente desencadena guerras. El opio desató dos guerras en el Asia entre China y Gran Bretaña, Hong Kong precisamente fue una de las prendas del opio, hace tan poco recuperada para la China. La guerra o guerrillas de la coca y cocaína han producido serias lesiones a la región. La base de Manta en el Ecuador como escalada para el control de narcotráfico en Colombia y la aparición ya multitudinaria de desplazados huyendo de la violencia en las regiones vecinas de Colombia, no son un pronóstico, sino una tangible evidencia. La distribución del país entre los paramilitares en el norte y las FARC en el sur, es asunto de honda preocupación continental hoy. Procesos integracionistas frente al narcotráfico por tanto han sido motivados e inclusive han sido presionados, a fin de habilitar la expedición de un atractivo certificado de buena conducta otorgado por la primera potencia del orbe.

Varias tintas por tanto tienen las integraciones en el mundo. Los países del extinto Pacto de Varsovia, la OTAN (NATO), son otros ejemplos diversos, en donde el pulso del poder planetario implicaba la creación de órbitas satelitarias. Los países no alineados rompieron esa fractura y al término de la guerra fría, el poder de los Estados Unidos sobresale unipolarmente en forma evidente. Por ello el planteamiento de una Zona Hemisférica de Libre Comercio para el 2005 puede resultar peligroso en virtud de las grandes asimetrías existentes entre nuestros países, por lo cual ha sido definida por los teóricos como una suerte de “integración subordinada”. El farmacólogo brasileño *Enrique Sosa*, laureado en varios foros científicos ha dicho, aplicando para el campo de la ciencia y la tecnología, que, “la globalización puede ser una madre para los países desarrollados y, una madrastra para los países subdesarrollados”.

El tintero a la luz de la globalización por tanto podría significar una integración homogeneizante, pero dispar, a partir del poder generado sobre las distintas tintas.

Dos antídotos contra el tintero globalizador.

La línea de la economía no puede ser el único hilo conductor, el tema de las culturas ofrece un espacio más amplio al momento de enfocar la integración y también la globalización.

Un primer ejemplo pertenece a una realidad social macro, México, a pesar de pertenecer al mercado norteamericano, no ha perdido el liderazgo para Centro y Sudamérica, y lucha para mantener y acrecentar esta posición mediante acuerdos y diálogos especiales y a través de tratados de libre comercio con la mayor parte de América Latina y El Caribe. Sin duda que entre Brasil y México existe una rivalidad notoria en esta materia. La extraordinaria ventaja de México radica en su identidad nacional. México y Perú me aventuro a decirlo son los dos países con mayor identidad en América Latina. Las culturas propias, acumuladas y reforzadas en la historia han posibilitado que México, estando en el mercado con Canadá y Estados Unidos, tenga sin embargo sus pies atados a sus raíces propias.

Lengua, raza y culturas diferentes, permitieron a México trazar líneas claras para evitar la homogeneización. La pérdida de sus territorios: California, Nuevo México, Texas y otros, provocó un sentimiento de polaridad y oposición. Inclusive en los 1910 con la revolución campesina de *Villa y Zapata*, (9) el gobierno de los Estados Unidos involucró a tropas, México adentro, en un intento fallido de apresar a Villa. A pesar de estar pegado México a los Estados Unidos, ha tenido el acierto de ser diverso.

Con la elección del presidente *Vicente Fox*, América está atenta y expectante, pues representa una tendencia política diferente luego del “hartazgo priista”, como llama *Carlos Monsivais* (10) a las razones debidas a la pérdida electoral del Partido Revolucionario Institucional luego de setenta y un año en el poder.

Otro ejemplo, pertenece a una realidad social micro: el indio otavaleño de la sierra norte del Ecuador está globalizado enteramente al marketing internacional. Todos los países del mundo son testigos que otavaleños, con sus guangos, alpargatas – negras siempre las de la mujer, blancas siempre las del hombre- collares de muchas vueltas en los cuellos, sus sombreros, ponchos y artesanías, son ya cuadros familiares en varias partes del planeta literalmente. Dicho de otro modo, su globalización económica no ha roto con su identidad cultural, más aún la ha reforzado y acrecentado. Ha usado bien la integración en el comercio internacional en estilo hábil y versátil, para mantener y consolidar su identidad de etnia y cultura.

Juan Bosch, ex presidente dominicano escribió en el exilio una obra enorme. De *Cristóbal Colón a Fidel Castro*. “El Caribe, frontera imperial”, lo denominó. Ella es una obra que recoge desde fuentes de primera mano y con gran visión histórica, por qué el Caribe, tierra privilegiada por la naturaleza, fue asiento de guerras, piratería y pillaje.

La Raza de Bronce de *Arguedas*, la Raza Cósmica de *Vasconcelos*, a fin de cuentas, en la flecha final del mestizaje integracionista de América Latina, no siempre con libertad y decisiones propias, sino a sangre y fuego, fruto de posesiones carnales desiguales tantas otras, pero presente y palpitante. En algunas partes, el bronce cedió paso a la Raza de Ebano, como llama *José Alberto Sánchez* a la cultura negra. En el Caribe, los indígenas se extinguieron, fueron el más grande holocausto americano, pero antes de hacerlo físicamente, sobreviven en tantos elementos de la cultura popular. Así en la música, el merengue dominicano es el resultado lúcido del uso de la güira indígena, -ese coco o poto ranurado y que con un peine se rasga para extraer el apetente ritmo- del tambor africano y de la guitarra española. Claro que se dice razas, más metafórica que realmente, porque debe decirse mejor culturas, o como llama *Wagley*, raza social.

¿Cooperación o fagocitosis?

La integración implica abrir un debate sobre el tema cooperación internacional, relevante materia sobre todo para las Universidades hoy en el día. El “*issue*” es si consideramos a la cooperación como una nueva forma de colonialismo, de implicaciones verticales y subsidiarias y asimétricas, o si se trata de aprender a leer la cooperación con los matices horizontales, de mutuo aprendizaje, aprovechamiento y evolución, a través de las distintas épocas de desarrollo que la tarea implica. *Jesús Sebastián* experto en la materia en España tiene una acertada opinión sobre el tema, a través no sólo de un vasto libro publicado, sino con el aval de su experiencia acumulada en la Agencia de Cooperación Iberoamericana, en el CINDOC, el Centro de Información Científica y el CSIC, el Consejo Superior de Investigaciones Científicas de España.(11)

España ha organizado casi un centenar de cursos de maestrías y doctorados de postgrado en países iberoamericanos. Es respetable por ejemplo esfuerzos integracionistas horizontales y de mutuo y excelente respeto que se ha dado entre España y América. Tal es el caso de la Universidad Internacional de Andalucía y de la Universidad *Pablo de Olavide* de Sevilla, creadas exclusivamente para postgrados, la segunda de las citadas, lleva el nombre de un peruano emérito que laboró en América y en la península ibérica con renombrada presencia académica y cívica.

En el marco más amplio de la integración general, iguales asimetrías en la realidad se producen. En el bloque TLC, Estados Unidos es el eje, en el de la Unión Europea, Alemania y Francia parecen hegemonizar el pacto. En Mercosur, Brasil y luego Argentina priorizan su papel. En la comunidad Andina, si bien hay mas uniformidad quizás Colombia tiene más relevancia económica. En el Asia, Japón es la cabeza y en los acuerdos México-Centroamericanos y Sudamericanos, México jalona obviamente hacia una visible hegemonía.

Hemos importado un término de la citología, aprovechando que este evento científico en Cuba se lo convoca con especial énfasis en el campo de la salud. La palabra usada es fagocitosis, que es lo que el paramecio hace con cuerpos extraños u otras células menores, cuando decide engullirles para su aventajada anatomía. Trasladando este concepto a la Integración General y también a la Cooperación Académica en particular, es verdad que hay países y economías, que antes que integrarse a sus vecinos y socios, los fagocitan en un desigual comercio y relación.

Psicoanálisis de la Fusión y de la Fisión.

Recurro nuevamente a metáforas, esta vez importada de la física nuclear. Fisión podrá identificarse con la integración y, fisión, con la desintegración, Cosmos y Caos, el eterno diálogo, la perenne dialéctica. El construir y el destruir, el hacer y el deshacer. Una nueva lectura a *Heráclito* y a *Mao Tse Tung*, hay en este asunto que explorar, cuando intuye el primero los avatares de los antagonismos y la lucha de clases, tan caros al marxismo y, cuando trabaja originalmente al segundo, adaptando la dialéctica social al mundo de la naturaleza, al cosmos mismo. Alabando los opuestos entre construir y destruir, *Derridá* dirá que hay que de-construir, matar lo inútil y lo viejo de cada cual, en cuanto individuo o en cuanto sociedad y edificar lo nuevo y joven, en cuanto savia virgen a favor de la evolución. Cierto que entre la muerte y la vida siempre yace el concepto filosófico de crisis. *Antonio Gramsci* mejor ha definido su hondo concepto: crisis, ha dicho, es cuando lo que tiene que morir no muere todavía y, cuando lo que tiene que nacer, no nace todavía.

La integración es un proceso, que implica esa dialéctica. En América Latina hay mucha burocracia aún. La Comunidad Andina, tiene una siembra de 20 años y, aún muy pocos hemos visto en blanco y negro. La Universidad Andina es un buen ejemplo, visible ya de la integración, en materia académica, pero falta en ese y otros campos, mucho trecho por consolidar. Cito en esta parte, una anécdota: me pidieron hace poco pronunciar un discurso en conmemoración de las dos décadas de historia de la integración andina. Mencioné que la siembra es dura, pero que la cosecha es dulce, citando obviamente el *Eclesiastés* y, que era hora ya de que sintamos algún almíbar de la cosecha, porque hasta el momento, nos habíamos pasado sólo sembrando. Cuando al Presidente del Parlamento Andino le tocó intervenir, mencionó en contra del *Eclesiastés* –obviamente, no en contra mía- que también la siembra es dulce.

Hay un temor ancestral a la desintegración, un miedo a la fisión. Quizás en este sentido filosófico, la fobia a *Tanathos* –siguiendo a *Erick Fromm* y a *Herbert Marcuse*- frente al apego hacia *Eros*, represente el recurrente tema del nihilismo y su lucha por abordarlo y trabajarlo. Muchas corrientes integracionistas se dan hoy en el mundo, no sólo por la sabiduría de la unión, sino por el fatal miedo a desaparecer individualmente, en cuanto ontogenia y en cuanto filogenia –en la línea de *Darwin* y *Lamarck*- . Pero al propio tiempo que hay, una honda fobia a la nada, a la locura colectiva, al estrés masivo y deshilachante si despreciamos la

integración, hay un culto digno, aunque cruel y perverso por rescatar el orgullo de la individualidad. Las raíces del nacionalismo y hasta las fuentes filosóficas y psicoanalíticas del chauvinismo, hay que leerlas en estos temores del subconsciente colectivo, en las palabras de *Karl Gustav Jung*.

Pero no sólo se produce miedo al morir, se produce un hondo temor al nacer. La fobia a la integración, a la unión, a la cooperación internacional en los distintos campos, tiene también el subsuelo entendible en el pánico, en el temor que produce a veces el nacimiento de un nuevo orden de cosas. *Otto Rank*, a la luz del psicoanálisis ya lo describió con extensión, al tratar lo que denomina el trauma del nacimiento, porque el nacer es una de las primerísimas formas de integración desde el útero a la sociedad. El miedo ancestral a los tránsitos que la vida nos tiene reservados, a partir del mismo nacimiento es asunto complejo. En muchos sentidos el nacer individual y el nacer colectivo, tienen comparaciones muy vecinas.

El abatimiento de las aduanas, los aranceles y sus distintos y subsecuentes tratamientos, las monedas únicas, dígame dólar, yen, euro, son estrategias progresivas ante las necesidades integracionistas del mundo contemporáneo. La dolarización en el Ecuador fue una respuesta ante la inflación cabalgante, aunque de por medio atraiga más desempleo, aunque un sentimiento de indignidad nacional taladre la mente. Fue una política tomada, bien o mal, como una estrategia de supervivencia, como una respuesta al miedo a la fisión como país, que por su alta inestabilidad política se ha precipitado en la historia aunada a una enorme volatilidad económica, al derrumbe de la banca y por encima de todo, a la pérdida de la identidad colectiva y a la quiebra de la ética.

¿Y la Universidad que?.

La Universidad es un espacio crítico en el cual por su propia razón de ser, contribuiría en varios ejes en torno a la integración. Fomentando cátedras de integración, investigaciones científicas para estudiar los obstáculos y también los riesgos de ella, orientar en el cómo avanzar más allá del sueño o de la utopía y como lograr superar la retórica.

Es curioso hacer notar que el nivel de madurez de los pueblos frente a su conciencia y demanda unificadora presentan indicativos diversos frente a los avances de la integración. Europa por ejemplo, a pesar de las diferencias de las lenguas, ha logrado avanzar notoriamente.

La Universidad podrá tener la lucidez para motivar a que las sociedades desde su respectiva influencia, estén en la globalización sin ser globalizadas. Ha de haber para la universidad, un doble papel aunque paradójal: trabajar por la integración y la conciencia unificadora continental y también mundial, pero a la vez laborar sobre la autenticidad y la identidad de los pueblos.

Sus estrategias y tácticas serán traducir en la práctica políticas mantenidas y sostenidas de intercambio docente y discente, estimular cátedras de historia regional, economía regional, culturas regionales, estimular la nutrición de asociaciones de universidades por ramas del conocimiento, postgrados sobre temas compartidos y, más allá de la burocracia, apuntar cambios sólidos y de base teórica y no sólo emocional sobre la integración, para que los estados y los gobiernos, asuman la voluntad política de avanzar en esta materia.

La Universidad por su cometido está llamada a ver con profundidad, a corto, pero sobre todo a largo plazo. Una debilidad notoria de la Universidad ha sido el entrapamiento del debate en los diagnósticos y en el incompleto énfasis puesto en las soluciones. (12)

Una apostilla sobre la integración en el sector salud.

Los ejemplos integracionistas en cuanto al papel jugado por varios hombres y mujeres y sus obras, no son una excepción al hablar de conciencia supra país. En el campo de la medicina y en la salud, *Daniel Alcides Carrión*, mártir de la medicina peruana -por haberse inoculado la bartonela a sí mismo para ayudar a comprender mejor esa enfermedad- fue hijo de un ecuatoriano de Loja. *Eugenio Espejo*, médico y duende, en el título del excelente libro de *Enrique Garcés*, el prototipo por excelencia y patrono de la medicina ecuatoriana, fue hijo de un indio Chusic de Cajamarca, Perú. (13)

Bernardo Houssay, premio Nóbel de Fisiología, fue argentino de nacimiento, pero desarrolló su aportación en Brasil. *Hipólito Unanue* hizo por la salud en los Andes, más que por su patria y el japonés *Noguchi*, trabajó por la superación de las enfermedades tropicales de América, más que los propios salubristas americanos. El colombiano *Patarroyo*, es un auténtico americanista cuya contribución médica no es sólo continental, sino mundial. Nuestro *Miguel Márquez*, el ecuatoriano querido y respetado, fue premio *Finlay* a la ciencia y a la tecnología de Cuba 1999, máximo honor que confiere la Isla en esta materia.

Y para cerrar.

Mientras *Charles de Gaulle* fue primero francés y luego europeo en su convicción y política, *Konrad Adenauer*, fue por su parte, primero europeo y luego alemán. En otros campos y tiempos, la indígena azteca *Malinche*, (14) tan torturada por exagerados críticos y la quiteña *Manuela Sáenz*,(15) muerta casi anónima en Paita, jugaron un papel afectivo y político radical para *Hernán Cortéz* y *Simón Bolívar*, respectivamente. Mirando más allá de las narices y, a pesar de que las banderas de estas dos mujeres de la Historia Americana se dirijan hacia una u otra ideología, es innegable que sus aportaciones vitales y políticas, trascendieron en el largo ámbito de sus localismos de cuna.

Referencias:

- (1) Zúñiga, N: *Vicente Rocafuerte*. Cuatro Tomos. Ed. Corporación de Estudios y Publicaciones. Quito. 1983.
- (2) Vargas, Gustavo: *Conversaciones del historiador con el autor de este artículo*. UNAM, México, D.F., Octubre, 2000.
- (3) Cevallos García, Gabriel: *Historia del Ecuador*. En: Obras completas Ed. Banco Central del Ecuador-UDA, 1993.
- (4) Idem.
- (5) Icaza, I.: *Cuba y Ecuador, juntas en la Historia*. Ed. U. De Cuenca, Ecuador, 1992.
- (6) Albornoz, Víctor Manuel: *El Mariscal José Domingo La Mar*. Ed. Casa de la Cultura Ecuatoriana. Cuenca, 1953.
- (7) Cabieses, Fernando: *El Spondilus en las relaciones Ecuador-Perú*. Conferencia, Grupo Maryland, Resoluciones Alternativa de Conflictos y Diplomacia por Segunda Vía. Lima, Perú, Agosto, 1999.
- (8) Mancero, Mónica: *Ecuador y la Integración Andina, 1989-1995*. El rol del Estado en la Integración. Ed. U. Andina. Sede Ecuador. Serie Magister. Corporación Editora Nacional. Quito, 1999.
- (9) Pierre, Etori: *Vida, Pasión y Muerte de Emiliano Zapata*. Ed. Mexicanos Unidos S.A. González Obregón, México, D.F., 1996.
- (10) Monsivais, Carlos: *Entrevista televisiva C.N.N.* Ed. Julio 1, 2000.
- (11) Sebastián, Jesús: *Modalidades y Tendencias de la Cooperación Internacional de las Universidades*. En: Revista Española de Desarrollo y Cooperación No. 5. Año 2000.
- (12) Vega-Delgado, Gustavo: En: *Universidad y Sociedad. Caminos y fronteras*. Tres tomos. Ed. Consejo Nacional de Universidades y Escuelas Politécnicas – Conuep- y U. de Cuenca, Ecuador, 2000.
- (13) Garcés Cabrera, Enrique: *Espejo, Médico y Duende*. Segunda edición. Ministerio de Salud Pública y Octavio Pelaéz Editores, Quito, 1996.
- (14) Phillips, Rachel: *Marina/Malinche: Masks and Shadows*. En: Miller, Beth, editor: *Women in Hispanic Literature, Icons and fallen idols*. University of California Press, 1983.
- (15) Rumazo González, J: *Manuela Sáenz*. Ed. Quito, 1963.

FORMACION DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD PARA EL TERCER MUNDO: ESTRATEGIA DE CUBA.

Ileana Morales Suárez.

Me corresponde ahora presentar cuál ha sido la política cubana en la formación de recursos humanos de salud para nuestros países del Tercer Mundo y que en particular en los últimos 2 años se ha fortalecido con nuevas y más revolucionarias acciones.

Revisando la bibliografía para ayudar a los organizadores en la coordinación de este importante evento, leí la intervención del Dr. *Rodrigo Yépez*, en el Evento UDUAL celebrado en 1991 en esta misma sede lo que me motivó para esta intervención y cito:

“El viento sopla desde el norte y sopla fuerte. La universidades latinoamericanas deberíamos responder con vientos propios, surgidos de nuestra propia entraña y nuestra propia experiencia”

Para esto es indispensable perseverar en la idea de la unión latinoamericana.

A más de 20 años de Alma Ata el mundo ha evolucionado hacia la globalización y la unipolaridad, que para la mayoría de los países del tercer mundo ha implicado también el incremento de la pobreza, la falta de equidad y el endeudamiento.

En el sector Salud la inequidad se refleja en las condiciones de salud en las personas, la asignación de recursos, así como la accesibilidad a los servicios.

Desde hace varios años la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como múltiples instituciones, organismos y líderes de los países en desarrollo están trabajando en función de una estrategia coherente de salud con un enfoque hacia la atención primaria (APS), a través de acciones a las que se ha llamado “Reformas de Salud”.

Entre los elementos y contenidos esenciales más significativos de esta estrategia se encuentran los relacionados con la concepción amplia y social de la salud, que significa en primer orden alcanzar Salud para Todos, meta que en estos momentos resulta distante e inalcanzable para la mayoría de los países en desarrollo, así como la necesidad de que la Universidad médica contribuya a estos fines.

A nuestro juicio existen sin lugar a dudas elementos que son necesarios y por demás precedentes para poder alcanzar tan necesaria meta, uno de los cuales sería la formación de profesionales de la salud con un alto sentido de responsabilidad y compromiso hacia sus pueblos, una ética elevada para el cumplimiento de cualquier misión y una preparación científica, técnica y humanística que le permita enfocar la

salud como un verdadero fenómeno sociobiológico para poder resolver los agobiantes problemas de la salud que enfrentan estos países con un enfoque preventivo, y dirigido hacia la comunidad y la familia.

El momento actual caracterizado por el reacomodo en lo político y el estancamiento para muchos países en lo social y económico, condiciona que la Salud Pública reciba un impacto negativo en muchos sentidos y que la necesaria triada Docencia-Asistencia-Investigación se encuentre limitada.

En el Tercer Mundo grandes masas de población no tienen acceso a la salud y en muchas ocasiones ni siquiera han visto a un médico.

Los indicadores de salud reflejan una difícil situación caracterizada por la desnutrición, incremento de enfermedades infecciosas, hambre, emergencia de nuevos y peligrosos problemas de salud y resurgimiento de otros que se creían eliminados.

Es urgente que se busquen soluciones a los graves problemas que enfrenta el mundo subdesarrollado, donde la Universidad y en particular la latinoamericana tiene el deber de acompañar a los gobiernos en este intento.

A las puertas del nuevo milenio las estadísticas reflejan las enormes diferencias entre los países industrializados o del Primer Mundo y los países del Tercer Mundo en materia de desarrollo, el producto nacional bruto (PNB) varía de 100 dólares por un año (en países pobres) como Etiopía a 45.100 dólares anuales en algunos países como Luxemburgo.

La tasa de mortalidad de menores de 5 años oscila entre 4 y 316 por 1000 nacidos vivos. El porcentaje de bajo peso al nacer tiene la enorme diferencia entre ambos mundos de 1% a 60%. La tasa de niños matriculados en nivel primario varía desde sólo 24% a 100% en la mayoría de los países desarrollados.

La tasa total de fecundidad oscila entre 7.5 niños nacidos por mujer hasta 1,1. De esta forma pudieran enumerarse múltiples ejemplos que demuestran las desigualdades e injusticias de este mundo globalizado de fines de siglo, aunque no puede dejarse de mencionar que en el propio Primer Mundo, en países desarrollados, existe un número considerable de habitantes que tampoco tienen acceso a los servicios de salud ni a la atención especializada. Por sólo citar un ejemplo, 47 millones de niños pobres en los países ricos viven en límites de pobreza o extrema pobreza.

Todo este panorama nos obliga a reflexionar sobre las causas que lo provocan, el propio mundo globalizado con una economía de mercado y un capitalismo salvaje que produce desigualdad y miseria, servicios de salud que no están diseñados ni

preparados para ser universal y accesibles, y que le niega a muchos este derecho, que es sin duda el más humano y universal de todos los derechos.

Cuba al triunfo de la Revolución exhibía un pésimo nivel de salubridad, alto índice de analfabetismo, pobreza y desigualdad social.

De un total de 6 000 médicos que ejercían la profesión en 1959 alentados por cantos de sirena del imperio, abandonaron la Isla 3 000, así como más de la mitad del claustro de la única Escuela de Medicina que tenía el país, que formaba parte de la Universidad de La Habana; se pondría en marcha desde el mismo primero de enero una estrategia coherente relacionada con la salud y que fuera anunciada por el Compañero Fidel en el histórico alegato “La Historia me Absolverá” en 1956; se crearon facultades de medicina en todas las provincias, a partir de la única existente, se abrieron hospitales y policlínicos, se llena el país de clínicas estomatológicas, hogares maternos y de ancianos y muchas otras instituciones de salud.

Se han formado en nuestras aulas en 40 años de Revolución más de 110 000 profesionales de la salud, y 163 239 técnicos.

Existe un potencial de 45 000 especialistas en 57 especialidades médicas y estomatológicas, de ellas 21 500 especialistas de Medicina General Integral (MGI) con un nuevo enfoque dirigido a la atención primaria de salud, existiendo en el país un médico por cada 174 habitantes.

Cuba cuenta para orgullo de la Universidad médica del país y de América con una Red de Centros de Educación Médica, de ellos: 22 Facultades de Ciencias Médicas, 4 Facultades de Estomatología, 56 Institutos Politécnicos de la Salud, 1 Escuela Nacional de Salud Pública y Centros de Perfeccionamiento Médico Medio y Superior, así como un elevado número de hospitales universitarios, policlínicos docentes, clínicas estomatológicas, centros de promoción para la salud y otras instituciones acreditadas para la docencia de pre y postgrado que cuenta con 50 000 estudiantes. Todas estas fortalezas no han sido sólo usadas para la formación de jóvenes cubanos, sino también para la formación de Recursos Humanos en Salud que requiere el mundo.

El Sistema de Salud cubano, fue concebido desde el inicio mismo del triunfo revolucionario bajo los principios del internacionalismo, por esta razón nuestro país ha desarrollado desde el año 1960 una amplia colaboración en el campo de la salud por la que más 40 mil trabajadores han prestado sus servicios en 86 países en el mundo.

La solidaridad del pueblo cubano y la vocación tercermundista de nuestra política exterior han hecho posible que durante 37 años hayamos graduado como profesionales, técnicos y en especialidades médicas y estomatológicas desde el año

1966 hasta 1999, un total de 9 075 estudiantes extranjeros de más de 106 países; en particular de América Latina y el Caribe, Cuba ha formado 1 200 profesionales fundamentalmente en la especialidad de medicina.

En el año 1998, a raíz de los huracanes George y Mitch, los gobiernos de Centroamérica y Haití solicitaron ayuda a la comunidad internacional para hacer frente a los destrozos ocasionados por este desastre natural.

Cuba responde de inmediato a este llamado y manifiesta la disposición de desarrollar un programa integral de salud; este Programa Integral es una respuesta concreta en el plano de la colaboración en un área extremadamente sensible como la salud humana, donde la Universidad médica ha tenido una activa participación, y que tiene entre sus objetivos esenciales ayudar a los gobiernos receptores de la ayuda a desarrollar su infraestructura de salud en medio de la difícil situación socioeconómica que enfrentan nuestros pueblos.

Nuestra cooperación es hoy un modesto ejemplo de lo que podemos hacer entre los países del Sur a quienes tradicionalmente se les condiciona la ayuda por parte del Norte, ayuda que por demás no se ajusta en la mayoría de los casos a sus verdaderas y complejas necesidades.

Que Cuba siendo un país pobre, de limitados recursos materiales, bloqueado y agredido, pueda ofrecer de forma masiva tal contingente de profesionales, poseedores de una sólida conciencia internacionalista y un alto nivel profesional, prueba que con voluntad política se puede alcanzar metas de salud que salvarían a millones de seres humanos, metas imposibles de alcanzar bajo los patrones impuestos en las sociedades regidas por las leyes del mercado y el neoliberalismo.

El Programa Integral de Salud (PIS) es también un ejemplo que debe tener un efecto multiplicador para que tanto los organismos internacionales como los países desarrollados contribuyan de manera efectiva y atiendan los graves problemas de salud que hoy enfrenta el Tercer Mundo.

Los países beneficiados con la presencia de los colaboradores del PIS son: Honduras, Guatemala, Haití, Belice, Venezuela, Paraguay, Níger, Gambia, Zimbabwe, Guinea Ecuatorial, Malí, Ghana y Cambodia.

El programa prevé ampliarse a países como Chad, Guinea Bissau, Namibia, Liberia, Benin y Cabo Verde, así como a otros países africanos que han solicitado nuestra ayuda.

Para garantizar la sostenibilidad del programa en los países donde desarrollamos la colaboración, se trabaja en la formación y capacitación de recursos humanos, razón por la que el Comandante *Fidel Castro*, propuso la creación de la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas, que cuenta en estos momentos con una

matrícula de 3 460 estudiantes, procedentes de 23 países, y en la que están representadas 42 etnias.

En la Ciudad de Santiago de Cuba se ha creado la Facultad Caribeña de Medicina donde estudian 254 jóvenes haitianos y 51 malienses. En el resto de las Facultades de Ciencias Médicas del país estudian hoy más de 1 800 jóvenes de diferentes países, por lo que en nuestras aulas hoy tenemos un total aproximado de 4 500 estudiantes extranjeros de 90 países y que ascenderá en el próximo febrero a 7 100.

Otra forma de cooperación en el tema de Recursos Humanos y que complementa los objetivos esenciales del PIS ha sido fundar Facultades de Medicina con el apoyo de directivos y profesores cubanos en el continente africano, algo que se ha materializado en Gambia y Guinea ecuatorial, para completar 6 facultades en los últimos años.

En cuanto a la actividad asistencial, este contingente de profesionales ha consultado hasta la fecha más de 5 177 837 personas, muchas de las cuáles nunca antes habían recibido servicios de salud.

Según informes del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) más de 25 mil mujeres mueren cada año en nuestra región por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, mientras eso sucede los médicos cubanos han realizado más de 28 681 partos con asistencia especializada y en condiciones de seguridad.

Según UNICEF en 1998 murieron en América Latina y el Caribe 446 mil niños menores de cinco años. Por enfermedades en su mayor parte prevenibles, mientras eso sucede los médicos cubanos han atendido en consulta especializada una población infantil de más de 1 135 431 de niños, de ellos 173 997 son menores de un año.

La colaboración médica cubana ha realizado 47 794 intervenciones quirúrgicas, al tiempo que ha aplicado dosis completas de vacunas a 178 633 personas.

Nuestros colaboradores han realizado 380 453 actividades de educación para la salud que facilita modelar e ir cambiando hábitos y estilos de salud negativa en la población atendida.

La prestación de los servicios de salud se ha completado con la capacitación de recursos humanos en el propio servicio, razón por la que se han realizado 43 037 actividades docentes que permitirá sin dudas elevar la calidad de los profesionales de estos países, además de la capacitación continua que realizan los médicos y técnicos cubanos desde sus ubicaciones en estos países.

Existen 61 ONGs, fundamentalmente en Centroamérica, que participan junto a nuestras brigadas médicas en el desarrollo del Programa Integral de Salud. Se

destacan MOPAWI con el aporte de 45 mil dólares, Ayuda Popular Noruega con un aporte de 320 mil dólares, la GVC Italiana, Médicos sin Fronteras y Pastores por la Paz. Recientemente se incorporó a esta cooperación la ONG norteamericana Comité de Servicios de los Amigos con un aporte de 11 mil dólares.

Francia, Italia, Alemania, Bélgica, Portugal, España, Libia y Nigeria han mostrado interés por trabajar junto a Cuba en el desarrollo del Programa Integral de Salud con insumos médicos. En la Reunión Cumbre del Grupo de los 77 y China. Cuba hizo el ofrecimiento de 3 000 médicos para trabajar en el desarrollo del programa de Salud en el continente africano, como ejemplo de lo que se puede hacer en la cooperación SUR-SUR. Este ofrecimiento fue acogido con beneplácito por los Jefes de Estados participantes en la Cumbre y países como Nigeria, Argelia, Libia, Sudáfrica y Botswana se brindaron para el soporte financiero que permite el desarrollo del mismo.

La Universidad médica en estos países ha estado presente apoyando este proceso con un elevado sentido de integración: ejemplos como la Universidad Nacional de Honduras, que desarrolla un plan de colaboración con la misión médica en el campo del perfeccionamiento de su claustro y el desarrollo de la Medicina Familiar, la Universidad de San Carlos de Guatemala, que en coordinación con los profesores y especialistas cubanos que colaboran allí han planeado y ejecutado actividades de capacitación a médicos y personal técnico guatemalteco en temas como la urgencia médica, la medicina familiar, el programa materno infantil, etc., en Haití el intercambio en lo referente a recursos humanos ha sido aún más amplio existiendo acuerdos mixtos de cooperación que incluyen: formación de técnicos y especialistas haitianos de forma compartida en los dos países siempre con la participación de profesores cubanos, pasantías de residentes haitianos en Cuba, así como otras formas de superación y el ejemplo más reciente de integración de la Universidad a los problemas de salud de los pueblos ha sido desarrollado por la Universidad Nacional de El Salvador, donde alumnos de años terminales junto al personal de salud de ese país y la participación de un grupo de especialistas cubanos trabajan intensamente en la lucha contra la epidemia del dengue que los azota.

Es por esto, que, queridas y queridos colegas que al leer la intervención del Dr. Yépez en 1991, que en su final decía: *la unidad Latinoamericana es pues una tarea inconclusa a la par que es una meta posible y necesaria*: creemos que lo que hacemos día a día demuestra que esta unidad es posible y cada día más necesaria.

Esta obra es una modesta contribución de Cuba a las más nobles ideas de *Bolívar y Martí*. Gracias.

APENDICE

TABLA No. 1

**PERSONAL EN EL EXTERIOR.
PROGRAMA INTERNACIONAL DE SALUD.
AMERICA, NOVIEMBRE DEL 2000**

PAIS	MEDICOS	TOTAL
Belice	72	109
Guatemala	358	456
Honduras	122	139
Haití	231	451
Paraguay	49	49
Venezuela	71	107
Total	903	1311*

Fuente: Ministerio de Salud Pública Cuba

*No se incluye El Salvador por ser una Brigada de Emergencia.

TABLA No. 2

**PERSONAL EN EL EXTERIOR.
PROGRAMA INTERNACIONAL DE SALUD.
AFRICA, NOVIEMBRE DEL 2000**

PAIS	MEDICOS	TOTAL
G. Ecuatorial	89	141
Gambia	201	241
Mali	91	102
Zimbabwe	97	103
Ghana	105	141
Niger	88	90
Burkina Faso	2	3
Total	673	821

Fuente: Ministerio de Salud Pública Cuba

TABLA No. 3

**PERSONAL EN EL EXTERIOR.
PROGRAMA INTERNACIONAL DE SALUD.
ASIA, NOVIEMBRE DEL 2000**

PAIS	MEDICO	TOTAL
Cambodia	8	10
Total	8	10

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Cuba

TABLA No. 4

**TOTAL DE PERSONAL EN EL EXTERIOR.
PROGRAMA INTERNACIONAL DE SALUD.
NOVIEMBRE DEL 2000**

CONTINENTE	MEDICOS	TOTAL
AMERICA	903	1311
ASIA	8	10
AFRICA	673	821
TOTAL	1584	2142

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Cuba.

INTEGRACION LATINOAMERICANA, EL PAPEL DE LAS UNIVERSIDADES.

Efraín Medina

Antecedentes.

Los pueblos de América Latina hemos estado en una misma región geográfica históricamente desarticulados. Durante la primera mitad del siglo XIX, los intentos integracionista del gran pionero *Simón Bolívar* y otros grandes como *José de San Martín*, *Sucre* y en la América Central *Francisco Morazán*, se encontraron con una América fragmentada, con gobiernos más preocupados por los aspectos económicos, ideológicos y políticos de Europa que por los asuntos inherentes a la región.

Los latinoamericanos, a lo largo de la historia, hemos estado más preocupados por asuntos como diferendos territoriales. A ellos hemos dado mucho más importancia que a los verdaderos problemas como el subdesarrollo, la dependencia, la deuda externa, el desempleo, la pobreza extrema, etc.

Pese a que hace 40 años que se viene ensayando en América Latina diversos procesos integracionistas, los mismos han planteado la creación de áreas de libre comercio o uniones aduaneras que favorecen seguramente los aspectos comerciales, pero no han contemplado poder maximizar las posibilidades de desarrollo al interior de la región, llevando a cabo procesos productivos que individualmente sería sumamente difícil o imposibles de realizar, como tampoco han adoptado una actitud coordinada de sus políticas exteriores con el objeto de lograr su inserción, como bloque, en el concierto de las naciones.

Se ha reducido la visión de integración a procesos de liberación arancelaria y en el mejor de los casos con la incorporación de un Arancel Externo Común (AEC). Sin embargo, aún no se han alcanzado los niveles de desgravación propuestos en los tratados constitutivos ni se ha logrado completar las listas de los productos que deben ingresar al AEC.

Es hora que dejemos de estar expectantes, esperando el aporte de los países donantes o que los grandes inversores internacionalistas le den solución a nuestros problemas. Así como América Latina es una región con cruentas iniquidades sociales, también es una región con grandes potencialidades, con grandes recursos humanos, naturales, minerales y alimenticios, que le dan ventajas sobre los pueblos europeos o asiáticos.

La integración significa que dos o más actores se reúnen para generar uno nuevo que sea capaz, reconocido internacionalmente por su condición de actor y que puede resolver los problemas que individualmente es imposible resolver por parte de los

miembros. Debe ser capaz de actuar para general reglas, o al menos modificarlas en el contexto internacional.

La falta de viabilidad para las naciones subdesarrolladas para actuar en el contexto mundial requiere de grupos integrados que produzcan mayor poder, mayor participación como actores dentro de la comunidad internacional. La integración debe contemplar el bien común y el bien de todos.

El papel de las Universidades.

Las universidades han jugado un papel preponderante como eje integrador de una sociedad del conocimiento. Aún cuando algunos países no tenían relaciones diplomáticas formales, los académicos siempre han compartido hallazgos e investigaciones. En la actualidad más del 30% de la producción científica de Alemania y Francia, por ejemplo, son copublicaciones internacionales; un alto porcentaje de estas ha sido realizada con países latinoamericanos. Asimismo, el desarrollo de las nuevas tecnologías de la información está abriendo múltiples posibilidades a las comunicaciones e interacción internacional.

Los cambios más profundos de la globalización se están llevando a cabo en el conocimiento y la información, de ahí que las estructuras educativas principalmente en la educación superior, sean los ámbitos sociales que se encuentran enfrentando los más grandes desafíos.

A partir del impulso de la globalización, pasando de la geopolítica hacia la geoeconomía, los gobiernos han visto en el sector educativo y especialmente en las instituciones de educación superior, un aliado eficaz para la integración e implementación de cooperación para el fortalecimiento de instituciones estatales y privadas. La cooperación debe fortalecerse a nivel de la universidad, gobiernos y empresas, para preparar profesionales expertos que sean capaces de resolver problemas desde una perspectiva integral, pensando en forma global, pero actuando a escala local acorde al entorno coyuntural en que se desempeña.

La tendencia hacia una mejor y más planificada cooperación internacional de las universidades, ha venido cambiando en los últimos cincuenta años. La cooperación al inicio tomó como base la estructura propia de estas instituciones, en cuanto a sus funciones básicas de formación, investigación y extensión.

En este sentido, nos parece de sumo interés la declaración de la Reunión General de la UNESCO, realizada en París en octubre de 1998, la cual expresa que la Cooperación Internacional debe ser una nueva política en la Educación Superior.

Dicha política... "debe estar sustentada en lograr revertir la profundización de las diferencias y brechas entre los países desarrollados y los que están en alcanzar proceso de desarrollo, para un umbral de equilibrio que permita orientar esfuerzos

hacia un nuevo desarrollo sustentable e integral". Esto puede hacerse posible en la medida que se trabaje en redes, aprovechando el uso y manejo de las nuevas tecnologías y constituyendo estructuras horizontales a nivel internacional y no fomentando la competitividad y la profundización de las asimetrías. Asimismo, implica que se deben incrementar los flujos de recursos hacia los países en desarrollo, posibilitar la movilidad de profesores e investigadores.

Aún cuando los resultados son insuficientes, los diferentes programas de intercambio y formación académica y científica han incrementado eficientemente las relaciones entre investigadores, profesores y estudiantes con diferentes antecedentes y conocimientos, fortaleciendo la difusión del conocimiento. Becas, prácticas profesionales, seminarios y conferencias internacionales son ejemplos de actividades de movilización académica que permiten complementar la educación desde un punto de vista internacional. Las relaciones educativas por sí mismas han repercutido en aspectos de tipo cultural y entendimiento social, brindando formas nuevas y creativas a las modalidades existentes de cooperación. Las alianzas estratégicas en la educación se ven ahora más como una necesidad de alcanzar niveles más complejos de integración e interrelación, agregando variables de cooperación de largo alcance.

Tomando como base el tipo de sociedad global que estamos viviendo, cada día es más necesario contar con aliados académicos para ejercer programas de maestrías y doctorados conjuntamente con universidades prestigiosas de otros países, tanto de América Latina y el Caribe como de otras latitudes, logrando una forma concreta de darle vida a ese espacio común que hoy busca nuestro mundo académico. Es impensable poder hablar de postgrados internacionales con la participación de un solo interlocutor. Los contenidos académicos y programáticos de una carrera, cada día se enfocan más hacia la internacionalización y orientación de intereses comunes de países e instituciones.

Esta modalidad facilitará la integración y el reconocimiento de profesionales y credenciales académicas para poder ejercer la profesión sin barreras de tipo gubernamental o jurídica. Como ejemplo de esta tendencia es que dentro de la firma de convenios y tratados internacionales de gobiernos, se integre un componente de internacionalización de la educación superior y de las profesiones. Esto con el objetivo de iniciar la apertura de los mercados a los profesionales de sendos gobiernos.

La cooperación de tipo técnico y acceso a la tecnología de punta para el desarrollo social son un resultado de estas nuevas variables. La presentación de informes y estudios combinados y multidisciplinario representan cada vez más la necesidad por aplicar métodos y técnicas globales a casos específicos. Esto permite que tanto especialistas como estudiantes puedan desarrollar de mejor forma sus conocimientos en ámbitos nuevos o poco conocidos, fomentando de forma directa el intercambio de conocimientos. En este punto las redes internacionales de profesionales e

instituciones son de vital importancia. En la actualidad estas redes constituyen una fortaleza organizativa y funcional para el ejercicio en una sociedad del conocimiento.

Las universidades, deben estar a la altura de los tiempos y manejar opciones que les permitan atender con calidad y eficacia sus responsabilidades institucionales. En este sentido, la Universidad pública debe optar por la excelencia y la calidad en su quehacer institucional y por la pertinencia frente a las diferentes propuestas de desarrollo, de forma tal que pueda ir más allá de la respuesta a las llamadas inmediatas del mercado.

La Universidad debe impulsar como estrategia la integración regional conformando a partir de sus fortalezas y oportunidades, alianzas, sistemas y redes institucionales e interdisciplinarias, para enfrentar las emergentes condiciones de la internacionalización, respecto a la formación de los nuevos profesionales, la generación del conocimiento y la transferencia de los resultados de la investigación universitaria.

En la región, las asociaciones universitarias que constituyen redes de cooperación académica con actividades de integración, son fundamentalmente: la Organización Universitaria Interamericana (OUI) y la Unión de Universidades Latinoamericanas (UDUAL).

En la escala subregional, los resultados positivos y tangibles se han multiplicado en la última década. Considero importante señalar que la asociación de Universidades Amazónicas (UNAMAZ), que reúne instituciones de educación superior de los ocho países firmantes del Tratado de Cooperación Amazónica (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú, Surinam y Venezuela) y el Consejo Superior Universitario Centroamericano (CSUCA) que asocia universidades públicas de los países de Centroamérica, Belice y Panamá, constituyen modelos subregionales exitosos.

La UNAMAZ, creada en 1987, agrupa en este momento a más de 80 instituciones de educación superior (IES) y centros de investigación, y está desarrollando varios programas de formación e investigación. Entre ellos quiero destacar una maestría que incluye créditos sobre integración latinoamericana y otra dedicada a la evaluación de impactos del desarrollo en la Amazonia. Paralelamente ha montado una red telemática, el sistema de información amazónica (SIAMAZ), que ha roto el aislamiento de los docentes, investigadores y estudiantes de las IES situadas en plena selva tropical.

El CSUCA, por su parte, está implementando un programa de evaluación y acreditación de las universidades de la región centroamericana, en el cual se incluyen elementos de gran interés para toda la política de formación de recursos humanos para la integración.

Es función de la universidad intervenir en la actualidad tratando los grandes temas del presente y del futuro desde las perspectivas que le son específicas: la profesional, la científica y subrayo, la cultural. La universidad tiene que ser un principio promotor de la historia: de la historia de un pueblo y de un país, o de una comunidad unida más allá de las fronteras geográficas, unida por una lengua y una cultura, como es la Comunidad Latinoamericana.

La Integración, más allá del comercialismo, debe constituir una alianza entre iguales, entre quienes tenemos similares problemas y un común objetivo para resolverlos. Esta ha sido la visión de la Universidad de San Carlos de Guatemala desde las postrimerías de la primera mitad del siglo XX, cuando siendo Rector el Doctor *Carlos Martínez Duran*, promovió la creación de la Confederación de Universidades de Centro América y el Consejo Superior Universitario CSUCA en 1948 y la Unión de Universidad de América Latina, UDUAL, en 1949. Muchas Gracias.

PANEL No. 4

**EL PROCESO DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS:
ENFOQUES Y ESTRATEGIAS PARA ADECUARLOS A LAS
NECESIDADES DE LA POBLACION.**

Coordinador:

Dr. Pedro Brito. Coordinador del Programa de Recursos Humanos. OPS/OMS.

Ponentes:

Dr. Luis Calegari. Decano, Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Uruguay.

Dr. Joao José Batista de Campos. Coordinador Programa UNI/Brasil.

Dr. Alfredo Gómez Castellanos. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México.

Relatores:

Dr. Alberto Arango Botero. Profesor, Escuela de Odontología, Universidad de Antioquia. Colombia.

Dr. José Fernández Sacasas. Profesor, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba.

RELATO

EL PROCESO DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS, ENFOQUES Y ESTRATEGIAS PARA ADECUARLOS A LAS NECESIDADES DE LA POBLACION.

El coordinador del Panel después de dar la bienvenida a los participantes, expresó a modo de introducción, la pertinencia de recordar los aportes conceptuales de la conferencia integrada *Universidad Latinoamericana y Salud de la Población*, celebrada en La Habana en junio de 1991 y recogidos en su Relato General y su histórica declaración, conocida como *Declaración de La Habana*. Esta Declaración postula el compromiso de la Universidad Latinoamericana con los procesos de cambios sociales y económicos que condicionan la verdadera transformación de las prácticas de salud vigentes. Asimismo, su compromiso con prácticas sociales al servicio de las grandes mayorías. Se pronunció por la solidaridad entre nuestras universidades a fin de contribuir a la integración cultural y económica de nuestros pueblos como estrategia para preservar nuestro común legado histórico, afianzar nuestra independencia política y económica que asegure a las actuales y futuras generaciones de latinoamericanos un lugar decoroso en el concierto de las naciones del orbe. Estas realidades y estos propósitos siguen vigentes a la vuelta de 10 años de formulado.

A continuación la Dra. *María I. Rodríguez*, inicia su ponencia retomando el legado de la Declaración de La Habana de 1991, haciendo especial énfasis en la solidaridad que va apareciendo entre las Universidades de la subregión. Continúa con una reflexión con varias interrogantes: ¿Que hemos hecho?, ¿Para que ha servido? ¿Qué debemos hacer?.

Ha sido, generalmente, nuestra costumbre hablar de lo externo universitario como una queja, sin embargo, ahora vemos que nos ha faltado análisis, reflexión propuestas y ejecuciones de lo interno. Ahora, en mi posición desde la rectoría de una Universidad, quiero hacer referencia a ciertos enfoques y estrategias para adecuar el proceso de formación de los recursos humanos a las necesidades de la población.

En el contexto mundial se han dado cambios profundos y rápidos en lo político, en lo económico, lo social y lo cultural, que tienden a la configuración de un nuevo orden económico internacional. El contexto universitario latinoamericano se debe tomar en cuenta desde distintos ángulos, entre ellos, la existencia de una identidad compartida de origen y cultura, cuestionable y un peso insostenible de la deuda externa dentro del marco del nuevo orden económico. Asimismo, se alude a complejas problemáticas nacionales, como la tenencia de la tierra, la inestabilidad política, aunada al desempleo, el deterioro de las condiciones de vida y salud, el analfabetismo y la drogadicción, problemas que comprometen al desarrollo de nuestros países, pero particularmente la existencia misma de la Universidad y por lo

tanto el cumplimiento de sus misiones esenciales que, en el trasfondo, es su compromiso de prácticas sociales al servicio de las grandes mayorías.

En relación con lo anterior, planteó algunas recomendaciones para las universidades, como asumir un mayor compromiso para participar en la problemática social, especialmente en lo referido a la salud. Involucrarse en las transformaciones de los sistemas de salud y reflejarlas en el quehacer de los profesionales, ya que es notoria la falta de interés que ella tiene en relacionarse con el área de salud para su desarrollo. Preparar a los profesionales para incorporarse a un equipo multidisciplinario de salud. Además se ha considerado conveniente verificar una reforma curricular que incorpore lo biológico y lo social, lo individual y lo colectivo, de acuerdo con la problemática de salud de la comunidad. Así se podría lograr una utilización adecuada de los sistemas nacionales de Atención Primaria de Salud, en relación con espacios de docencia-servicios-investigación, con la APS, y la cobertura universal, de modo que se garantice la equidad, la eficiencia, y la participación social.

Asimismo, hizo mención de la importancia de un análisis crítico permanente para generar una práctica que dé respuesta a las necesidades de salud de la población, a un acceso al conocimiento universal, priorizando la problemática regional, nacional y local. De igual manera aludió a la importancia del desarrollo de nuevas tecnologías y a la validación de aquellas que deben incorporarse al desarrollo.

Como recomendación final planteó la solidaridad interuniversitaria para desplegar todos los esfuerzos hacia la integración cultural y económica de nuestros pueblos, con miras a preservar nuestro legado histórico, afianzar nuestra independencia política y una liberación económica que asigne a las actuales y futuras generaciones de latinoamericanos, un lugar decoroso en el concierto de las naciones libres del orbe.

En relación con el propósito fundamental para la formación del personal de salud, planteó la generación de profesionales cultos, de alta calidad académica, capacitados para responder a las necesidades de la población, solidarios, pero sobre todo con un sólido compromiso social, nacional e internacional.

Como aspecto final los retos en relación con el proceso de formación de personal se consideran en varias dimensiones. En lo internacional, frente a las políticas nacionales de salud, educativas y de ciencia y tecnología y al interior de las universidades. De particular relevancia están el impacto de las políticas neoliberales en la salud, acompañado de la cooperación internacional, técnica y financiera, frente a la meta de desarrollo humano sostenible. Igualmente se mencionan la privatización de la educación superior y las actitudes de los colegios y asociaciones profesionales frente a la educación permanente. La demanda de eficiencia y eficacia por parte de las aseguradoras internacionales y la invasión de las transnacionales privadas en el campo de la salud.

Por último, la concepción integral de la salud vs. la atomización profesional, la explosión del conocimiento vs. la interdisciplinariedad y el nuevo rol del estudiante y el maestro fueron objeto de atención.

El Dr. Luis Calegari, partiendo de un análisis crítico acerca del modelo predominante de formación de recursos humanos en salud, centrado en la enfermedad, la alta tecnología, el hospital (como escenario) y la especialización (de carácter secundario y terciario) como paradigma de la práctica, en un marco regional de agudización creciente de las desigualdades sociales, la pérdida de valores éticos y la retracción del Estado respecto a su responsabilidad de atender la salud de la población, adelanta una definición de un modelo de salud integral sustentado en la búsqueda de la equidad, la pertinencia, la calidad y la eficiencia para lograr la solución efectiva de los problemas de nuestras sociedades.

La ponencia reconoce la necesidad de dar respuesta a problemas aún no bien estudiados, como las desigualdades sociales y económicas crecientes, al desempleo, la urbanización desordenada, la violencia, los accidentes, la drogadicción, el deterioro ambiental y la transición epidemiológica con la emergencia y reemergencia de enfermedades transmisibles. Reorientar la salud pública hacia la construcción de una cultura de vida saludable, con mayor protagonismo de los actores sociales y énfasis en la prevención y la mejora de la calidad de vida.

En este contexto compete a las universidades latinoamericanas asumir un papel relevante en el debate y en el desarrollo de propuestas educativas encaminadas a fomentar la investigación en salud, la adecuación de los perfiles profesionales y técnicos a las necesidades emergentes, la evaluación y revisión de objetivos, contenidos y metas educativas, la educación continuada y la participación en la atención de salud con sentido crítico.

Se reconoce, asimismo, que no hay recetas a seguir y que cada país ha de construir su modelo, acorde con sus peculiaridades socioeconómicas, culturales, demográficas, epidemiológicas e históricas. De cualquier forma hay amplio consenso sobre principios generales a tener en cuenta. Un modelo orientado al bienestar de las personas y de la comunidad sentado en acciones de promoción, protección, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, con un enfoque preventivo general y permanente, con prioridad de las acciones en el primer nivel y la estrategia de APS., vinculadas a los niveles secundarios y terciarios.

En el caso particular de Uruguay, se han experimentado avances en el terreno de la integración docente-asistencial, mediante un trabajo conjunto entre la Universidad y el Ministerio de Salud Pública, en la construcción de las bases de una red de servicios públicos, incluido el hospital universitario. Comprende la formación profesional y técnica, la investigación y la evaluación de tecnologías en salud.

Se señalan la autoevaluación institucional y la acreditación de carreras como elementos estratégicos transformadores, que se están llevando adelante en los países del cono sur. La acreditación se basa en estándares relacionados con la pertinencia, la calidad y la racionalidad de una carrera. Configuran un modelo teórico tanto educativo como de atención de salud.

En estos procesos se distinguen dos etapas fundamentales, la autoevaluación y la evaluación externa por pares, que comprenden aspectos relacionados al contexto institucional, aspectos docentes y de carácter curricular. Los procesos de acreditación han de observar el máximo respeto por la autonomía y la libertad académica, sin renunciar a fomentar prácticas innovadoras. A nivel regional tiende a uniformar programas y se constituye en una base sólida para reconocer la competencia y la confiabilidad de los profesionales más allá de las fronteras.

Se recomienda promover prácticas profesionales en salud multidisciplinarias centradas en el interés del usuario y la sociedad. Un momento clave parece ser la práctica pre-profesional. El equipo de salud se constituye en un valor integrador de influencia pedagógica creciente, especialmente en el espacio de la comunidad y las actividades de salud pública.

El modelo pedagógico definido centra el proceso educativo en el estudiante, integra el conocimiento en base a la resolución del problema, tiene un fuerte componente práctico, igualando la importancia de la adquisición de habilidades, actitudes y conocimientos, con énfasis en los problemas dominantes de salud de la región y en la atención primaria de salud. Resulta significativo fomentar en el alumno el sentido ético y el compromiso social, así como el pensamiento crítico y la capacidad analítica que le permita su autoevaluación sistemática, así como asumir conscientemente y de manera creciente su aprendizaje.

Obviamente, este modelo educativo innovador requiere el desarrollo de una masa crítica docente profesionalizada. Hay que fomentar entonces la formación pedagógica de los docentes (incluyendo niveles de maestría y doctorado), así como incentivar la investigación sobre procesos educativos y su evaluación. Es necesario también estimular la docencia en sí, superando incluso algunas tendencias universitarias que sólo ponen énfasis en la actividad de investigación como expresión de la calidad del profesor.

La educación continuada del profesional formado resulta imprescindible a fin de garantizar su actualización y desarrollo frente a los continuos cambios científico-técnicos, profesionales y sanitarios, a fin de mantener sus competencias. Un capítulo aparte merecería la incorporación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, con sentido crítico y racional. Las universidades comparten con otras instancias, como sociedades científicas, colegios profesionales, prestadores de salud y autoridades sanitarias las tareas inherentes a los sistemas de acreditación de la educación continuada y permanente. Un sistema de acreditación

calificado y consensado ha de viabilizar los necesarios procesos de rectificación profesional.

Las estructuras universitarias verticales y compartimentadas no favorecen la integración horizontal de sus funciones, ni las necesarias integraciones multidisciplinarias, lo cual reclama ser revisado y modificado. En Uruguay se han dado algunos pasos en busca de áreas integradas, haciéndose por el momento el énfasis en una intensa planificación horizontal por programas.

Nuestras universidades han de centrar sus esfuerzos y compromisos en utilizar al máximo su potencial humano y científico, la capacidad creadora, la pertinencia social y su libertad expresiva en la búsqueda permanente del desarrollo social, económico y cultural, y del bienestar de nuestros pueblos.

El Dr. *Joao José Batista de Campos*, aborda en su ponencia las experiencias e innovaciones del desarrollo integrado educación-servicios de salud del Programa UNI patrocinado por la Fundación Kellog para América Latina. El Programa, lanzado en esta década finisecular y aplicado en 10 países mediante 22 proyectos. - Brasil (6). México (4), Colombia(3), Chile y Venezuela (2) y Argentina, Ecuador, Nicaragua, Perú y Uruguay (1)- aporta apoyo financiero y técnico, sujeto a exigencia externa en cuanto a la asociación entre universidades, servicios de salud y comunidades en la implementación, desarrollo y control del nuevo Programa.



Se reconoce la gran dificultad que entrañan procesos de evaluación de sus resultados en función de la heterogeneidad de contextos y realidades, limitándose entonces a la producción de juicios comparativos entre estrategias y procesos de cambio. Los procesos de transformación son necesariamente largos, lentos y crecientemente participativos cuando se pretende formar profesionales críticos, con capacidad de autoaprendizaje, trabajando en problemas relevantes de la población con participación ciudadana.

Los proyectos han tenido mayor concreción y desarrollo en los espacios Universidad y Comunidad respecto al de Salud, en parte probablemente por encontrarse este envuelto en los procesos de reforma sectorial, así como debido a su limitada aplicación.

Los procesos de cambio deseados sólo se desarrollan si producen una masa crítica de actores (población, profesionales, profesores, estudiantes) y un equipo de dirección que acometa la construcción de alternativas innovadoras de transformación de la realidad, para lo cual los proyectos pilotos no resultan una buena estrategia.

Determinados resultados pueden apuntarse.

En los servicios, aumento de cobertura y en la calidad; de las actividades de promoción y prevención. En la capacitación profesional; participación activa en el proceso de formación profesional.

En la academia, diversificación de escenarios, trabajo sobre problemas de la realidad, incorporación de nuevos sujetos al proceso de enseñanza aprendizaje, prácticas multiprofesionales, metodologías activas e investigaciones sobre temas relevantes.

Se aspira alcanzar cambios más profundos, logrados de alguna manera en algunas instituciones: adopción de currículos integrados, módulos interdisciplinarios, metodologías activas, prácticas multidisciplinarias de los estudiantes en los escenarios de servicios y comunidad a lo largo de toda la carrera, evaluación formativa que incluya conocimientos, habilidades y actitudes. Participación de profesionales de los servicios y la comunidad en el proceso de formación. Currículos en proceso de construcción permanente.

En la comunidad, fortalecimiento de las organizaciones comunitarias, con mayor capacidad y autonomía de trabajo, de negociación de conceptualización y participación concerniente a la salud.

Para garantizar la permanencia y profundidad de los cambios es necesario que se conquisten espacios de poder. La sustentabilidad del Programa, una vez finalizado el apoyo financiero de la Fundación, aunque parece posible, está por demostrar. Los cambios están todavía en construcción; implica la lucha entre lo viejo y lo nuevo. No sabemos el final de esta historia aunque pensamos hemos avanzado hacia la utopía que buscamos.

El Dr. *Alfredo Gómez Castellanos*, en el debate, se plantea la necesidad de profundizar en la articulación de la Universidad con los gobiernos locales, lo cual se considera no ha sido suficientemente explorado. También se requiere pasar del discurso a la acción, así como establecer mecanismos de seguimiento a los acuerdos y recomendaciones de encuentros como este, que permita una mayor proyección y monitoreo, como debió establecerse con mayor precisión en la Conferencia Integrada de 1991.

Respecto al Programa de UNI hubo interés en conocer los procesos de evaluación de su impacto en las esferas de la salud y de educación, así como las estrategias para su sostenibilidad, en ausencia de financiamiento externo, al igual que conocer la estrategia para alcanzar la formación con multidisciplinariedad. A este respecto, se desarrolló inicialmente el programa llamado PEPIN en busca de articulación interdisciplinaria, transformando ulteriormente en un módulo integrado en torno a problemas de salud siguiendo todo el arco de la problematización. En opinión de los ponentes, la riqueza y validez de este Programa deben ser mejor divulgado en el marzo de la UDUAL y sus eventos.

Se señalan distintas barreras al completo desarrollo de la labor de las universidades, como pérdida de legitimidad al distanciarse de la comunidad, de la población, ausencia de una base teórica fuerte que sustente su quehacer, autoritarismo; reticencia a tratar temas políticos; falta de una masa crítica de actores interesados en el cambio; excesos biologicistas curriculares en detrimento de abordajes integrales y persistencia del hegemonismo médico con subvaloración de otros aportes y del trabajo en equipo.

No obstante, se hace un llamado de alerta en el sentido de no generalizar la inculpación a las universidades públicas, así como no satanizar a las privadas. Se requiere un documento de defensa de la Universidad pública. Por último, se comenta el contrasentido nominativo de Universidad privada y la redundancia de Universidad pública.

EL PROCESO DE FORMACION DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD. ENFOQUES Y ESTRATEGIAS PARA ADECUARLOS A LAS NECESIDADES DE LA POBLACION.

Luis Calegari.

Existe un consenso muy generalizado sobre características indeseables que ha adquirido en su evolución la formación profesional y técnica en salud, fundamentalmente la médica, aunque no exclusivamente, que centra sus objetivos en la enfermedad y, en dependencia con el desarrollo tecnológico, toma al hospital como referencia principal y a la especialización como paradigma en la práctica.

Formación que además está asentada en modelos de enseñanza predominantemente teóricos, fragmentados, con contenidos curriculares pobremente seleccionados y evaluados, y que en general preparan para una atención a la salud fuertemente subordinada a los intereses de los mercados.

Todo esto en un marco regional de agudización creciente de las desigualdades sociales, la pérdida de valores que rigen el comportamiento humano colectivo y la retractación de los estados que pierden capacidad de decisión propia y de asegurar la protección de los ciudadanos.

No obstante, existe asimismo, un consenso muy fuerte sobre la necesidad de cambios profundos en el sector salud y en la formación de sus recursos humanos. Estos implican el reconocimiento, por un lado de los problemas propios del sector en cada región, y por otro, de los que emanen de sociedades crecientemente desestructuradas como consecuencia de la imposición de una ideología hegemónica que reconoce como sector principal a las fuerzas del mercado.

La salud hoy trasciende claramente su propio sector. Parece poco razonable discutir políticas sobre salud en forma desligada del estudio del conjunto de las políticas sociales.

La definición de un modelo de salud, adecuado a una concepción integral de la misma y a la resolución efectiva de los problemas de nuestras sociedades, que tenga como metas la equidad, la pertinencia, la calidad y la eficiencia de la atención, debe ser el fruto de un amplio debate y de una elaboración colectiva con vasta participación de los diversos actores sociales.

Este debate incluye, sin dudas, aspectos éticos y políticos que valoren la vida humana, el insustituible capital que representa el ser humano, la solidaridad y los otros valores que regulan la vida en sociedad. Deberá asimismo revalorizar el Estado, la democracia participativa, la política como instrumento principal para el desarrollo social y económico y la educación como fuerza liberadora y de cambio.

Es necesario reconocer también, y dar respuesta a problemas aún no bien estudiados: la progresión epidemiológica y el envejecimiento de las poblaciones, las desigualdades sociales y económicas crecientes, el desempleo, el proceso de urbanización, la violencia, los accidentes, las adicciones a drogas, la emergencia y reemergencia de enfermedades transmisibles, el irreversible deterioro del ambiente.

También debe revalorizar la salud pública, como conjunto de pensamientos y acciones que tienen su centro en la salud colectiva. Su orientación principal debe ser a la construcción de una cultura de vida saludable a través del trabajo continuo del equipo de salud, otros efectores sociales y la propia comunidad, sobre las personas, la comunidad y el ambiente, con una actitud permanente de prevención y mejora de la calidad de vida.

En este contexto, las Universidades Latinoamericanas, con su rico historial de compromiso social, solidaridad y justicia pueden y deben cumplir un papel relevante tanto en el debate como en el desarrollo de propuestas educativas que impulsen los cambios. Sus campos de acción fundamentales son, entre otros, la investigación en salud, la adecuación de los perfiles profesionales y técnicos y a las necesidades emergentes, la evaluación y revisión de objetivos, contenidos y metas educativas, la educación continua y permanente, el asesoramiento y la participación en la atención a la salud con sentido crítico induciendo la creación de modelos alternativos.

No hay reglas sin recetas a seguir. Cada país, cada región, debe definir las características del modelo y del sistema de atención a la salud atendiendo a sus peculiaridades socioeconómicas, culturales, demográficas, epidemiológicas y biogeográficas. Las Universidades deberán definir sus estrategias educativas en cada caso.

Sin embargo la experiencia acumulada, la observación de la realidad y el desarrollo del conocimiento en el marco de un amplio debate en las diferentes regiones ha permitido definir un conjunto de principios y objetivos que configuran un modelo teórico de salud acerca del cual día a día se gana consenso. Asimismo, ha permitido identificar una serie de líneas estratégicas e instrumentos que facilitan el proceso de formación de recursos humanos capaces de desarrollar y atender ese modelo.

Definición de un modelo de salud.

Es una necesidad imperiosa a nuestro juicio, poseer una imagen-objetivo de un modelo para el cual formar concomitante a la definición de las metas, la estrategia y los métodos educativos. Esta imagen-objetivo permite precisar el perfil del profesional deseado.

La definición del modelo no es sólo cuestión universitaria. La participación consciente de profesionales, de los responsables de los servicios públicos y privados

de salud, de los poderes políticos y de los usuarios, es un objetivo estratégico de relevancia para otorgar validez a la propuesta.

Desde hace tiempo hay amplios acuerdos sobre principios generales que deben regir el modelo y que conducen a sistemas de atención a la salud no estratificados, aunque participen en el prestadores tanto públicos como privados.

Un modelo orientado al bienestar de las personas y de la comunidad y a la creación de un ambiente saludable para su desarrollo pleno, que contemple las actividades de promoción, protección, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, con un enfoque preventivo general y permanente. Un modelo que tome como centro de preocupación al usuario, que sea integrador de las distintas disciplinas y profesiones con ese fin y que sea capaz de asegurar la integridad de la atención.

Un sistema de atención progresiva con participación plena y programada del equipo interdisciplinario de salud y el desarrollo armónico de todos los niveles de atención que asigne prioridad a las acciones en el primer nivel y a la estrategia de Atención Primaria de Salud, y optimice los recursos del segundo y tercer nivel mediante un sistema de referencias que da continuidad al proceso de atención.

En el caso particular de nuestro país, Uruguay, en los últimos tiempos se ha avanzado, en trabajo conjunto entre la Universidad y el Ministerio de Salud Pública, en la construcción de las bases de una red de servicios públicos con las características antes mencionadas, la que incluye plenamente al hospital universitario. El sistema acordado incorpora la formación profesional y técnica, la investigación y la evaluación de tecnologías en salud en toda la dimensión de la red y en el marco de una activa integración docente-asistencial. Indudablemente la concreción de definiciones como estas, facilita mucho las acciones universitarias.

Evaluación y acreditación universitaria.

La autoevaluación institucional y la acreditación de carreras, son instrumentos de gran valor en las estrategias transformadoras.

En nuestra Región, Argentina, Chile, Brasil, Paraguay y Uruguay están llevando adelante con mayor o menor grado de avance, procesos nacionales de autoevaluación y acreditación en medicina. Al mismo tiempo se desarrolla un sistema de acreditación regional de carreras de medicina en el MERCOSUR ampliado (incluye a Chile y Bolivia y abarca también en procesos paralelos a ingeniería y agronomía).

La acreditación se basa en estándares que, en su conjunto, constituyen una referencia para considerar la calidad, la racionalidad y la pertinencia de una carrera. En la teoría, la sujeción de una carrera a los estándares indica que las condiciones que la sustentan brindan las máximas garantías de una formación acorde con los

objetivos predefinidos. El conjunto de estándares configura un modelo teórico, tanto educativo como de atención a la salud, en consonancia con ideales extensamente consensuados.

En estos procesos se distinguen dos etapas fundamentales, la autoevaluación, que incluye la propuesta de políticas y estrategias de cambio o mejora, y la evaluación externa por pares. En ambas etapas se ponen en consideración desde aspectos relacionados al contexto institucional (políticos, filosóficos, organizativos de gestión, de infraestructura), hasta aspectos docentes (cuerpo docente, funciones universitarias integradas, gestión académica) y curriculares (metodología de enseñanza, contenidos curriculares, campos de práctica, cargas horarias, evaluación).

Los procesos de acreditación guardan el máximo respeto a la autonomía y a la libertad académica, expresando incluso que son condiciones deseables en toda Universidad. No obstante dan orientaciones generales que atienden claramente a las innovaciones propuestas. Por ejemplo, en lo metodológico inducen a un aprendizaje basado en problemas y estimulan la práctica clínica en el primer nivel de atención mediante la exigencia de determinadas cargas horarias.

Al mismo tiempo refuerzan todas las funciones universitarias, considerando la investigación y las actividades en el medio como indisolublemente ligadas a la enseñanza, a la capacidad docente, a la educación continua, al desarrollo pleno de la propia Universidad y de su *demos*.

La experiencia recogida hasta el momento confirma su valor en la mejora de la calidad de las propuestas educativas. Su desarrollo estimula, obliga, a la participación amplia y activa de las órdenes universitarias, y genera un cúmulo de información evaluada de sumo valor para definir programas de mejora de los currículos de formación y de la propia institución. Al mismo tiempo da transparencia a la oferta educativa y recrea la confianza en la institución y los títulos que expide.

A nivel regional tiende a uniformar programas y se constituye en una base sólida para reconocer la competencia y la confiabilidad de los profesionales más allá de fronteras.

Práctica multidisciplinaria programada.

Si definimos un modelo de práctica profesional en salud que supere la segmentación de la misma en base a principios éticos, actitudes y comportamiento que centren el interés en el beneficio del usuario y la sociedad, es imprescindible crear campos de formación que permitan asumir una nueva cultura de trabajo multiprofesional. El momento clave parece ser el de la práctica pre-profesional.

En la formación curricular práctica desarrollada tanto en la comunidad como a nivel institucional, revalorizada como un componente imprescindible de todo proceso educativo en salud, deben establecerse programas donde la participación multidisciplinaria sea un hecho naturalmente necesario. El equipo de salud debe aparecer como un valor que unifica las fuerzas de trabajo en pos de un mismo objetivo y no como la mera aposición de distintos instrumentos operativos con poder de decisión fragmentado.

Estos programas curriculares pueden ser específicamente ejecutados con fines docentes o, lo que es muy deseable porque sería sinónimo de existencia de una práctica de salud adecuada, pueden insertarse en programas de salud preexistentes. Tal vez el espacio de la comunidad y de las actividades de salud pública preste en principio las condiciones más apropiadas para esta experiencia.

Aspectos pedagógicos. Profesionalización docente.

El sentido innovador de la educación médica y de las otras profesiones de la salud, ha sido largamente debatido y elaborado aunque pobremente comprendido.

El modelo teórico definido centra el proceso educativo en el estudiante, integra el conocimiento en base a la resolución de problemas, tiene un fuerte componente práctico poniendo en igualdad de importancia la adquisición de actitudes, destrezas y conocimientos, y pone énfasis en la selección de conocimientos esenciales, en el conocimientos de los problemas más frecuentes en la región, y en la práctica en el primer nivel de atención.

Es muy importante la incorporación plena de la epidemiología general, la salud pública y la epidemiología clínica, así como de la metodología científica, la estadística, la economía y la investigación educativa como instrumentos para estimular el pensamiento crítico y una formación más directamente relacionada a las necesidades de salud en la sociedad.

Desarrollar la capacidad analítica incluye también la autoevaluación sistemática por parte del alumno de su propio proceso de formación y la posibilidad de desarrollar metas objetivas personales para el mejoramiento de su “*performance*”. El alumno se prepara así para asumir conscientemente su aprendizaje durante la práctica, desde el inicio de la carrera hasta el fin de su actividad profesional.

En este contexto educativo es de enorme relevancia el desarrollo de actitudes y comportamientos de absoluta tolerancia, respeto, sentido ético y compromiso social que incluye cordialidad, empatía y solidaridad con las personas y la comunidad.

Nuevamente destacamos la necesidad de un fuerte aprendizaje en la práctica en el marco de programas multidisciplinarios que ponga énfasis en las actividades de promoción, prevención y rehabilitación, y en las estrategias de atención primaria.

La implementación de este modelo educativo innovador, ineludiblemente pasa por el desarrollo de una masa crítica decente profesionalizada. Para esto es necesario estimular la docencia en sí, superando incluso algunas tendencias universitarias que ponen el énfasis de la calidad docente en otras funciones como la investigación, por ejemplo. Debe incorporarse la educación como disciplina, fomentarse la formación instrumental de los docentes (incluyendo niveles de maestría y doctorado), incentivarse la investigación sobre procesos educativos y su evaluación y realizar la selección y promoción de los docentes teniendo en cuenta los antecedentes en actividades de enseñanza.

Un capítulo aparte merece el tema de la incorporación tecnológica en educación. Hoy en día la diversidad de recursos electrónicos e informáticos abre una enorme gama de posibilidades, desde las comunicaciones, incluyendo el acceso a la información, pasando por los recursos sustitutivos (laboratorio de simulación, muñecos, etc.), hasta los mismos, para evaluar la utilidad real y posibilitar su uso racional al mismo tiempo que explotar al máximo sus posibilidades.

Educación profesional continua y permanente.

La educación continua no es más que el proceso natural de formación durante la práctica profesional consciente y comprometida. La rápida sucesión de avances en salud, los cambios demográficos y epidemiológicos, los cambios en las ofertas y demandas asistenciales, obligan al profesional consciente a enfrentar mediante la educación continua ese proceso tan dinámico y así mantener sus competencias.

No obstante, esa perspectiva que implica un gran componente de responsabilidad y actitud personal para su desarrollo es sólo un aspecto muy importante pero restringido de la educación continua.

Hoy crece día a día la importancia de los procesos de formación profesional impulsados desde los propios servicios de salud, como forma de mejorar a través de la "*performance*" profesional sus propias prestaciones. Esto es lo llamado por algunos formación en servicio y por otros educación permanente.

Los procedimientos utilizados para la educación continua y permanente son muy variados desde actividades eminentemente prácticas a actividades teóricas. Todos ocupan su lugar de relevancia en los procesos de formación y mejora de la calidad profesional y su ordenamiento en sistemas donde se fijen pautas para la definición de contenidos, metodología y modos de evaluación.

Las universidades tienen un papel muy importante a jugar en los sistemas de acreditación de la educación profesional continua y permanente, aunque su participación no es exclusiva. Aquí se suma el esfuerzo de sociedades científicas,

gremios o colegios profesionales, prestadores de salud y de las autoridades sanitarias.

El ideal es la construcción colectiva de un sistema consensuado, con participación consciente y voluntaria de los distintos actores, que además de asegurar la calidad de los procesos de formación, defina estrategias para fomentar la práctica generalista y multidisciplinaria con vista a las necesarias modificaciones del modelo de salud y de atención a la misma.

Un sistema de acreditación calificado, resulta además una alternativa posible, confiable a los necesarios procesos de recertificación profesional.

Reforma universitaria como contexto facilitador de los cambios.

Muchas universidades, como la nuestra, mantienen estructuras verticales compartimentadas, que no son muy propicias a la integración horizontal de sus funciones ni para la necesaria diversificación de las propuestas educativas que en su gran mayoría exigen una fuerte integración multidisciplinaria en todo el proceso.

Indudablemente que para los objetivos propuestos en salud es necesario revisar las estructuras organizativas y funcionales y modificarlas si es necesario.

En nuestra Universidad de la República la reunión de servicios por áreas de conocimientos y funciones compartidas en un espacio de discusión, planificación y coordinación permanente, Areas Salud en este tema específico, ha sido un paso muy valioso. Sin embargo, la consolidación de estos espacios en nuevas formas de gobierno que corren el riesgo de reproducir la rigidez estructural actual no aparece claramente como un paradigma. En particular nos inclinamos más por el momento, a una intensa planificación horizontal por programas.

Ninguno de todos los asuntos anteriores por sí solos logran los resultados esperados ni están expresados en orden de prioridad. Por otra parte otros objetivos, estrategias e instrumentos pueden o no deben ser utilizados. La necesidad o el énfasis puesto en cada uno de ellos depende del punto de partida de cada Universidad y de las metas trazadas.

Son ya muy numerosas las universidades en el mundo que han emprendido profundas modificaciones educativas, en solitario o asociadas entre ellas por países o regiones que van al encuentro de un nuevo modelo de salud y de los profesionales y técnicos aptos para su desarrollo.

Nuestro esfuerzo y compromiso debe estar centrado, sin ninguna duda en utilizar al máximo el potencial humano y científico, la capacidad creadora, la pertenencia social y la libertad expresiva de nuestras universidades, en la búsqueda permanente del desarrollo social, económico y cultural, y del bienestar de nuestros pueblos.

DESARROLLO INTEGRADO DE LA EDUCACION Y LOS SERVICIOS DE SALUD. EXPERIENCIAS E INNOVACIONES EN AMERICA LATINA.

João José Batista de Campos

El Programa UNI es una iniciativa apoyada por la Fundación Kellogg en América Latina con el principal objetivo de desarrollar estrategias para intensificar el necesario proceso de cambio en la formación de los profesionales de la salud.

Características de la propuesta UNI.

El ideario fue construido con base en un análisis crítico de las anteriores experiencias de integración docente-asistencial desarrolladas en Latinoamérica, del contexto y del proceso de construcción de la democracia en la región, de las principales propuestas de organización de los sistemas de salud y de las ideas vigentes en el movimiento de cambio de la educación de profesionales de salud.

La idea fue lanzada en 1991 a través de 800 cartas enviadas a las universidades latinoamericanas, invitando a que presentaran propuestas de trabajo dentro del marco de esas ideas generales del ideario. La condición *sine qua non* era que las propuestas de trabajo fueran construidas en conjunto con los servicios de salud y las organizaciones comunitarias de la misma región.

150 universidades han presentado propuestas de las cuales 22 han sido seleccionadas. Después de esa identificación, hubo un fuerte trabajo conjunto para la construcción de las propuestas, que involucró seminarios, visitas, consultorías, etcétera.

Entre 1993 y 1995 los proyectos empezaron a funcionar. La primera fase de financiación terminó entre 1997 y 1999 y la segunda está todavía vigente para una parte de los proyectos, pero tiene su final previsto para el período entre 1999 y 2001.

Al principio del programa, funcionaban 22 proyectos en 10 países de América Latina: México (4), Nicaragua (1), Colombia (3), Venezuela (2), Ecuador (1), Perú (1), Chile (2), Argentina (1), Uruguay (1) y Brasil (6). Actualmente siguen operando 17 proyectos.

La principal idea fuerza de la iniciativa UNI es la propuesta de asociación entre universidades, servicios de salud y organizaciones sanitarias. No es cualquier asociación: es la que en portugués llamamos *parceria* y en inglés se llama *partnership*: es una modalidad de cogestión del proceso de trabajo colaborativo donde los socios comparten poderes, saberes y recursos.

La importancia de esa propuesta de asociación se verifica en varios ámbitos:

- *paradigmático*: hay una crisis, un agotamiento del paradigma cartesiano que se manifiesta en varios terrenos. El nuevo saber que ha de ser construido con base en el diálogo entre la erudición y el *sensu* común. La universidad y el mundo del trabajo se tienen que abrir para el mundo de la vida. Por lo tanto, los cambios que se pretenden no pueden ser alcanzados por las instituciones aisladamente. El mundo real, con su complejidad, tiene que estar activamente presente en la construcción de las nuevas maneras de trabajar y producir conocimiento.
- *político*: la construcción de relevancia social en las universidades y en los servicios pasa necesariamente por su apertura a la participación de la población, no solamente como usuarios, pero como ciudadanos, especialmente en contextos donde predomina la desigualdad y es incipiente la democracia.
- *estratégico*: la asociación posibilita que se sumen las fuerzas favorables al cambio que hay en la academia, en los servicios y en la comunidad, aumentando la gobernabilidad de los procesos de cambio. Al mismo tiempo, la misma interacción produce un impulso hacia el cambio porque se evidencian las limitaciones del modelo tradicional para dar cuenta de los problemas de la realidad ahora percibidos sin tantos filtros.
- *técnico*: trae desafíos que exigen aumentar capacidades en el terreno de la comunicación, negociación, planificación y en tantas otras áreas, de acuerdo a la naturaleza compleja de los problemas reales que los equipos se proponen enfrentar.
- el objetivo principal del programa, además de ayudar a que los procesos de cambio pudieran instalarse en las instituciones participantes era identificar y desarrollar estrategias que pudieran ser ampliamente útiles para el cambio en salud en el continente. Por eso también existió una mirada volcada para comprender a los procesos y su dinámica, buscando identificar las particularidades de los contextos y las lecciones que se podría generalizar.

Lecciones aprendidas.

- 1.- Trabajar con proyectos apoyados externamente cumplió un papel importante porque la exigencia externa de que la asociación entre universidades, servicios y comunidades fuera democrática ayudó a que en todos los proyectos se hiciera un genuino esfuerzo para construirla, aún en los contextos poco favorables. También fue importante porque el proyecto implicaba la constitución de una base material para que se construyera la cooperación, ya que había recursos para compartir y mayores posibilidades

de concretar lo que se proponía (es decir, la existencia del proyecto agregaba poder a la propuesta de cambio). También ha sido importante trabajar con proyectos apoyados externamente porque eso tornó posible que se movilizaran recursos de apoyo no usuales, como son las asesorías externas y el intercambio de experiencias entre los proyectos.

- 2.- Además de los fondos para operar los proyectos, la iniciativa UNI implicaba la existencia de un programa de apoyo técnico. Mientras se intentó trabajar solamente con ideas y propuestas generales dirigidas a todos los proyectos indistintamente, los resultados han sido más pobres. La heterogeneidad de los contextos y de los proyectos hizo que el programa de acompañamiento buscara ser “*taylor made*”, considerando las diferencias de procesos de historias, acumulaciones y potencialidades.
- 3.- Como ya se ha mencionado, el objetivo principal del proceso de evaluación del programa fue el de comprender los procesos de cambio, como se construyen, e identificar estrategias más efectivas. Es muy difícil e injusto producir juicios de valor comparativos entre procesos y resultados parciales en función de la heterogeneidad profunda de contextos, potencialidades y acumulaciones. Sin embargo, es posible comparar estrategias y procesos de cambio. En muchos proyectos, se ha desarrollado un importante saber en el terreno de evaluación de procesos complejos. Y en este momento se está trabajando en estudios especiales para evaluar el impacto de UNI en cada uno de los tres socios,
- 4.- El ideario original cumplió un papel importante para orientar el trabajo, pero los proyectos han buscado otras referencias conceptuales y herramientas operacionales para dar respuesta a los retos que surgían. Tener libertad para eso fue fundamental. A su vez, a lo largo del tiempo, el programa de apoyo cumplió el papel de dar a conocer a todos las ideas y soluciones más interesantes.
- 5.- Los proyectos han tenido mayor fuerza de cambio en el terreno de la academia y de la comunidad. Creemos hay por lo menos dos explicaciones para eso:
 - a diferencia de lo que ha pasado en la academia y la comunidad, las ideas básicas contenidas en el ideario dejaron de ser suficientes para dar cuenta del nuevo contexto en salud; ya que hubo un cambio radical de la orientación de los procesos de reforma sectorial. Los proyectos, muchos de ellos, se han convertido en defensores de la universidad, de la atención integral, de la equidad en contextos bien desfavorables a esos principios. Entonces faltó enriquecer su arsenal conceptual y estratégico.

- en los servicios, a pesar de la participación en UNI ser una decisión de las secretarías de salud, la mayor parte de los proyectos han trabajado en un área de las ciudades. Así las experiencias innovadoras en términos de gestión y de organización de la atención tienen su desarrollo restringido a un área específica. A pesar de que existe un reconocimiento de las bondades de mucha de las experiencias, es más difícil expandirlas pues hay muchos otros factores que interfieren en la definición de las políticas. Así que había (y sigue habiendo) menor gobernabilidad en ese terreno.
- 6.- Si se pretende una Universidad más democrática y con compromisos sociales, si se pretende formar profesionales críticos y con capacidad de aprendizaje independiente, si se quiere servicios de salud abiertos, trabajando sobre los problemas relevantes de la población, si se quiere contribuir al fortalecimiento de la participación ciudadana, entonces se trata de construir procesos de cambio profundos. Entonces hay que saber que esos procesos son largos, lentos y necesitan ser participativos. Tienen que ser participativos porque involucran cambios profundos en las relaciones, en los papeles de cada uno de los procesos y esos son cambios que sólo se pueden producir a través de la participación efectiva de la gente. Son procesos que solamente se desarrollan si llevan a la construcción de sujetos o sea, si población, profesores, profesionales, estudiantes, toman en sus manos la construcción de alternativas a la orden tradicional de ser (por lo menos en los ámbitos involucrados en la producción de la salud y de la formación profesional). Los proyectos que no han logrado propiciar la producción de esa masa crítica de actores no han llegado a producir cambios importantes.
- 7.- Considerando la complejidad de la tarea, es fundamental que los procesos de cambio sean conducidos organizadamente. Ha de existir un equipo conductor, hay que desarrollar estrategias de acciones planificadas para ganar fuerza, etc. Evaluación, planificación estratégica situacional, entre otras, han sido herramientas importantes. Otro elemento clave es a partir de donde se desarrollan los procesos de cambio. Es muy importante que se pueda trabajar dentro de los espacios institucionales reconocidos y contando con la más amplia participación posible: proyectos piloto ayudan poco, no son una buena estrategia. Es mejor un proceso más lento, no tan perfecto, pero que sea construido ampliamente con base a las experiencias concretas desarrolladas al interior de las instituciones, que lindas perlas desarrolladas en paralelo.
- 8.- Es fundamental que se conquisten espacios de poder para garantizar la permanencia y la profundidad de los procesos (eso es conquistar cargos, pero también posibilitar la constitución de una masa de sujetos activos implementando la propuesta).

- 9.- Las propuestas de cambio ganan fuerza en la medida que confieren a los participantes mayor capacidad para dar respuestas adecuadas, pertinentes y más potentes a los problemas de la realidad.
- 10.- Las propuestas de cambio ganan fuerza y gobernabilidad cuando buscan asociarse ampliamente en los contextos regionales y nacionales, buscando activamente construir escenarios más favorables.

Resultados.

1- Sustentabilidad:

- ahora ya sin el apoyo financiero de la Fundación, se han logrado mecanismos para asegurar la continuidad de los procesos.
- como se construyeron relaciones de cooperación entre los sujetos ubicados en distintas instituciones, existe la posibilidad de sostener buena parte de los procesos a pesar de los cambios políticos.
- la relevancia de los procesos generados y la constitución de sujetos favorecen movimientos activos por la continuidad de los cambios.

2.- Profundidad y consistencia de los cambios

- los cambios se están construyendo sobre la base de un proceso de problematización profunda de las prácticas y de la manera como cada cual inserte y se relacione con el mundo.
- se están cambiando no solamente aspectos formales o aparentes de las instituciones: se están transformando las relaciones de poder, la lógica de la organización y de la construcción de los procesos.
- los sujetos participantes han construido un saber sobre la implementación de procesos de cambio y de adopción de nuevas prácticas y la están aplicando en distintos contextos.

3.- Los cambios en los tres socios.

- en las relaciones entre ellos
- en la comprensión de la realidad
- en la concepción de salud y de cómo ella se construye
- en la academia: diversificación de escenarios, trabajo sobre los problemas de la realidad, incorporación de nuevos sujetos en el proceso de enseñanza, prácticas multiprofesionales, metodologías activas, investigación sobre temas relevantes;
- en los servicios: aumento de la cobertura y en la calidad, trabajo sobre problemas prioritarios, planificación local participativa, crecimiento de las actividades de promoción y prevención,

capacitación profesional, participación activa en el proceso de formación profesional.

- en la comunidad: fortalecimiento de las organizaciones comunitarias, mayor capacidad, y autonomía en su trabajo, mayor capacidad de negociación, concepto más amplio de salud, fortalecimiento de la participación organizada en salud.

Balance de los cambios académicos más profundos.

- 1 *Procesos radicales.*
 - medicina y enfermería en Londrina, Marilia, Colima y próximamente Barranquilla, psicología en Colima.
- 2 *Procesos intermedios.*
 - rehabilitación en Mérida, fisioterapia y odontología en Temuco, odontología en Ríonegro, todas las carreras de salud en Cali.
- 3 *Procesos radicales en preparación.*
 - medicina, nutrición y enfermería en Bahía, medicina y enfermería en Mérida y Barquisimeto, medicina en Nicaragua.

¿A que llamamos cambios profundos?

- *procesos de cambio* donde se adoptan currículos integrados, organizados a través de módulos interdisciplinarios, utilizándose predominantemente metodologías activas de enseñanza aprendizaje;
- prácticas multiprofesionales de los estudiantes en los escenarios de servicios y comunidad a lo largo de toda la carrera;
- currículos en proceso de construcción permanente, orientado por la evaluación sistemática del programa;
- evaluación formativa del estudiante, mirando a todos los aspectos: conocimiento, habilidades y actitudes;
- cambios en las relaciones: la definición de los contenidos a abordar es un proceso colectivo y coordinado, que no está bajo el control de asignaturas a departamentos aislados;
- docentes como facilitadores del proceso de aprendizaje, del cual el estudiante es el sujeto;
- cambios en la estructura organizativa de la universidad para dar cabida a los procesos de transformación;
- apertura de espacios para el desarrollo de investigaciones sobre temas relevantes identificados por la comunidad y los servicios;
- profesionales de los servicios y comunidad participan activamente del proceso de formación.

Cuadro No. 1

Semana típica del 1er al 4to. año.

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Mañana	Grupo con Tutor (Tutoría)	Conferencia	*	Grupo con Tutor (Tutoría)	Habilidades Clínicas
Tarde	*	*	Interacción Comunitaria	*	*

- Tiempo por alumno.

Cuadro No. 2.

Ejemplo de contenido curricular en el primer año de Londrina.

Módulo de enseñanza de la 1ª Serie.						
Introducción al estudio de la medicina.	Concepción y formación del ser humano	Metabolismo	Funciones Biológicas	Materias optativas	Mecanismos de agresión y defensa	Alcance de las acciones de Salud
Modulo de habilidades y Actitudes – HAB I						
Interacción Enseñanza, Servicios y Comunidad – PIN I						

Interacción Enseñanza, Servicios y Comunidad.

Directrices.

- superar la dicotomía teoría-práctica, creando las condiciones para la acción reflexión-acción;
- aproximar los espacios de aprender y trabajar, preparando al estudiante para enfrentar los problemas reales y los cambios del mundo del trabajo;
- contribuir a las transformaciones de las prácticas de salud para asegurar la calidad, la integralidad del cuidado y la equidad;
- preparar al estudiante para el trabajo en equipo multiprofesional;
- desarrollar competencias y habilidades para integrar las dimensiones de lo individual y de lo colectivo en el cuidado a la salud;
- integrar los contenidos referentes al conocimiento, a las actitudes, a los valores y a las habilidades en el ejercicio de las prácticas de salud.

Desafíos.

- garantizar la articulación de los aspectos bio, psico y sociales en el abordaje de los problemas;
- repensar y reorganizar el espacio de la atención clínica, rompiendo con la fragmentación de las especialidades;
- recuperar el status de sujeto del enfermo y desarrollar su autonomía;
- desarrollar el trabajo multiprofesional dentro de la esfera de la clínica;
- repensar el proceso de formación profesional como un todo, articulando coherentemente pregrado, las varias modalidades de postgrado y la educación permanente;
- son cambios todavía en construcción, entonces las luchas entre lo nuevo y lo viejo están en plena vigencia;
- así como en la construcción de las nuevas prácticas de salud, esas nuevas maneras de producir conocimientos y formación en salud demandan el enfrentamiento de problemas todavía sin respuesta.

No sabemos el final de la historia, pero sin duda podemos afirmar que los proyectos que han logrado construir procesos colectivos de cambio y propiciar la constitución de una masa crítica de sujetos, han dado algunos pasos seguros hacia la utopía que buscamos en la salud.

PROYECTO EDUCATIVO DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES DE ZARAGOZA. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

Alfredo Gómez Castellanos.

Las instituciones agrupadas en ANUIES consideran que la calidad de la educación está condicionada por referentes contextuales: políticos, económicos y socioculturales y que es el resultado de un proceso histórico en el que se han conjugado factores tanto endógenos como exógenos a las instituciones, que han afectado el desarrollo de las funciones académicas.

La Facultad de estudios superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México, establece como misión: la formación de recursos humanos de calidad preparados multidisciplinariamente para contribuir al estudio y solución al problema prioritario de los sectores más desprotegidos de la sociedad y que actúen como agentes de cambio con un alto sentido de compromiso y solidaridad social y que sustentados en el humanismo, la ciencia y la tecnología, asuman el mejor papel como profesionales y universitarios que la sociedad contemporánea requiere.

El modelo educativo con el cual fueron concebidos los diferentes planes de estudio es el sistema modular, que se conceptualiza como la organización del proceso, enseñanza aprendizaje, que tiene como elementos básicos el desempeño de funciones profesionales graduadas en complejidad creciente, cuyo eje es el objeto de estudio que está en estrecha vinculación con los problemas de la realidad histórico social a través de la integración. investigación-docencia-servicios y de la relación teórico práctica, al mismo tiempo el modulo se conceptualiza como una estructura organizativa multidisciplinaria de actividades de enseñanza aprendizaje, que permitan alcanzar objetivos educacionales y que es autosuficiente para el cumplimiento de una o varias funciones profesionales en un lapso.

El diseño del plan de estudio modular comprende varias dimensiones que constituyen los módulos. Hay ejes verticales que constituyen las directrices metodológicas que orientan el desarrollo de los componentes temáticos que de una manera integrada se van desarrollando a medida que el plan de estudios avanza en su complejidad creciente. Dada la complejidad gradual de cada modulo, y la relación entre ellos, se sustenta en el dominio de un área que sirve de base para la subsecuente. Cada una de las disciplinas incluidas en cada modulo aportan contenidos de tipo teórico, metodológico, instrumental y práctico, que permiten abordar el objeto de estudio de que se trate, ocupando un espacio determinado en el mapa curricular.

Uno de los elementos más importantes a partir del cual se han alcanzado los objetivos institucionales lo constituyen las 8 clínicas multidisciplinarias con que cuenta la dependencia y que dan servicio a la comunidad. Cabe destacar que de las 7 carreras que se programan en la facultad, 5 de ellas realizan actividades, en las 8 clínicas multidisciplinarias a través de la investigación y del binomio docente-servicio.

A pesar de los esfuerzos que se han llevado a cabo, es importante mencionar que los servicios podrían mejorarse, lo cual lleva a proponer la creación de un sistema local de salud universitario que se articularía con el trabajo ya desarrollado, persiguiendo como objetivo fundamental, la generación de una cultura desde la salud en nuestra comunidad.

En este contexto es indudable que el fin social de la Universidad pública es el de construir y articular nuevas alternativas que le permitan responder tanto a los requerimientos del orden nacional existente, como a la especificación y diferencias de la realidad regional y local.

Para el logro de este proyecto en su planteamiento teórico-metodológico, se propone 4 planos estratégicos de acción.

Plano de recuperación institucional: a partir de la recuperación, participación, socialización y realización de las diversas prácticas y referentes de las corrientes institucionales se restituirá el poder crítico a sus participantes, con miras a la construcción colectiva del objeto de estudio y de la práctica profesional integral.

Plano teórico epistemológico: recuperar los significados que circulen en el área de las ciencias de la salud, acerca de los modelos epistemológicos, sobre enfermedad, salud, proceso salud enfermedad y otros tantos factores, para movilizar y renovar los discursos teórico-prácticos prevalecientes.

Plano metodológico operativo: construir las estrategias para elaborar los elementos puentes de la metódica interdisciplinaria acerca del objeto u objetos de estudio, con sus mediaciones y articulación operativa permitirá establecer la relación con el sistema local de salud universitario.

Plano de formatividad: establecer un marco de condiciones y posibilidades para que los actores del proceso educativo y las organizaciones comunitarias, en el terreno de una lectura crítica, problematicen, transformen y se apropien de su formación.

La responsabilidad en la formación de servicios del sistema local de salud universitario comprendería la comunidad en su zona de influencia los grupos sociales prevalecientes, la familia y el individuo, que en su conjunto interactúan para conformar los principios de una cultura de salud.

PANEL No. 5

EL COMPROMISO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD FRENTE AL NUEVO MILENIO.

Coordinador:

Dr. Juan José Sánchez Sosa. Secretario General de la UDUAL.

Ponentes:

Dr. Oscar Feo. Universidad de Carabobo. Venezuela.

Dr. Aloisio Teixeira. Universidad Federal de Río de Janeiro. Brasil.

Dr. Diomedes Robles Cid. Decano, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Santo Domingo. República Dominicana.

Dr. César Hermida Bustos. Director Ejecutivo. Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina del Ecuador. Ecuador.

Dr. Rodrigo Barceló Martínez. Director, Proyecto UNI. Universidad del Norte. Barranquilla. Colombia.



EL COMPROMISO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD FRENTE AL NUEVO MILENIO.

Oscar Feo.

Saludos y agradecimiento. A UDUAL, a OPS, a Cuba, excelente anfitrión de este Encuentro. Y particularmente a *Patricio Yépez*, Representante de la OPS en Cuba, amigo, y fiel expresión del pensamiento y la acción de la integración latinoamericana.

Permítanme antes de iniciar mi presentación, señalar que este Encuentro además de la reflexión sobre los retos y desafíos de la Universidad para el próximo milenio, nos permite renovar el afecto y la admiración por la gran cantidad de compañeros latinoamericanos, que hoy se encuentran en este evento, y que han nutrido y desarrollado el movimiento de la medicina social y la salud colectiva. En particular reconozco el aporte de *Miguel Márquez* y *María Isabel Rodríguez*, y en ellos a todos ustedes y a muchos otros latinoamericanos que combaten todos los días por una nueva sociedad.

Inicio con un breve comentario sobre lo que considero es el más importante problema que comparten el sector salud y la Universidad Latinoamericana, y que marca uno de los más importantes compromisos de cara al nuevo milenio.

Las tendencias privatizadoras, derivadas de este mundo globalizado, en el cual predominan las ideas del mercado y el individualismo, han convertido a los derechos sociales en objetos de mercado, en bienes de consumo, que deben ser colocados en el mercado, y por ende privatizados.

En muchos países de América Latina los procesos de Reforma de la Seguridad Social y la Salud, lo que buscan es su privatización, para satisfacer las apetencias del gran capital financiero que quiere apropiarse y manejar los fondos de la seguridad social y la salud, creando unas figuras netamente latinoamericanas, las Administradoras Privadas de Salud y de Fondos de Pensiones.

Hay toda una conceptualización neoliberal, a veces sutil y camuflada, a veces abierta y hasta grosera, que plantea que la salud es un valor individual, que debe ser resuelto entre el individuo y la iniciativa privada en el mundo del mercado, que el estado sólo interviene en forma supletoria para apoyar a aquellos que fracasaron en proveérselas por ellos mismos.

No compartimos esas ideas y planteamientos. Las confrontamos. Planteamos que la salud y la educación son derechos humanos fundamentales y por lo tanto deben ser garantizados por el estado a todas las personas, sin distinción ni discriminaciones de ningún tipo.

Hoy, en Venezuela, esa es una de las más grandes discusiones en el ámbito nacional, Afortunadamente en nuestra Constitución, recientemente elaborada en proceso constituyente ampliamente participativo y aprobado en consulta popular, se consagra a la salud y la educación como derechos sociales fundamentales. Uno de los principios que transversaliza la nueva constitución es el de la reafirmación del carácter progresivo e independiente de los derechos humanos y servicios sociales. Y se reafirma el concepto de Universidad Autónoma y Democrática, vinculada al país y produciendo conocimientos y profesionales para el desarrollo nacional. Por cierto un artículo de la Constitución establece la necesidad de coordinar, Estado (Ministerio de Salud) y Universidad para el desarrollo de una política nacional de formación de profesionales y técnicos y una política nacional de ciencia y tecnología. Dando rango constitucional a esa relación.

En esa perspectiva, un reto fundamental para la Universidad es convertirse en espacio para la confrontación de esas ideas, y para la generación de propuestas alternativas. Para reafirmar e impedir que la salud y la educación como derechos humanos y servicios sociales sean privatizados. Ese es uno de los retos más grandes de la Universidad para los próximos años.

Otro reto, más singular, pero de gran importancia, se deriva de los retos que plantea la revolución científico técnica y la producción de conocimientos.

Hoy, vivimos en la era de las telecomunicaciones, la informática, Internet, los grandes capitales invierten en esas áreas, quien imaginaba hace 20 años que Microsoft podría desplazar a los grandes poderes económicos de la era industrial. Vienen nuevas transformaciones, en unos pocos años, viviremos la era de la biotecnología. Los grandes consorcios transnacionales de la industria químico farmacéutica y del complejo médico industrial pugnan, están lanzados en una feroz carrera de fusiones, para apropiarse, patentar y comercializar los conocimientos derivados del desciframiento del genoma humano y de los novísimos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se desarrollan a partir de ese descubrimiento. En pocos años la medicina se transformará radicalmente. No podemos ser espectadores pasivos de ese proceso. Existen graves planteamientos éticos alrededor de esos desarrollos. Ya algunos países han salido al paso a la posibilidad de patentar y lucrar con esos conocimientos.

La Universidad, como componente fundamental del sistema científico de producción de conocimientos y tecnologías, debe asumir sus responsabilidades y participar activamente. El genoma humano es patrimonio de la humanidad y no debe ser comercializado.

Y estos desarrollos, se producen en momentos en los cuales los niveles de pobreza crecen y aumentan las brechas entre los grandes países ricos que controlan el poder económico y el conocimiento, y el resto del mundo. En mi país, de grandes riquezas naturales, y con más del 70% de la población viviendo en niveles inaceptables de pobreza, el 1% más rico de la sociedad recibe el 20% de la riqueza social. Uno de los retos de nuestro proceso de transformación democrático, es promover políticas económicas que permitan un incremento de la producción de riqueza, con políticas sociales, de carácter estructural, que permitan su distribución mas justa y equitativa.

En esa perspectiva, el más viejo reto de la Universidad es generar políticas y formar profesionales que constituyan una masa crítica, para la transformación y el cambio social. Las universidades son claves para impulsar el desarrollo nacional. Sin la Universidad no será posible el cambio.

Pero para ello, es indispensable repensar y transformar la Universidad. Ese es otro de sus grandes retos. Producir a lo interno las transformaciones necesarias que le permitan colocarse de cara al país y asumir sus otros retos y responsabilidades. Una Universidad aislada, dependiente, consumida en problemas internos, de espaldas al país, que se convierte en fuente de privilegios y prebendas para sus dirigentes, no puede ser espacio para la transformación. Sólo una Universidad renovada, con objetivos claros, eficiente, puede asumir sus compromisos sociales con la población y con su salud.

En esa perspectiva la única vía es la acción, la alianza estratégica entre la Universidad, el sector salud y las comunidades organizadas, y la integración de las universidades de América Latina. Sólo así podremos sobrevivir con dignidad en esta época de globalización, potenciando a la Universidad como espacio de reflexión, de acción, y vanguardia en el combate diario por una nueva sociedad.

EL COMPROMISO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD FRENTE AL NUEVO MILENIO.

Aloisio Teixeira.

"La Universidad que necesita América Latina, antes de existir como un hecho en el mundo de las cosas, debe existir como un proyecto, una utopía, en el mundo de las ideas"

Darcy Ribeiro.

"Ella está en el horizonte. Me aproximo dos pasos, ella se aleja dos pasos. Camino diez pasos y el horizonte corre diez pasos. Por más que camine jamás la alcanzaré. Para que sirve la utopía? Sirve para eso: para hacer caminar"

Eduardo Galeano.

"Una caminata de mil leguas empieza siempre con el primer paso".

Lao Tsé.

El tema propuesto para el Panel No. 5. –el compromiso social de la Universidad frente al nuevo milenio- posee gran importancia en la actualidad y para que podamos desarrollar cualquier consideración sobre ello, debemos hacerlo acompañar de otro: ¿ que sociedad deseamos para nuestros países en el milenio que se aproxima?.

La relación entre estas dos cuestiones no está desprovista de sentido, ya que la Universidad es, por definición, una institución destinada a producir, almacenar y difundir el conocimiento, no sólo en el plano científico, sino también en los planos artístico y cultural. Su peculiaridad por lo tanto, se manifiesta en la tensión, que la anima y la hace avanzar, entre lo **universal**, característico de la actividad científica, y lo **nacional**, pues a ella cabe reproducir y consolidar los elementos indispensables para la formación de la identidad nacional. En el marco de esa tensión entre lo universal y lo nacional, ella realiza la interacción entre el pasado, el presente y el futuro de una sociedad.

Esa cuestión adquiere aún mayor importancia, cuando es vista bajo otro ángulo, el de las transformaciones que viene pasando la sociedad humana, en el plano mundial. Tales procesos vienen generando más incertezas que certezas, y los temores que asaltan a inúmeros de analistas pueden ser sintetizados en la observación del economista italiano, *Giovanni Dosi*, en reciente entrevista " Si la situación continúa como está, podremos llegar, en el futuro, a una sociedad como la que es retratada en el filme...*Blade Runner*, en la cual una minoría *high-tech* tiene ciudadanía tecnológica, económica y política, y el resto de la población está excluida del mecanismo de formación de riqueza y del procesos político" (Dosi, 1997).

Parece, por lo tanto, confirmarse la idea que presenté hace casi dos décadas de que "el desarrollo tecnológico del futuro tendrá cada vez más carácter desigual y combinado. Lo que puede variar es el formato de las relaciones sociales en que eso se dará. Una

perspectiva pesimista puede prever, como hipótesis límite, la ocurrencia “de la barbarie tecnológica”, en que aparecerán juntas las mejores fantasías de la literatura de ficción científica y la permanencia de dramáticas condiciones sociales” (Teixeira, 1983).

Infelizmente, los datos disponibles para estas dos décadas de globalización, cambio tecnológico y políticas neoliberales vinieron a confirmar cabalmente ese diagnóstico. El discurso neoliberal, que preconiza un orden económico identificado con un mundo sin fronteras, donde la libre competencia promovería el bien común y la igualdad de oportunidades, distribuyendo equitativamente renta y riqueza, tropieza en los límites de su propia realidad. La libertad de movimientos se refiere solamente al capital y a las mercancías, y el cambio del paradigma tecnológico ha sido profundamente excluyente, produciendo tendencias a la centralización de los capitales y a la concentración de la producción, de la riqueza y de los ingresos jamás vistas.

Peor aún: la principal característica del cuadro internacional existente es una brutal asimetría, en cualquier plano relevante para el ejercicio del poder en el sistema de relaciones internacionales, oponiendo los Estados Unidos a todos los demás países. La aparente convergencia, observada en términos de productividad, de desarrollo tecnológico y de patrón de vida, entre los países centrales, apenas enmascara la diferencia abismal de poder financiero y militar, que torna incontrolable la posición de los Estados Unidos de Norte América.

Ciertamente la historia del capitalismo jamás ha vivido un cuadro como ese. Sea en el período anterior a 1815, cuando terminaron las guerras napoleónicas, sea en el “largo” Siglo XIX, cuando la paz británica no impidió el surgimiento de potencias industriales y militares tan grandes o mayores que la Inglaterra, sea en el entreguerras, período de crisis hegemónica y conflictos inter-imperialistas, sea después de la Segunda Guerra Mundial, cuando la hegemonía norteamericana sobre el mundo capitalista se ejerció en confronta permanente con la Unión Soviética y los otros países socialistas. En todos estos períodos, la existencia (o no) de un poder hegemónico no eliminaba la existencia de un relativo (y supuesto) equilibrio de fuerzas, que permitía a las potencias emergentes desafiar la potencia dominante.

La singularidad de la situación actual reside así en un radical desequilibrio de las relaciones de poder, cuyo fundamento es el control casi absoluto que los Estados Unidos ejercen sobre los tres pilares básicos de la dominación capitalista: la innovación tecnológica, la moneda y la fuerza militar (Cardoso de Melo, 1997). Y tanto esa concentración de poder en manos de los Estados Unidos como el desequilibrio que caracteriza las relaciones internacionales no ocurrieron por sí acaso. Ellos resultan de una estrategia adoptada por la potencia dominante, desde 1979. En aquellos años los Estados Unidos tomaron dos decisiones estratégicas que irían a influenciar el rumbo de los acontecimientos en las décadas siguientes:

- en el plano de la política económica, la brutal elevación de la tasa de interés y la consecuente revalorización del dólar, con el objetivo de someter sus aparceros en el mundo capitalista;
- en el plano estratégico-militar, con la adopción de programas armamentistas de alto contenido tecnológico, visando doblar a la Unión Soviética y agotar su capacidad financiera.

Las consecuencias de ese viraje son por demás conocidas: la recesión norteamericana y mundial, la quiebra del mercado de eurodólares, la crisis de la deuda externa que alcanzó no solamente la periferia capitalista sino también el propio mundo socialista; el fin de la Unión Soviética y del bloque socialista, las inmensas, casi insalvables dificultades que vienen enfrentando, en la última década, los aparceros y competidores de los Estados Unidos en el mundo capitalista, hasta hace poco tiempo considerados capaces de construir un sistema industrial y tecnológico más eficiente y moderno que el de la Unión Americana, para reconstruir mecanismos y trayectorias estables de crecimiento económico. Y, por otro lado, la trayectoria de los Estados Unidos, cuyo largo ciclo de crecimiento ya se dilata por dos décadas, sin inflación, sin desempleo, y, ahora, sin déficit público, lo que le permite recuperar competitividad en los sectores de punta del desarrollo tecnológico.

La explicación para un cambio tan profundo que contraria a la tendencia que se afirmara en el escenario mundial desde los años sesenta, cuando se dibujó claramente la crisis de la hegemonía norteamericana, discurre del éxito de aquellas estrategias, en particular de la restauración de la hegemonía del dólar como moneda internacional, operada desde el viraje de 1979. La diferencia es que ahora no se trata más de un dólar vinculado al oro, más de un dólar flexible y puramente fiduciario. En verdad, es en la ruptura entre el dinero, en cuanto a manifestación abstracta de la riqueza, y una mercancía singular, el oro, que le daba forma y expresión, que reside la posibilidad para los Estados Unidos de imponer su dominación *urbe et orbi*, financiando su gasto público y sus déficit de balanza de pago con una moneda que no es más que un trozo de papel pintado. Dicho en otras palabras, el desequilibrio que caracteriza las relaciones internacionales actualmente tiene su origen en una mutación ocurrida en la forma elemental de la riqueza capitalista: la mercancía universal o equivalente general de la mercancía.

No intentaré aquí realizar una discusión teórica sobre la naturaleza del dinero, sino simplemente observar que la forma concreta que el dinero asume en las relaciones económicas internacionales ha cambiado de forma radical y absoluta. La idea de *Marx*, de que “solamente en el mercado mundial el dinero adquiere plenamente el carácter de mercancía cuyo cuerpo es simultáneamente la encarnación social inmediata del trabajo humano”, ya no puede ser entendida en su sentido original (*Marx*, 1867).

Al promover ese cambio tan radical en el mundo de operación de la economía internacional, los Estados Unidos la han tornado de hecho en un tipo de zona de influencia del dólar. Esa es la novedad que caracteriza el nuevo cuadro mundial y que ha permitido a los Estados Unidos asumir el comando de las principales palancas del poder capitalista. Al imponer al mundo la soberanía del dólar (un dólar desvinculado del oro), la economía

norteamericana pasó a una situación en la cual no sufre más de restricciones en la balanza de pagos. Puede así importar libremente y, de esa forma, reestructurar su parque industrial, practicando déficits comerciales gigantescos, el problema no es suyo sino del resto del mundo. Puede adoptar las estrategias que quiera, con vistas a la sustentación de un crecimiento interno, desconociendo –sí así lo desea- los problemas que crea para sus aparceros; estos que se ajusten como puedan. Y, frente a cualquier amenaza económica externa, puede reactivar la fórmula mágica salvadora, volviendo a elevar la tasa de interés y haciendo fluir para los activos denominados en dólar la riqueza líquida espaciada en el mundo.

La nueva forma de denominación con la cual los Estados Unidos someten a todos los demás países se manifiesta así, en primer lugar, en su capacidad de tomar decisiones, llevados únicamente por razones internas, desconociendo solemnemente los efectos sustanciales que esas decisiones causan a todos los pueblos y países; es como si no precisasen tener en cuenta los intereses y aspiraciones de los demás, que pasan a ser considerados simplemente como no existentes.

La comparación que ocurre para esa forma de dominación es con Roma: estamos volviendo al Imperio. Ese es el único concepto que permite explicitar la naturaleza de las relaciones que oponen los Estados Unidos al resto del mundo.

El impacto de ese cambio para la economía mundial, en particular para la periferia, y más particularmente aún para la periferia latinoamericana, histórica y umbilicalmente ligada a la gran potencia imperial, ha sido dramática. Y lo que es peor: frente a ese cuadro, la actitud que la mayoría de los gobiernos de la región viene asumiendo agrava las condiciones estructurales de financiamiento de nuestras sociedades. Al aceptar la globalización como un hecho natural e irreversible, los gobiernos pasaron a ejecutar las políticas de ajuste preconizadas por el “Consenso de Washington”, con apertura descontrolada de los mercados, desregulación de la economía y reducción del peso y de las funciones del Estado. Esa confusión, deliberadamente promovida, oculta la diferencia entre los procesos de internacionalización de la producción, que son bien antiguos en la historia del capitalismo, y la globalización financiera, esa sí es un fenómeno reciente, que ha surgido exactamente de la nueva estrategia adoptada por los Estados Unidos, en 1979, y cuyos trazos principalmente acabamos de resumir. Su esencia es dada no por la introducción en larga escala de las nuevas tecnologías de comunicación de los mercados y operaciones financieras, sino por la desregulación cambiaria y financiera impuesta por los Estados Unidos a los demás países como condición para reducir las tasas de interés y permitir que la economía mundial volviese a funcionar en niveles mínimamente satisfactorios.

Frente a la escalada norteamericana, los demás países del centro capitalista, aunque rindiéndose a la imposición de la potencia imperial, vienen adoptando estrategias defensivas, con mayor o menor cautela, conforme el caso. En ese cuadro, la propia ausencia de estrategias, tal como ocurre en muchos países de la periferia, es, ella también, una estrategia, cuyo significado implica una sumisión pasiva y completa a la estrategia de la potencia imperial. Y, para garantizar la implementación de esa estrategia hoy se vive,

aunque en el marco del respeto a la democracia formal, una situación de riguroso totalitarismo en el plano de las ideas, en lo cual se busca silenciar o descalificar todas las voces discordantes.

Es inútil, por lo tanto, cuando examinamos las políticas en curso en la periferia, imaginar que ellas resultan tan sólo de incompetencias, de ausencia de voluntad política o de corrupción, aunque una u otra de esas cosas pueden ocurrir. Lo que está en marcha son políticas de ejecución de un proyecto de completo alineamiento de la mayoría de los países de la región con los intereses de la potencia imperial. Para alcanzar la nueva inserción internacional, eran necesarias la reforma del Estado, la estabilización de la moneda, la apertura de los mercados y manutención de la tasa de interés en niveles elevados. Es eso que atrae el capital. Es eso lo que fue hecho.

¿Y adonde se dirige el capital? En dirección al patrimonio público, a través de las privatizaciones, y al sector privado nacional, a través de la desnacionalización. El más profundo proceso de transferencia patrimonial fue realizado en los últimos años, con la venta de empresas nacionales, públicas y privadas, a las empresas internacionales, sean ellas públicas o privadas. El capital que ingresa, a su vez, encuentra un aliado natural en la nueva aristocracia financiera, formada por los bancos, compañías de inversiones y fondos financieros de generación reciente. Juntos componen ellos la fracción hegemónica de la clase dominante en esa nueva etapa del desarrollo de la periferia. Se destruye el Estado desarrollista solamente para restaurar el Estado patrimonialista. Solamente que ahora la expresión dominante de la riqueza (y del poder) ya no es el patrimonio inmobiliario (la tierra), sino el mobiliario (la circulación financiera).

Poco importa a la elite globalizante de la periferia que esas políticas, al mantener las tasas de interés en niveles muy elevados, tengan carácter recesivo y lancen al desempleo parcelas crecientes de la población. Tampoco importa que amplifiquen el componente financiero del gasto público, desencadenando una creciente e incontrolable crisis fiscal, también no importa. Que, para que ruede la inmensa deuda pública, haya que hacer continuos ajustes fiscales, en los cuales se reduce el gasto público sin ningún criterio, con el único objetivo de generar superávits fiscales primarios, importa aún menos. Que el resultado de todo eso sea la degradación y la pérdida de eficiencia sistemática del servicio público, justificando a posteriori el desmonte del Estado, todo eso parece normal para la elite globalizante.

Y aquí llegamos al punto donde las dos cuestiones iniciales se juntan. Pues, entre las principales víctimas del desmonte del Estado están exactamente las políticas sociales y las universidades. En el caso de las políticas sociales, el cuadro que se va formando es de extrema gravedad, dada la fragilidad de los sistemas de protección construidos en el ciclo anterior, en la mayoría de los países de la región. El vaciamiento de los programas universales, la prioridad conferida a las acciones focalizadas y el redireccionamiento de los programas, de los ciudadanos-trabajadores para individuos en bases territorializadas traen como consecuencia la pérdida no sólo de la eficacia de la acción pública en esos campos como también del propio sentido de equidad que debe presidir la política social. El

resultado de ese procesos es el surgimiento, y el predominio de “nuevos sistemas” de protección, enteramente sometidos a la lógica mercantil.

Ese proceso de mercantilización de la protección, que ocurre a través de la difusión de programas de providencia, de asistencia a la salud e inclusive de asistencia social en la órbita privada, contribuye no sólo a una mayor desagregación de los sistemas públicos de protección, sino también, para su dualización: protección pública para los pobres, ya que es ruin, y, siendo ruin, sólo sirve para los pobres; seguro privado para los demás, no sólo los ricos sino inclusive los trabajadores con vínculos formales y estables de empleo, muchas veces con apoyo declarado del propio movimiento sindical, debilitando la lucha en defensa del sistema público.

Proceso semejante de desmonte también ocurre en relación con las universidades, a través del corte sistemático de los recursos públicos a ella destinados y reducción de sus funciones en el campo de la investigación y de la docencia. ¿Por que mantener una Universidad con recursos públicos, una Universidad que integre enseñanza e investigación, y se dedique a la promoción del desarrollo científico, tecnológico y cultural de nuestros países? El proyecto de inserción subordinado en el mundo globalizado, enteramente sometido a los intereses, deseos y estrategias de la potencia imperial, no necesita de eso: En el ámbito de ese proyecto no hay razón para gastar esfuerzos en el desarrollo científico y cultural, mucho menos en su capacitación tecnológica. Tales gastos se tornan “superfluos”, bastando la existencia de “escuelas” de tercer grado, que ofrezcan formación técnica superior a los futuros administradores de la economía, del Estado y de las empresas, y de unos pocos “centros de excelencia”, para acompañar los desarrollos que se procesan en los países capitalistas centrales.

La definición del mundo y del país en el cual deseamos vivir en el milenio que se aproxima es, por lo tanto, una condición indispensable para repensar el concepto y los roles que estarán reservados a la universidad en el futuro cercano. Para aquellos que recusan la pesadilla de *Blade Runner* o de la “barbarie tecnológica”, se trata de recuperar el espacio público y social en el cual la universidad desempeñará sus funciones. Y reestructurarla de modo que pueda ejercer plenamente su papel en la generación de conocimiento científico de punta y, al mismo tiempo, constituirse como núcleo de formulación y aglutinación del pensamiento crítico, revisando permanentemente las hipótesis en las cuáles se funda el conocimiento presente sobre la realidad, para permitir que nuevas conclusiones sean alcanzadas. Más que eso, debe ser un centro de difusión permanente de las nuevas ideas y de reelaboración continúa de la cultura nacional. Debe ser –a partir de su específica función de productora, almacenadora y transmisora de conocimiento– un instrumento de transformación de la realidad contribuyendo a la elaboración de un proyecto nacional, democrático y socialmente más justo.

En el inicio del siglo que ahora llega a su término, intelectuales y educadores reunidos en Córdoba, Argentina, propusieron un amplio programa de reforma universitaria, con el objetivo de cambiar radicalmente las bases de la vida académica (Ponce, 1957 y Ribeiro,

1975). El Manifiesto de Córdoba expresa de forma precisa el ideario de aquella reforma, cuyos puntos principales se explicitan en un famoso decálogo:

1. Participación estudiantil en el gobierno de la Universidad;
2. Autonomía política, docente y administrativa de la Universidad;
3. Elección de todos los mandatarios de la Universidad por asambleas con representación de profesores, estudiantes y egresados;
4. Selección del cuerpo docente a través de concursos públicos que aseguren amplia libertad de acceso al magisterio;
5. Fijación de mandatos para la docencia, renovables mediante la evaluación de la eficiencia y de la competencia del maestro;
6. Gratuidad de la enseñanza superior;
7. Toma de conciencia, por la Universidad, de sus compromisos sociales y políticos para con la nación;
8. Libertad de cátedra;
9. Implantación de cátedras libres y del sistema de cursos paralelos dando oportunidad a los estudiantes de optar entre ambos;
10. Libre frecuencia a las clases.

El Manifiesto fue la fuente de inspiración, consiente o inconsciente, para varias generaciones de estudiantes y maestros que lucharon para adecuar las estructuras universitarias de la región a las exigencias de sus sociedades. La tarea que hoy se impone – y La Habana por la fuerza con que impregna el imaginario de los pueblos de todo el planeta, inspirándoles con su ejemplo a resistir al gran imperio y a luchar por la construcción de sociedades más justas, es por cierto el lugar adecuado para eso- es empezar a pensar en un nuevo decálogo que ilumine las luchas universitarias en ese inicio de un nuevo milenio.

Ciertamente, entre los temas que constarán de ese nuevo decálogo, no pueden dejar de estar presentes los siguientes puntos:

1. La Universidad debe guiarse cada vez más por los tres principios básicos de toda actividad académica fecunda:
 - (a) fidelidad a los patrones internacionales de producción, cultivo y difusión del saber;

- (b) compromiso activo con la búsqueda de soluciones para los problemas sociales y del desarrollo global y autónomo de la sociedad nacional;
 - (c) libertad de manifestación y de pensamiento para todos sus miembros.
2. Defensa del carácter público de las actividades universitarias y lucha por un mayor compromiso de los gobiernos, en términos financieros y políticos, con el desarrollo de las actividades académicas, teniendo como contrapartida el más elevado sentido de responsabilidad social por parte de la Universidad en el uso de los recursos que la sociedad le confiere;
 3. Preservación y ampliación de las grandes conquistas de la institución universitaria, tales como autonomía y forma democrática de gobierno interno, con participación de todos sus segmentos en los órganos deliberativos, única forma capaz de permitir a la Universidad una mayor percepción de sus responsabilidades frente a la nación;
 4. La principal responsabilidad de la Universidad surge de su función esencial como órgano capaz de dominar, cultivar, aplicar y difundir el patrimonio universal del saber humano en todos los campos del conocimiento; esa responsabilidad incluye, en particular, la tarea de preservar la cultura y la identidad nacionales y de fomentar la creatividad cultural y artística autónoma, de modo que genere una conciencia crítica de nuestra realidad contribuyendo a erradicar los factores de alienación derivados de la dominación cultural a que es sometida la periferia;
 5. La Universidad debe realizar, como condición de su desarrollo, la integración completa entre las actividades de enseñanza, investigación y extensión, proporcionando enseñanza de nivel superior a parcelas cada vez más amplias de la población de sus países;
 6. Sin perjuicio del desarrollo de la investigación básica, la universidad no puede dejar de relacionar la enseñanza y la aplicación del método científico en la búsqueda de soluciones para los problemas concretos, lo que exige su involucramiento con la vida social, a través de articulaciones orgánicas entre sus departamentos e institutos y las instituciones y hogares donde la tecnología, la ciencia y los servicios asistenciales puedan desarrollarse operacionalmente;
 7. Eso implica que las actividades extramuros de la Universidad deben perder su carácter de mera caridad o de búsqueda de fuentes no-públicas de recursos financieros, y comenzar a ser organizados, de modo cada vez más sistemático, como un servicio público que la universidad presta a la sociedad que la mantiene, envolviendo tanto a maestros como a estudiantes;
 8. Tales servicios adquieren importancia excepcional en la actualidad, particularmente en los campos de la educación y de la salud, donde la Universidad debe involucrarse en actividades que van de la elaboración de programas y proyectos al planeamiento y ejecución de acciones concretas con vistas a la prevención y combate contra

enfermedades y a la erradicación del analfabetismo y desarrollo de programas educacionales, de niveles básico e intermedio, en amplia escala;

9. La Universidad debe asumir de forma radical su papel en la lucha por la ampliación de la democracia, a través de formas cada vez más participativas de gestión política y administrativa de los países;
10. La Universidad debe tornarse el centro del esfuerzo crítico de repensar las sociedades en las cuáles están insertadas, promoviendo amplios debates en su interior sobre las causas del atraso y de la desigualdad, y contribuyendo para formular proyectos nacionales de desarrollo que atiendan autónoma y soberanamente a las necesidades de cada país.

Para cumplir satisfactoriamente sus compromisos y ayudar en la construcción de países diferentes cuyas políticas neoliberales en curso nos condenan, la Universidad debe, en resumen, elaborar una agenda de investigación y de debate que trascienda sus fronteras y que la aproxime a la sociedad y a la nación. Tal agenda debe responder por el conjunto de problemas que nos afligen y desafían –del desarrollo científico a la producción y difusión de nuevas tecnologías, del papel del Estado a la redefinición del alcance y de los instrumentos de las políticas públicas, del combate a la pobreza y a la desigualdad a la política de desarrollo de base socialmente más justa, pasando evidentemente por todas las cuestiones relativas al desarrollo cultural y a la formación de la identidad nacional. Ese es el único camino posible para que nuestros países puedan salir del impase en el cual se encuentran y la única forma de preparar la Universidad para el milenio que se aproxima.

Referencias

1. Cardoso de Mello, Joao Manuel (1997): "*Tradicao A contra-revolução liberal-conservadora e a critica latino-americana*", in Maria da Conceição Tavares e Jose Luis Fiori (org.). *Dinheiro – Uma Economia Politica da Globalização* Poder e. RJ: Editora Vozes, 1997
2. Dosi, Giovanni (1997): "*Globalização, tecnologia & desenvolvimento*"; entrevista a revista Rumos do desenvolvimento, Ano 22, No. 143, dezembro de 1997.
3. Marx, Karl (1867): *O Capital*. RJ: Bertrand Brasil, 1994, 14ª edição.
4. Ponce, Anibal (1957): "*El año 1918 y la América Latina*", in González, J.V. (org.). *La Reforma Universitaria*. Buenos Aires.
5. Ribeiro, Darcy (1975): *A Universidade Necessária*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra.
6. Teixeira, Aloisio (1983): "*O movimento da industrialização nas economías centrais no pós-guerra*". Texto para Discussao No. 25, UFRJ: Rio de Janeiro.

EL COMPROMISO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD FRENTE AL NUEVO MILENIO.

Diomedes Robles Cid.

La Universidad se enfrenta en los albores del Siglo XXI a la tendencia de la privatización de la Educación Superior y a las llamadas Reformas y/o Modernización del Sector Salud, a la universalización del conocimiento y a una tendencia de estancamiento de las universidades públicas, lo que produce una imperiosa necesidad de una Nueva Reforma Universitaria de acuerdo al contexto del Siglo XXI, que involucre el compromiso social del Estado-Gobierno con la Universidad y una profunda Reforma Universitaria; con un nuevo paradigma de Universidad que garantice mayor calidad, mayor producción de conocimiento, mayor integración de la Universidad a las necesidades de la sociedad y de la salud de la población. A principios del Siglo XXI, en América Latina, el escenario más hegemónico es la tendencia a la privatización o a un fortalecimiento de la universidad privada y la privatización de los servicios de salud, incluyendo la seguridad social y el aumento de la exclusión.

En el nuevo milenio continuarán los avances y nuevas experiencias de la Reforma del Sector Salud, en que la Universidad debe integrarse sobre las bases de los principios de equidad, eficiencia, efectividad y calidad, sostenibilidad y participación social. Debe de iniciar y/o continuar el proceso de Reforma y tomar el liderazgo en la capacitación y formación de los Recursos Humanos en Salud en el contexto de la Reforma del Sector Salud.

El compromiso social de la Universidad en el nuevo milenio debe de contemplar los principios de visión, misión y principios fundamentales de la Educación Superior, planteadas en varias reuniones y en diversos países del mundo y sintetizado en la Conferencia Mundial sobre la Educación Superior en el Siglo XXI, organizada por la UNESCO en París, en octubre de 1998; las conclusiones de estas reuniones y conferencias conceptualizan a la educación superior dentro del contexto de la sociedad y su función en el siglo XXI: el desarrollo económico-social-humano y ético; defensa del medio ambiente; fortalecimiento de la cultura de paz; democracia, libertad y los derechos humanos; en la humanización del proceso de trabajo y en la naturaleza de las actividades económicas y en las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación.

La misión de la universidad es la de integrarse a las necesidades de la sociedad, para contribuir al desarrollo humano y sostenible, mediante los principios de pertinencia, calidad, administración y financiación, la cooperación e intercambio académico.

Es absolutamente necesario mantener y profundizar para el nuevo siglo la nueva visión y misión de la Universidad y la educación superior, como son: la universalidad, es decir, el acceso universal para todos los que tienen la capacidad y motivación (acceso y mérito) y la preparación adecuada en cualquier etapa de la vida, incluyendo formas diferentes de intervención y metodología educativas para todos en toda la vida; solidaridad e intercambio

entre las universidades, gestión de autonomía responsable y transparencia en el rendimiento de cuentas universitaria. Niveles de calidad y pertinencia: vocación de enseñar y de educar; misión de vigilancia y estímulo en los problemas de la sociedad.

La Pertinencia.

El escenario del Siglo XXI determina que las universidades deben tener pertinencia, es decir, responder a las necesidades de la sociedad: articulación con el mundo del trabajo y su contexto; la mundialización de la economía, el volumen mayor de las empresas multinacionales y la globalización de políticas, la modernización de los procesos de producción y aumento de necesidades educativas de los trabajadores, desarrollo de las necesidades de formación continua, sin perder la identidad crítica y la autonomía del conocimiento y su misión de la búsqueda de la verdad, equidad, cultura y desarrollo social.

Compromisos de las Universidades

- Los Estados deben asumir la responsabilidad principal del financiamiento de la Universidad Pública, incrementando la asignación de los presupuesto universitarios.
- Profundizar la democratización de la Universidad y que el único criterio de acceso sea el mérito, promoviendo mayor flexibilidad en las ofertas de programas y planes de estudios, incluyendo las estrategias educativas y las formas organizativas docentes.
- Insistir en aumentar las oportunidades para todas las personas.
- Crear las condiciones que garantizan la calidad de la enseñanza y la evaluación permanente.
- La educación permanente permite la actualización y el entrenamiento de los profesores y egresados.
- El desarrollo del postgrado y la investigación.
- Promover una formación integral, general, profesional y desarrollo humano.
- La Universidad debe permitir la participación en las soluciones de los problemas propios de los estudiantes y del mismo Gobierno universitario.
- La Universidad debe comprometerse con la educación permanente de los profesores, que son los principales recursos con que cuenta la Universidad para mantener su pertinencia.
- Mejorar la gerencia de la Universidad.

- Internacionalización de la Universidad, del conocimiento, de la cultura y la experiencia a través del intercambio académico científico.
- La Universidad debe generar análisis y propuestas de solución a los problemas de la sociedad del Siglo XXI, promoviendo el desarrollo económico-social, equitativo y sostenible, desarrollo humano, ético, la cultura de la paz y la solidaridad social e intelectual.
- La Universidad necesita ampliar su infraestructura de comunicación y elevar la calidad de sus recursos humanos, modernizar el sistema universitario: incorporar uso de tecnología de información y comunicación a las escuelas y difundir su uso, aumentando las conexiones con la información que cursa por las redes electrónicas a nivel global y utilizarlas en las soluciones de problemas y formulación de políticas.
- Es necesario aumentar la producción del conocimiento y resolver el problema del financiamiento de la investigación científica y tecnológica con nuevas estrategias de articulación con la sociedad, el Estado (incluyendo el sector productivo) y las instituciones internacionales.
- Es importante profundizar modelos alternativos al tradicional de producción y enseñanza de conocimientos.
- La necesidad de generar un nuevo modelo científico biomédico y social que proyecte y fundamente un nuevo paradigma educativo en función del individuo y de la sociedad.
- Definir y asumir un nuevo contrato social que legitime la razón de ser frente a la sociedad.
- Estructurar estrategias nacionales que aseguren la continuidad del proceso de transformación curricular y dar respuesta al desafío que enfrenta la educación en ciencias de la salud, no sólo latinoamericana, sino mundial.
- Contribuir a la estructura de un modelo de educación médica fundamentado en la realidad socioeconómica, y en la realidad de la práctica médica donde el futuro médico vivirá y ejercerá su profesión.

Las siguientes serán algunas de las características a desarrollar, donde las instituciones docentes del Siglo XXI deberían lograr su encargo social:

1. Aprenda el significado integral, técnico y socioeconómico, de lo que es ejercer las profesiones de las ciencias de la salud.
2. Se capacite para diagnosticar integralmente los fenómenos clínicos y los sociales.

3. Se prepare para ejercer siempre con un nivel máximo de calidad.
4. Se capacite para obtener un nivel óptimo de desarrollo profesional y personal, dentro de la división social del trabajo de la sociedad donde vivirá.
5. Se capacite para actuar responsablemente como agente de cambio hacia la salud individual y colectiva.
6. Ubicación temprana del estudiante y egresado en la realidad urbana y rural.
7. Disminución del desempleo y subempleo del profesional en salud.
8. Políticas intrauniversitarias: El cambio no es fácil dentro de la universidad, más aún cuando implica modificación de paradigmas generales y particulares. Es necesario promover un proceso de reformas, modernización y evaluación permanente de la Universidad que garantice su compromiso con la sociedad del Siglo XXI.

LA UNIVERSIDAD EN LA SALUD Y EL DESARROLLO

César Hermida Bustos.

Justificativo:

La ponencia está constituida por la propuesta de un programa de diplomado con opción a maestría, en prioridades de salud pública, bajo la responsabilidad de la coordinación nacional de salud pública de AFEME (red de postgrados), bajo la dirección de AFEME (Dirección Ejecutiva), con la asesoría técnica de OPS/OMS, y el auspicio y participación del CONASA. La propuesta se halla a consideración nacional e internacional para enriquecerla.

La red de postgrados de salud pública está constituida por las facultades de ciencias médicas, Universidad Central, Instituto de Salud Pública, Maestría en Investigación y Administración de Salud, Ciencias Médicas y Economía, Universidad de Cuenca, postgrados de salud pública, género, economía de la salud, población y desarrollo sustentable. PYDLOS: Ciencias Médicas, Universidad de Loja, postgrados de salud pública: Ciencias Médicas, Pontificia Universidad Católica, Instituto de Salud Pública, postgrados de salud pública, epidemiología, salud familiar, Colegio de Ciencias Médicas, Universidad San Francisco de Quito. Postgrado de salud pública: Escuela Politécnica del Litoral, Postgrado de gerencia de servicios de salud.

Se considera que la necesidad prioritaria de la Universidad y las instituciones de servicios de salud del Ecuador es la formación o actualización de un grupo de funcionarios, ojalá de nivel directivo, en temas cruciales de la salud y el desarrollo, la economía de la salud y la reforma sectorial, la administración hospitalaria y de los servicios, la epidemiología, investigación y participación en salud.

Este diplomado, de carácter interinstitucional, espera complementar y no competir con los programas existentes de postgrado. Agregaría al componente conocido de epidemiología e investigación temas de priorización y participación social, al de administración de servicios, la gestión clínica y el nivel hospitalario, y propondría nuevos temas sobre economía de salud y reforma sectorial, así como aquellos de desarrollo humano local como marco general de referencia.

Gráficamente se trataría de un círculo representando (informalmente) una cara (sonreída) con dos ojos y una boca. Estos elementos ejemplificarían cuatro unidades o cursos.

- a.- El círculo externo, (o marco) de referencia, que trata del desarrollo humano y el valor de la equidad.
- b.- El ojo izquierdo, simbolizando la economía de la salud y la gestión de la reforma, la eficiencia y el principio de rectoría.

- c.- La boca, representando la administración de los servicios, particularmente hospitalarios, y su valor de calidad.
- d.- El ojo derecho, mostrando los diagnósticos y priorizaciones de la investigación, la participación social mediante la promoción, y la comunicación.

El gráfico anterior podría dar paso a otro, así mismo circular, evaluativo, que prioriza la acción, en el cual el Norte sería el polo visionario de la equidad, el Este el gestor de la eficiencia, la rectoría y la reforma (“por donde sale el sol”), el sur el administrador de la calidad y el oeste el misionero de la participación. El círculo externo simbolizaría la acción, y el centro, en el cruce de los diámetros horizontal y vertical, el análisis. En cada radio se ubicaría un punto señalando la tendencia entre la acción y el análisis. La unión de los puntos graficaría un rombo, equilátero y perfecto si la tendencia es totalmente hacia la acción, imperfecto y reducido en los puntos en que la tendencia es el análisis.

El nuevo tipo de especialista se caracterizaría por la acción en la gestión y el liderazgo de un nuevo Sistema Nacional de Salud (SNS), con un Seguro Universal (SUS) que reforme los servicios y su financiamiento para garantizar la equidad, la calidad y la eficiencia (ECE). Un especialista que mire al futuro con optimismo, capacidad constructiva y pensamiento visionario, y cuya experiencia le permita actuar sobre las siguientes áreas:

- a.- Salud y desarrollo humano local: con una clara concepción sociológica sobre la equidad, las necesidades humanas y sus satisfactores.
- b.- Economía de la salud y gestión de la Reforma: con capacidad de análisis sobre la globalización de la economía, modernización de los Estados, reforma sectorial, eficiencia, rectoría, modelos de financiamiento, SNS y SUS.
- c.- Administración hospitalaria y de servicios de salud con las nuevas concepciones de gestión clínica y garantía de calidad.
- d.- Epidemiología e investigación, que permita diagnósticos y priorizaciones, la participación social como promoción, la prevención y la comunicación social.

Objetivos.

El objetivo general, es formar un grupo significativo de especialistas capacitados para la acción y el análisis participativos sobre la situación de salud y sus servicios, y el logro de la equidad, la calidad y la eficiencia. (Las instituciones necesitan capacitar a sus especialistas, particularmente la Universidad Ecuatoriana, cuya ley incluso puntualiza el requerimiento de un porcentaje mínimo de *magisters* en su planta docente).

La propuesta parte de la acción pues sin ella no es posible ni siquiera el análisis. Esta sería la primera ruptura: el paso de la formación disciplinar, cognoscitiva, y en el mejor de los

casos analítica hacía la acción como procesos participativos y colectivos de desempeño y construcción.

La Universidad buscaría formar, cuanto antes (porque el dueño del tiempo es el dueño del poder, como que las sociedades afluentes manejaron siempre mejor el tiempo), y más allá de profesionales especialistas, a los líderes y gestores consecuentes con la realidad nacional, consistentes en una acción interinstitucional. Un nuevo tipo de salubrista interdisciplinario, capaz de actuar sobre la situación de salud y sus servicios, en el contexto de un desarrollo humano que busca satisfactores sinérgicos, y no exclusivamente el crecimiento económico representado por los bienes materiales (crecimiento esencial para el desarrollo humano, como un fin, pero no al revés, tanto en el nivel local como en el nacional).

El “marco” (o “círculo”) general de referencia de la situación de salud y sus servicios estaría constituido por las características sociales y económicas que se generan por las corrientes de la globalización económica mundial, los procesos de modernización de los Estados y los de reforma sectorial (del área social: trabajo, salud, educación, medio ambiente) que determinan la situación individual y familiar de la realidad local. Este marco exige un objetivo de acción y otro de análisis que hacen relación a la salud y su correlato de enfermedad, tanto en el plano individual como en el colectivo.

Aunque técnicamente el marco general y específico de la salud es descrito por la epidemiología, la estadística y la sociología, y la situación de los servicios por las ciencias de la administración, hay componentes de gestión que obligan a la acción sobre la reforma, para lograr el desarrollo humano mediante los nuevos conceptos de promoción y participación.

La acción y el análisis serían las primeras tareas sobre la base de una participación (AAP) individual y colectiva, que garantice la solución de los tres problemas básicos de la salud y sus servicios, que resumen la esencia de lo que la gente denomina la injusticia social: la equidad, la calidad y la eficiencia, (ECE).

La AAP se genera por las necesidades de la equidad para el desarrollo. La AAPECE es, entonces, el punto de partida y el punto de cierre de las cuatro unidades en las que se dividiría la propuesta: el desarrollo, la economía y la gestión de la reforma, los servicios, la capacidad diagnóstica sobre las prioridades y la participación social para sus soluciones.

El objetivo de la unidad uno es la acción sobre el desarrollo local, tomando a la salud y sus servicios como un componente esencial, sobre la base del análisis de las características nacionales y locales, y sus determinantes históricos. Enseña los conceptos de salud, en general, y las necesidades y satisfactores como derechos humanos y alternativas estratégicas en el caso ecuatoriano. En el marco de referencia con el polo visionario de la equidad, como valor ético. Es el nexo entre el marco social general y el específico de la salud y sus servicios. Parte de lo local y exige, por lo tanto, la participación

interinstitucional. Es la unidad que propone, de inicio, el nexo con la situación social general a fin de garantizar el concepto o valor de la equidad.

El objetivo de la unidad dos es establecer las prioridades de acción sobre la estructura organizativa y el financiamiento de los servicios de salud y la gestión de su reforma, sobre la base del análisis de sus características y determinantes históricos interinstitucionales. Es la unidad de la gestión, hace relación a la eficiencia de los servicios, en un contexto integral de universidad, tanto para las prestaciones como para su financiación o aseguramiento. Enseña sobre el principio de rectoría, los diversos modelos de financiamiento y la reforma sectorial en el contexto de la globalización económica y la modernización del Estado.

El objetivo de la unidad tres es establecer las prioridades de acción sobre los servicios de recuperación, desde el nivel ambulatorio hasta los hospitales generales y de especialidad, analizando sus características y determinantes histórico interinstitucionales, en sus niveles nacional, provincial, cantonal y local o parroquial. Se refiere a las atenciones, servicios y acciones de las tres áreas desigualmente desarrolladas en salud: las atenciones de promoción y prevención, los servicios de recuperación y las acciones de gerencia. Esta unidad enfatiza la recuperación, de mayor imagen, de servicios principalmente médicos y hospitalarios, que atienden la enfermedad, y que tienen que ver directamente con la calidad de las prestaciones. Aquí se ubican las nuevas corrientes de gestión clínica hospitalaria.

El objetivo de la unidad cuatro es establecer las prioridades de acción sobre la base de la descripción y explicación de la situación de salud y sus determinantes históricos, particularmente de grupos: urbano, rural, de clase social, género, edad, sexo, raza, nacionalidad y otros. Relaciona el marco general con el específico de la salud mediante las acciones de promoción que incluye atenciones de prevención y protección, entendiendo promoción como la participación individual y colectiva de la población para mantener su salud. El proceso de salud y enfermedad es descrito “técnicamente” por la epidemiología y la estadística, pero con esenciales implicaciones y explicaciones políticas de la priorización de los problemas, de las desigualdades de la distribución de la producción y el consumo, que explica la sociología.

Contenidos.

Los diplomados serían dos, uno en Desarrollo, Economía y Reforma del Sector Salud, y otro en Administración, Epidemiología e Investigación de la Salud. Cada diplomado estaría constituido por dos cursos o unidades. Las unidades corresponderían a sendos cursos de verano de un mes de duración o 225 horas cada uno (180 horas intraaula más 45 horas- 25%- de trabajo previo). Eventualmente los dos diplomas darían lugar a una Maestría en “Salud y Desarrollo” de 900 horas en total (450 de cada uno de los diplomados).

Cada curso o unidad tendría 15 créditos de 15 horas c/u, dando para los diplomados un total de 30 créditos y un total de 60 para la maestría.

Los diplomados se aprobarían con los dos cursos de verano y la maestría con los dos diplomados (se organizaría un solo diplomado cada año). Eventualmente podría organizarse cursos semestrales (equivalente a los de verano), semipresenciales (de una semana presencial cada mes), con los cuáles se aprobaría el diplomado en un año regular y la maestría en dos, o podría aprobarse con similar duración tanto el diplomado como la maestría mediante cursos a distancia.

Diplomado 1: “Desarrollo, Economía y Gestión de la Reforma en Salud”.

Curso o Unidad 1: Salud y Desarrollo.

- 1.1. Sociología general y del desarrollo, dos créditos.
- 1.2. Historia general y ecuatoriana, dos créditos
- 1.3. Desarrollo local en el Ecuador, dos créditos.
- 1.4. Conceptos de salud, un crédito.
- 1.5. Necesidades humanas y satisfactores, dos créditos.
- 1.6. Bioética, un crédito.
- 1.7. Consejos locales y cantonales de salud, dos créditos.
- 1.8. Intersectorialidad e interdisciplinariedad, un crédito.
- 1.9. El valor de la equidad y los cuatro componentes de la gestión, un crédito.
- 1.10. Rectoría del Estado, un crédito.

Curso o Unidad 2: Economía de la Salud y Gestión de la Reforma.

- 2.1. Economía general, dos créditos.
- 2.2. Economía de la salud, dos créditos.
- 2.3. El caso de los medicamentos, un crédito.
- 2.4. Los principios de la reforma: descentralización y desconcentración, dos créditos.
- 2.5. Rectoría, un crédito.
- 2.6. Globalización económica, modernización de los Estados y reforma sectorial, un crédito.
- 2.7. Modelos de financiamiento, dos créditos.
- 2.8. SNS Y SUS en Ecuador, dos créditos.
- 2.9. SSS en el Ecuador, un crédito.
- 2.10. Superintendencia de seguros, un crédito.

Diplomado 2: “Administración hospitalaria y de servicios, epidemiología e investigación de la salud”.

Curso o Unidad 3: Administración hospitalaria y de servicios de salud:

- 3.1. Administración general, dos créditos.
- 3.2. Administración de servicios de salud (APS, SILOS, Redes), dos créditos.
- 3.3. Gestión como dirección, un crédito

- 3.4. Gestión como programación, un crédito.
- 3.5. Gestión como evaluación, auditoría o calidad, un crédito.
- 3.6. Gestión como organización, aspectos financieros, un crédito.
- 3.7. Gestión como organización, aspectos laborales, un crédito.
- 3.8. Administración hospitalaria, dos créditos.
- 3.9. Gestión clínica, dos créditos.
- 3.10. Redes de servicios, dos créditos.

Curso o Unidad 4: Epidemiología, Investigación, Participación.

- 4.1. Epidemiología teórica, diagnósticos y prioridades, dos créditos.
- 4.2. Epidemiología, práctica, dos créditos.
- 4.3. Estadística, teoría, dos créditos.
- 4.4. Estadística, práctica, dos créditos.
- 4.5. Investigación, teoría, dos créditos.
- 4.6. Investigación, práctica, dos créditos.
- 4.7. Sociología de la salud, un crédito.
- 4.8. Historia de la medicina ecuatoriana, un crédito.
- 4.9. Participación como promoción. Un crédito.

Matriz de análisis:

Las cuatro unidades cierran, con la participación (P), y los tres valores de la ECE, el círculo de la acción, teniendo en el centro el análisis (AAPECE). Una matriz puede sistematizar, de inicio, los diversos componentes, principios, niveles y valores, para los puntos cardinales de la equidad, la eficiencia de la reforma, la calidad administrativa de los servicios, y la estrategia de la participación: La matriz tiene cuatro componentes (para estudiarse en la unidad uno), tres principios (para la unidad dos), cuatro niveles (para la unidad tres) y tres valores (distribuidos en las tres primeras unidades).

Los cuatro componentes son el político, el técnico, el económico y el laboral. La gestión o gerencia, en su sentido amplio, y en el restringido de la reforma sectorial, se refiere a las características de dirección o liderazgo, coordinación técnica y organización institucional. La dirección tiene que ver con los aspectos políticos, la coordinación técnica con los científicos, la organización institucional tanto con los recursos financieros como con los humanos (así, intencional y groseramente agrupados como “recursos”, aunque se reconozcan sus diferencias esenciales). La gestión, en general, y de la reforma en particular, puede entonces sistematizarse en esos cuatro componentes, políticos, técnico, económico y laboral.

Los tres principios son la desc. (descentralización y desconcentración), la participación y la rectoría. En el contexto de la globalización económica se propone la modernización de los Estados como condición esencial y, dentro de ello, la reforma del sector social como

crucial, aludiendo a la salud y la educación como sus elementos básicos. Más allá de las razones generales de la globalización, que se analizarán en detalle, los principios más simples y conocidos en los que la reforma sectorial se sustenta son la desconcentración y descentralización (desc), la participación y la rectoría.

Los cuatro niveles en los que se ejecutan los componentes y principios son el nivel central, el provincial (o estadual), el municipal (cantonal o de área), y finalmente el local (parroquial o de las unidades operativas, el de la vida cotidiana).

Los tres valores son la ECE. Todos aquellos valores éticos y operativos, generalmente propuestos como hegemónicos y contrahegemónicos, en la globalización económica, modernización de los Estados y reforma sectorial, pueden resumirse en esos tres: equidad, calidad y eficiencia.

Esta es la matriz de análisis para sistematizar, con cierto beneficio pedagógico, los contenidos tanto de la gestión, en general, como de la reforma en particular:

Componentes:

Político	Técnico	Económico	Laboral
----------	---------	-----------	---------

Principios:

Desc. Desconcentración Descentralización.	Participación	Rectoría
--	---------------	----------

Niveles:

Central	Provincial	Cantonal	Local
---------	------------	----------	-------

Valores:

Equidad	Calidad	Eficiencia
---------	---------	------------

Recursos.

Personal responsable de la gestión:

El personal de la Dirección Ejecutiva de AFEME.: un Director, un Asistente de Gestión, un Asistente Pedagógico, un Administrador Contador, todos a tiempo parcial durante la etapa de preparación y a tiempo completo durante la realización de los cursos, serán los responsables de la gestión.

Personal responsable de la docencia:

Los docentes serán los mismos que al momento mantienen responsabilidades en los diversos cursos de salud pública de la red nacional de postgrado. Su responsabilidad será voluntaria de acuerdo al compromiso de la universidad y a la decisión personal.

Financiamiento:

La maestría se autofinanciará con el pago de matrículas y otros ingresos de fuentes nacionales e internacionales, el apoyo de la coordinación (red de postgrados), de los Institutos de Salud Pública y sus Maestrías, y la Dirección Ejecutiva de AFEME.

De la sede del diplomado:

Los organismos directivos de AFEME señalarán la sede del diplomado, sugiriéndose que cada curso se cumpla en una Facultad diferente. Por ejemplo podría iniciarse el diplomado en julio y agosto de 2001 en las Facultades de Economía y Medicina de la Universidad de Cuenca, y el segundo en las Facultades de Medicina de la Universidad Central y de la PUCE o la OSFQ en 2002.

Cronograma:

1. Diseño de propuesta, Primer Borrador: Agosto 2000.
2. Análisis y consultas de Primer Borrador: Septiembre 2000.
3. Consultas oficiales en las Facultades: Octubre 2000.
4. Documento curricular terminado: Noviembre 2000.
5. Inicio de trámite en cada Facultad y CONESUP: Diciembre 2000.
6. Convocatoria Diploma Uno: Mayo 2001.
7. Selección y matrículas: Junio 2001.
8. Realización Primer Diploma: Julio y Agosto 2001.
9. Convocatoria Diploma Dos: Mayo 2002.
10. Selección matrículas: Junio 2002.
11. Realización Segundo Diploma Julio y Agosto 2002.

COMPROMISO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD EN EL NUEVO MILENIO.

Rodrigo Barceló Martínez.

Introducción.

A la entrada del nuevo milenio las universidades Latinoamericanas enfrentarán amenazas en su entorno que pondrán a prueba sus capacidades de innovación.

Siendo la Universidad uno de los ejes del destino social de los países, afrontará retos en el campo económico y en su proyección social y cultural, retos que deberán asumir en los espacios de las sociedades.

Analizaremos la Universidad desde una óptica social y económica, así como, sus actividades de docencia, investigación y extensión, y terminaremos presentando algunos aspectos del papel de la Universidad en el área de la salud frente al desarrollo de los proyectos UNI.

Las actividades propias de la misión de la Universidad son mucho más complejas que su simple enunciado. Esa complejidad la vemos desde las exigencias del desarrollo económico y social, puesto que no debe divorciarse de su medio, ni tampoco contentarse con reflejarlo, por cuanto su contribución a esos procesos debe ser académica, en cuanto a que en ese espacio tienen vigencia su palabra, sus acciones y su aporte a la construcción de una mejor sociedad.

Lo anterior no significa en modo alguno que deba continuar encerrada en la torre de marfil; por el contrario, su accionar tiene sentido en la medida en que se proyecta a identificar y contribuir a satisfacer las necesidades de la sociedad, en forma conjunta con las agencias e instituciones del sector público y privado de los sectores productivos y sociales, con ONGs y particularmente con las mismas comunidades. Ello implica una gestión compartida con verdadero trabajo en *partnership*.

Universidad y Desarrollo Económico.

Con relación a los objetivos sociales de la Universidad, se enfatiza la formación de los recursos humanos necesarios para la producción, sometiendo a ésta última la docencia, la actividad investigativa y la formación continua y avanzada.

Desde otro ángulo debe contribuir al progreso cultural formando las personas para una sociedad más justa, equitativa y cultivada, objetivo que los Estados buscan con interés porque responde a demandas sociales precisas.

Ante la aguda crisis de valores cobra particular interés el papel orientador que le corresponde a la Universidad.

La globalización de la economía de mercado es una de las características del mundo de hoy, y ha pasado a ser un referente mundial del desarrollo. Ese paradigma está liderado por las naciones desarrolladas y es un motor reconocido del crecimiento de la producción material en los países del sudoeste asiáticos y se impone aún en países como la antigua Unión Soviética. Este lenguaje de la globalización hace que tengamos que hablar un mismo lenguaje económico, que aparezca unos fenómenos similares de intercambio comercial en todas partes.

Dentro de esas realidades del mercado se debe competir con mejores productos de mayor calidad, a menor costo y vendidos a precios de competencia.

Esa competencia de los mercados no la sentimos con igual intensidad en nuestras economías puesto que la capacidad de compra y la producción en los países latinoamericanos son mucho más limitadas que en los países más desarrollados.

A la Universidad le interesa el contexto de la internacionalización de la economía pero no como mera globalización de mercados; la dinámica de la globalización que le interesa es la que nos muestra que estamos en un mundo de la educación y la cultura que va más allá de la globalización de los intercambios comerciales, donde debemos entendernos con otros actores de la comunidad científica y educativa internacional. Esa necesidad de entendernos con otros interlocutores del mundo académico internacional nos lleva a la búsqueda de alianzas con centros universitarios de reconocida trayectoria investigativa y en la formación de recursos humanos.

Es indudable que en el futuro inmediato nuestros países incrementarán los intercambios académicos e investigativos con países más desarrollados, de modo que podamos aprovechar sus frutos en beneficio de nuestras comunidades.

Existe una clara relación entre el desarrollo económico y el desarrollo de los recursos humanos. La importancia que se da a la educación dentro de las estrategias de desarrollo de nuestros países es un claro indicio de que, a nivel de planificación, se entiende que la inversión en capital humano incide como factor de crecimiento(1).

En diversos estudios se ha encontrado que los mayores niveles de educación, salud y nutrición aumentan los ingresos y la productividad (2). Los encargados de la planificación deben escoger en el margen entre la inversión en desarrollo humano e inversión en otros programas. El rendimiento demostrado en la inversión en desarrollo humano sugiere que la desviación de recursos hacia gastos sociales no reduce el crecimiento y si reduce la pobreza.

Los hechos mencionados traen consigo un peso significativo sobre la importancia del logro de beneficios sociales en la adopción de políticas gubernamentales. Al asignársele un papel preponderante a la educación se da una pauta para la conducción de políticas de inversión pública. Estas orientaciones guiaron la inversión en educación en los últimos

quince años del siglo XX en la mayor parte de los países latinoamericanos e indudablemente persistirán en el nuevo milenio.

La educación universitaria es una contribución básica del estado al desarrollo de la sociedad y de la paz, fundamentalmente al impulso y fortalecimiento de la democracia. En la mayor parte de nuestros países, ya sea en sus constituciones o en las legislaciones vigentes, se protegen los derechos naturales de las personas frente al Estado, se garantiza el cumplimiento de los fines sociales de la cultura y se reconoce la educación como un servicio público, garantizado o prestado por el Estado.

La educación debe cumplir con los fines sociales de la cultura y trabajar por el bien común. Por ello la Universidad debe funcionar en términos del bien común, y por ende, servirles a la sociedad.

La excelencia académica

Ante el crecimiento cuantitativo de las Universidades en los países latinoamericanos, debemos preguntarnos si estaremos sacrificando la excelencia académica a favor del crecimiento. Relacionada también con el dilema entre crecimiento y excelencia académica, está la diversidad de demandas sociales a las cuales debe responder la Universidad, lo cual podría poner en peligro la calidad de sus objetivos.

Muchos consideran que las universidades deben formar los recursos humanos que necesitan los países, ser el eje del sistema científico y tecnológico, transmitir el patrimonio cultural, realizar una labor de crítica social y contribuir al desarrollo mediante la prestación de servicios. Pero, por su naturaleza, las universidades tienen una estructura que sólo les permite atender un grupo reducido de la población, mantener niveles y exigencias relativamente controlables, crecer homogéneamente en el campo de la investigación y de la prestación de los servicios. Hasta donde sea posible, deberán cumplir con diferentes exigencias sociales siempre y cuando no se trastorne su labor académica.

Uno de los problemas que afrontan las universidades Latinoamericanas es el crecimiento indiscriminado de instituciones universitarias sin mayores controles ni vigilancia. Este fenómeno se inició en la década de los setenta y se reafirmó en los noventa al amparo de la ejecución de políticas neoliberales, con su impacto nocivo en los sectores sociales, particularmente en la educación y la salud. Muchas de estas instituciones se han convertido en una competencia desleal para otras que han venido forjando cuidadosamente su excelencia. En ese sentido, las entidades de calidad hacen esfuerzos por mantener su desarrollo científico y tecnológico, por supuesto, a altos costos, otras de dudosa calidad ofrecen diferentes programas sin desarrollo científico ni tecnológico con inversiones mínimas.

Es un hecho que hay una mayor demanda por cupos universitarios en las universidades oficiales, pero como éstas restringen los cupos por problemas de limitantes en su capacidad instalada y por recortes presupuestales, los alumnos se desplazan a instituciones educativas

privadas, muchas de las cuales presentan los problemas de calidad ya mencionados. Realmente eso no sería problema si se tratara de un mayor acceso a la educación en igualdad de calidad de la oferta y sin los desequilibrios del mercado. Pero el problema es que la demanda de profesionales en el sector productivo y aún en el sector de los servicios, es decreciente y la calidad de los centros universitarios varía, pudiéndose afirmar que en muchos de ellos prima el espíritu mercantilista.

Para mejorar la calidad y la excelencia académica de las instituciones educativas y evitar los desequilibrios ya mencionados se impone la instauración de sistemas de acreditación de los programas académicos y de las instituciones educativas, libre y voluntaria, pero con conocimiento de la sociedad civil y de los gobiernos de los resultados de la misma a través de las comisiones nacionales de acreditación o de los mismos Ministerios de Educación de los países.

La acreditación comienza con un proceso de autoevaluación, seguida de una visita de expertos cuyo objetivo central es la evaluación de la coherencia entre la autoevaluación y la realidad institucional. Por último, una comisión central de la agencia acreditante analiza el reporte del equipo evaluador y procede a solicitar o confirmar información adicional, cuando es del caso, o toma una decisión final con respecto a si se acredita con o sin condiciones, o se niega la misma a la institución educativa o a un programa particular de la misma.

La acreditación apenas comienza en nuestros países y se deberá fortalecer en los primeros años del nuevo milenio. Con ello se espera fortalecer, la autoevaluación institucional de la Universidad, los *currícula*, el cuerpo docente, los recursos educativos, la investigación y lógicamente la excelencia académica.

En los próximos años se seguirá fortaleciendo la planeación estratégica en las instituciones educativas, como un medio para el logro de la calidad de la educación universitaria, partiendo de un plan basado en la evaluación real de las aspiraciones de la Universidad, estableciendo las metas para los próximos años y las decisiones críticas, teniendo en cuenta lo que desea la sociedad y el Estado, el potencial de la Universidad, lo que anhelan los estudiantes y lo que ésta desea en sus estudiantes.

Los *currícula* de los programas de pregrado y de postgrado deben responder a las necesidades de la sociedad, a las políticas educativas, a las tendencias nacionales e internacionales de la educación y aquellas del sector económico o social de la disciplina particular, además de tener una clara fundamentación filosófica, ética, psicológica, social y legal. Con lo anterior se debe establecer el perfil de competencias y los objetivos curriculares, los cuáles deberían lograrse con base a un plan de estudios articulados, no por disciplinas, sino por módulos integrados por los diferentes componentes del perfil que den solución a problemas reales. Lo anterior implica metodologías activas de aprendizaje, centradas en el estudiante, de base comunitaria o empresarial según la disciplina, desarrollo de prácticas experienciales de los estudiantes en los diferentes nichos, donde deberá desempeñarse el recurso humano una vez formado, con participación de docentes de

diferentes disciplinas en esos nichos y el uso de la investigación aplicada, y nuevas tecnologías de la comunicación y la informática en la búsqueda de la información para la toma de decisiones.

Con este tipo de currículum se busca que los aportes de la ciencia y la tecnología educativa lleguen a los objetivos del programa por caminos innovadores, se adapte el proceso enseñanza aprendizaje a las diferencias individuales, a una personalización del estudio, a despertar el espíritu investigativo, a que se aprenda a aprender y, por último es muy importante, que el estudiante preste un servicio a la comunidad y a las agencias prestadoras de servicios o empresas donde realiza sus prácticas experienciales.

En el futuro inmediato se impondrán en las Universidades Latinoamericanas estos tipos de currículum.

El desarrollo social y la extensión universitaria.

Las universidades no son entes aislados del proceso de desarrollo social, puesto que tienen una responsabilidad en su orientación, ya que deben formar a los actuales y futuros gestores de la dinámica social, y porque investigan en la búsqueda de orientaciones firmes para el desarrollo integral de la comunidad.

La extensión universitaria puede entenderse como una actividad dirigida a la capacitación y actualización de los profesionales, mediante la educación continua. También puede entenderse como la promoción de la cultura y la conservación del patrimonio cultural de la comunidad, acción que realiza mediante diferentes actividades generadas desde su interior. Las actividades encaminadas al desarrollo social y económico son parte de la extensión universitaria y en ellas está su voluntad de servicio a la comunidad.

En relación con la extensión social, la sociedad genera demandas a la Universidad. La respuesta a esas demandas son eminentemente académicas. La Universidad, mediante sus proyectos de extensión social, visualiza sus servicios a la comunidad como parte de una integración necesaria con la docencia y la investigación dentro de un enfoque interdisciplinario, en estrecha articulación con las empresas prestadoras de servicios o con empresas productivas, con las mismas comunidades. Su naturaleza académica le obliga a ser coherente con la respuesta que da a las demandas sociales. Es claro que su papel es la resultante de su quehacer académico, en el cual se interrelacionan la docencia, la investigación y la extensión, como elementos dinámicos de una actividad académica integral.

La extensión universitaria tiene en cuenta varios supuestos:

1. Se parte de un diagnóstico participativo de la realidad social, en la cual se quiere actuar. Este diagnóstico se hace con la participación expedita de la comunidad, a través de sus líderes, y de las agencias prestadoras de servicios; así la extensión social es un proceso de varias vías. La Universidad participa activa y

- efectivamente en la innovación de técnicas y conocimientos con sus estudiantes y docentes, pero éstos se estructuran a partir del análisis de las necesidades reales y sentidas de las comunidades en su área de influencia, así como con la participación de las empresas prestadoras de servicios, analizando la oferta de las mismas, su disponibilidad de recursos, la aceptabilidad de los servicios por parte de la comunidad, el uso de los servicios por parte de la comunidad, la eficiencia y la eficacia de sus acciones, así como el impacto de los servicios en la comunidad.
2. Los proyectos de extensión son aportes académicos y por ello deben reflejar el propio desarrollo de la academia universitaria.
 3. Los proyectos se estructuran desde una perspectiva de diálogo, como resultado de la interacción de la Universidad con la comunidad y las agencias prestadoras de servicios, públicas, privadas, o de ONGs. En ese sentido debe existir un proceso participativo en la acción Universidad- Comunidad- Servicios, en la medida en que los tres componentes se alimentan entre sí, teniendo en cuenta los procesos transformadores en cada uno de ellos.
 4. La extensión universitaria debe partir de la naturaleza interdisciplinaria de la academia, que es una integración de diversas disciplinas y áreas del saber, respondiendo a ese ideal del todo armónico. Ello también como respuesta a la multiplicidad de los sectores sociales a los que se quiere llevar mediante la dinámica dialogal, modelos autóctonos de desarrollo socioeconómico.
 5. La Universidad entiende que el logro de los objetivos sociales se alcanza mediante la acción conjunta con otras instituciones sociales, públicas, privadas, ONGs, la comunidad y las agencias prestadoras de servicios. Por ello busca impulsar las relaciones interinstitucionales de los distintos entes sociales para el logro de los objetivos sociales que le competen.
 6. En relación con los proyectos sociales, la Universidad debe comprometerse como un todo, actuando como institución, mostrando en la sociedad su presencia institucional de tal manera que las distintas instancias y niveles académicos estén comprometidos en una tarea común. Por ello deben existir políticas institucionales y metas en cada área que sean objetivos compartidos colectiva e individualmente dentro de la Universidad.

Las universidades, por sus altos costos de funcionamiento y sus cupos limitados, atienden a grupos sociales restringidos. Esto trae aparejado el limitado acceso de sectores más amplios y menos favorecidos a los beneficios de la educación superior. Son frecuentes las demandas de extensión universitaria por parte de los grupos que no pueden acceder a la Universidad, así como de las comunidades que perciben la importancia de su acción sobre la marginalidad.

Muchas universidades llevan a cabo su tarea de extensión universitaria en comunidades marginadas, promoviendo allí los valores socioculturales propios de las comunidades. En

ese sentido hay una concepción auténtica del desarrollo autogestionario en las que se realizan los valores sociales y culturales, ya sean individuales o colectivos. Se trabaja en la promoción cultural de la comunidad, como son sus formas cooperativas de producción, sus esquemas de recreación, sus sistemas de agrupación, sus hábitos, sus códigos valorativos, y toda su semiología familiar que se manifiesta en sus formas de vida, las cuáles hay que promoverlas y no destruirlas en aras de una supuesta cultura superior.

La Universidad, en su labor de promoción de valores socioculturales, es un garante de la conservación del patrimonio cultural de las comunidades. Si bien la Universidad no produce los cambios sociales, si contribuye para que se den las condiciones de desarrollo más autóctonos de las comunidades dentro de una concepción de servicio y no de utilitarismo, partiendo de su contribución al desarrollo integral.

Lo anterior implica que los proyectos de extensión social parten de una relación equilibrada costo – beneficio, ya que la Universidad no busca en esos proyectos utilidades materiales, sino beneficios sociales, ni proporciona financiación paternalista, sino que actúa como promotor de la productividad para que sea la comunidad la que genere los esquemas de su desarrollo y de su autogestión.

Muchos de los países latinoamericanos entran al nuevo milenio con bajas coberturas en la prestación de servicios en los sectores sociales, servicios públicos deficientes, desempleo y problemas en la productividad, condiciones educativas y de salud inapropiadas, violencia, en fin con los problemas propios del subdesarrollo. Pero al mismo tiempo con fortalezas traducidas en políticas explícitas de participación social y comunitaria, modelos de participación social entre otros aspectos. Por ello la Universidad debe fortalecer su labor de extensión social con una voluntad renovada de servicios trabajando en el diseño e instauración de planes de desarrollo integrales, conjuntamente con las comunidades, los ejecutivos municipales, las agencias prestadoras de servicios del orden local, regional y nacional, las ONGs, las empresas productivas, las asociaciones de profesionales, conjugando el esfuerzo de todos los actores mediante el desarrollo de *partnerships* sociales para una gestión compartida donde la toma de decisiones además de compartida sea equitativa.

Esos modelos de desarrollo integral de las comunidades o de todo un municipio deben institucionalizarse entre los diferentes componentes del *partnership* y la mayor parte de los procesos, diseños y modelos deben dar las bases para políticas públicas.

A las universidades Latinoamericanas les corresponde promover el interés de nuestras sociedades por el desarrollo de la cultura de la comunidad, en su vida cotidiana, en sus formas de producción, en la recreación, o sea, comprometerse cada vez más con los problemas cotidianos que enfrentan nuestras comunidades.

Investigación y desarrollo científico y tecnológico.

Las relaciones entre ciencias y tecnología por una parte, y Universidad y desarrollo, por otra, son complejas debido al rápido avance de los conocimientos científicos y sus

aplicaciones tecnológicas y a los diferentes conceptos sobre el desarrollo con su influencia en la educación.

La tarea que le compete a la educación universitaria en investigación en muchos de nuestros países es bastante difícil por cuanto se desenvuelve en situaciones de relativo atraso tecnológico, afectada por variables políticas, culturales y sociales, así como, la dependencia y la autonomía.

Las comunidades y la sociedad mismas tienen diferentes expectativas con la ciencia y la tecnología. En la mayoría de nuestros países, a diferencia de los países desarrollados donde se han acostumbrado a percibir los beneficios de la ciencia y la tecnología en los mayores niveles de bienestar y seguridad se ve la ciencia y la tecnología por muchos sectores de nuestras poblaciones como entes metafísicos. Eso debido a diferentes niveles de civilización material alcanzados, y acondicionamientos culturales.

Nuestros países para progresar no deben hacer transferencia acrítica de tecnología sino acudir al acervo de la ciencia, desarrollada a partir de una transferencia apropiada de conocimientos y técnicas, vinculadas a la realidad nacional e inspirada en fines sociales de contribución a la satisfacción de las necesidades de la población.

En ese contexto la ciencia y la tecnología se constituyen en bases de un progreso armónico, bajo la égida de una política nacional de ciencia y tecnología que considere las prioridades y las consecuencias de escoger algunas vías tecnológicas para las necesidades sociales.

El modelo de desarrollo que se forje en cada país debe hacerse con base en ideales políticos, sociales, económicos y culturales. Así el desarrollo se vuelve un concepto dinámico generado por la autodeterminación nacional (3).

En las Universidades Latinoamericanas está gran parte del potencial científico y tecnológico. Por eso, las sociedades esperan que ellas aporten a la solución de los problemas del desarrollo.

El progreso de la ciencia debe reflejarse en el contenido de la enseñanza y se manifiesta en el aprendizaje. La enseñanza debe reflejar el avance de los conocimientos científicos para satisfacer su compromiso con el desarrollo social y económico.

En los países desarrollados los sectores productivos apoyan el avance de la investigación realizada en las universidades, pero en los países latinoamericanos todavía falta confianza en los sectores productivos en el desarrollo investigativo de la Universidad, eso debido entre otras cosas al desconocimiento mutuo que se tienen, ya que los sectores productivos se han alimentado con el recurso humano formado por la Universidad sin establecer nexos que sirvan para utilizar mejor su potencial científico y tecnológico. Esta situación debe superarse por cuanto el futuro de la educación y de la producción están en íntima relación con la cooperación universitaria y los países han comprendido que la presencia de la

Universidad es insustituible para el logro de objetivos de desarrollo local, regional y nacional.

Por otra parte la Universidad debe mantener un diálogo con el medio externo para definir sus propias actividades y posibilitar una mayor adecuación de su tarea a los requerimientos de la comunidad. En ese contexto la prestación de servicios representa un medio para cumplir con las funciones esenciales de la Universidad.

La prestación de servicios de la Universidad a los sectores productivos, públicos y privados, da a las comunidades una forma de movilizar la capacidad científica y tecnológica de las universidades.

En su tarea de contribuir al desarrollo económico y social la Universidad Latinoamericana debe estar presente por cuanto es la institución social más sensible para captar los requerimientos del desarrollo y porque tiene la disposición investigadora necesaria y una gran libertad de acción.

El fenómeno de la comunicación de masas tan poderoso hoy día, está mediatizado por los medios de alta tecnología, es una realidad social y cultural de incalculables proyecciones por cuanto se perfila al futuro con mayor fuerza innovadora que cualquier otra área del desarrollo social(4).

Ha llegado a nuestros países la posibilidad de que sectores como la educación y la cultura entren a las autopistas de la información mundial, vía satélite, tal es el caso del internet, que va más allá de la mera consulta bibliográfica, al poner en relación a personas en diferentes partes del mundo.

Hoy todo es comunicable a todos. Tenemos que entender que estamos en la sociedad de la comunicación rápida y en el acto. Este hecho tienen hondas repercusiones en la educación, si se tiene en cuenta que ésta es en gran parte comunicación, esto es así desde la antigüedad, de manera que no estamos ante un nuevo fenómeno educativo, sino que estamos ante nuevos instrumentos, metodología e innovaciones que acortan distancia en el arte de enseñar y aprender.

Analizando ese panorama de innovaciones tecnológicas en el área de las comunicaciones, la cual favorece la cooperación internacional para la educación y la cultura, no debemos olvidar la pobreza que agobia grandes sectores poblacionales de latinoamericanos, excluidos de esos desarrollo tecnológicos y culturales.

El desarrollo económico que se manifiesta en los recursos financieros en la búsqueda de inversiones rentables, así como la oferta de diferentes productos entre esos los de comunicación, son consecuencia de la aplicación de la teoría de mercados abiertos. A la par del posible desarrollo económico se dan efectos sociales indeseables tales como la pobreza.

A la Universidad Latinoamericana le debe preocupar esa abundancia en contraste con la pobreza de grandes segmentos de la población. Por ello en su visión del futuro debe considerar esa realidad socio económica a riesgo de quedar encuadrada en modelos educativos y pedagógicos fácilmente aplicables en los países desarrollados, pero que en nuestros contextos pueden convertirse en una falta de compromiso con nuestra realidad.

La salud, los Proyectos UNI y el compromiso social de la Universidad.

A partir de la década de los 80 iniciaron los países latinoamericanos acciones para ejecutar los componentes estratégicos y programáticos de la APS (Atención Primaria de Salud) a fin de elevar el nivel de bienestar y de salud de sus poblaciones. En algunos casos se adoptó la implantación de los sistemas locales de salud –SILOS- en otros se ha recurrido a la política de municipios saludables, en otros casos se establecieron modelos de salud familiar o mezclas de las diferentes tácticas operativas.

Entre los años 1993 a 1994 se iniciaron 23 proyectos UNI, auspiciados por la fundación Kellog que entraron por la Universidad, pero que desde su planeación implicó un trabajo conjunto entre la academia, los servicios de salud y las comunidades, eso mediante un trabajo en *partnership* donde la toma de decisiones es compartida(5). Se realizó un diagnóstico participativo de cada componente, se estableció la misión en cada proyecto y se definieron como objetivos centrales el fortalecimiento de la prestación de los servicios locales, la formación de un recurso humano en salud que pudiera satisfacer las necesidades de salud de las comunidades y el fortalecimiento de la participación comunitaria y de la construcción de ciudadanía.

Paralelo con el desarrollo de esos proyectos se fueron dando reformas del sector salud que doctrinariamente buscaban calidad en la prestación de los servicios, pertinencia de las acciones, equidad y costo eficiencia de las acciones de salud. Este hecho consolidó la meta de los proyectos de fortalecer los sistemas de salud con nuevos modelos de prestación de servicios, muchos de ellos centrados en la salud familiar.

Las reformas de salud implicaron cambios en las formación de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, así como del personal auxiliar, técnico y profesional, tanto asistencial como administrativo de los servicios. Lo anterior debido a la falta de adecuación de los perfiles ante los requerimientos sociales, epidemiológicos y de los servicios.

Muchas de las universidades que participan de los UNI, en forma conjunta con los servicios y las comunidades reajustaron sus *currícula* de pregrado en el área de salud, previa evaluación de su pertinencia, incorporando en algunos casos contenidos transdisciplinarios en las áreas de salud familiar, la investigación y la salud comunitaria, diversificaron los ambientes de aprendizaje, llevaron a docentes clínicos a los centros de atención ambulatoria, fortalecieron el trabajo de estudiantes y docentes en equipos multiprofesionales e interdisciplinarios y los estudiantes realizan prácticas en diferentes nichos (centros de salud, hospitales de diversos niveles, escuelas, centros de desarrollo, familias y comunidad). En otros casos se realizaron cambios curriculares de fondo,

desarrollando currículos centrados en el aprendizaje basado en problemas o en la problematización. A nivel de postgrado se formaron especialistas en salud familiar para equipos multiprofesionales, buscando que éstos jalonaran el proceso de la implementación de los nuevos modelos de prestación de servicios.

Se generaron proyectos de desarrollo institucional para el personal vinculado a los servicios, comandados por las universidades, pero con la estrecha participación de los servicios y la misma comunidad que responden a la inclusión de nuevas competencias en los perfiles actuales, particularmente del personal asistencial.

En los *partnership* se le ha dado particular importancia a la gestión educativa compartida, apareciendo redes educacionales, como el caso de la red UNIDA en Brasil, además de múltiples redes de instituciones del orden local, en la mayor parte de las ciudades de los países donde funcionan los UNIs, cuya base de creación fue el hecho de trabajar por y con la comunidad(6).

La ejecución de los nuevos modelos de salud ha implicado por parte de las universidades conjuntamente con los servicios y comunidades, además del proceso de desarrollo institucional, el mejoramiento de la capacidad resolutoria de los servicios; la percepción de la salud como un proceso de construcción social por parte de los prestadores, la misma comunidad y los actores académicos, el énfasis en la promoción y la prevención, el establecimiento y la operación de modelos de participación comunitaria, donde sus miembros participan en la definición de necesidades, establecimiento de prioridades, búsqueda de opciones y toma de decisiones; desarrollo de investigaciones operativas participativas que han dado base para definir, planear, organizar y ejecutar acciones de salud conjuntas; uso de tecnologías apropiadas relacionadas con la prestación de los servicios, la participación social y modelos innovativos educativos; creación de grupos de reflexión crítica y de redes educativas, así como la generación de sistemas de información en salud entre otros aspectos.

Los modelos, metodología, desarrollos educativos y tecnológicos desarrollados por los proyectos UNI en el trabajo en *partnership* están institucionalizados en gran parte y otros pretenden sentar las bases para convertirse en políticas públicas.

Dada las evidencias obtenidas respecto al impacto positivo de los UNIs en la salud y la educación de segmentos de población de los países involucrados, los modelos exitosos de salud, de participación social y los nuevos *currícula* diseñados, puedan consolidarse y posteriormente institucionalizarse y ponerse en operación en otros países latinoamericanos en un corto plazo.

Una de las preocupaciones de los gobiernos en América Latina es la lentitud de los procesos de cambio y algunos fracasos en la ejecución de las reformas de salud, entre otras cosas por la falta de coherencia entre los nuevos sistemas de salud y la forma tradicional de la formación de los recursos humanos. Por ello sería importante, a la entrada del nuevo milenio, que con base en las experiencias de los UNIs, la Universidad latinoamericana, con

el apoyo de los servicios y de las comunidades lidere la búsqueda de coherencia de la dinámica académica y de los servicios de salud. Para ello la Universidad como primer proveedor de recursos humanos para los servicios, debe monitorear e investigar el comportamiento del sistema de salud, con el fin de registrar los cambios y precisar los requerimientos de los nuevos profesionales de la salud. Esto le permitirá la formación de profesionales acordes con las necesidades detectadas en el monitoreo: del desempeño del personal asistencial y administrativo, de la calidad de los servicios, de los estilos gerenciales, la estructura organizativa y la participación en el mercado de la salud.

Lo anterior implica desarrollar la investigación aplicada a la problemática de la organización, gestión, y funcionamiento de los servicios.

Los UNIs son ejemplos de proyectos de extensión universitaria, donde se combinan en forma armónica las funciones básicas de la Universidad, pero en estrecha relación con los servicios y comunidades. Estos proyectos son mucho más que los programas docentes asistenciales y los programas de extensión tradicionales. Y esa particularidad la da el trabajo en *partnership* con sus relaciones recíprocas entre los componentes del mismo, ya mencionados.

Referencias

1. Ferro BJ.: *Universidad y Desarrollo*. Ediciones Uninorte, Barranquilla, 1985. Página 2.
2. Urrutia M.: *Análisis de la Economía Mundial por el Banco Mundial*. Reseña bibliográfica presentada por Miguel Urrutia en la Revista Coyuntura Económica . Vol. XI. No. 1, Abril de 1981. Bogotá.
3. Ferro BJ.: *Universidad y Desarrollo*. Ediciones Uninorte. Barranquilla, 1985. Página 63.
4. Ferro BJ.: *Visión de la Universidad ante el Siglo XXI*. Ediciones Uninorte. 2ª edición. Barranquilla, 2000. Página 9.
5. Barceló R.: UNI- Barranquilla: *Una modalidad de partnership social. Tomado de la Educación de los Profesionales de la Salud en Latinoamérica. Teoría y Práctica de un Movimiento de Cambio*. Tomo II. Editora Hucitec. Sao Paulo, Brasil, 1999. Página, 29 a 34.
6. Costa H.: et al Red UNIDA. *Un Nuevo Actor Social en el Campo de las Políticas Públicas. Tomado de "La Educación de los Profesionales de la Salud en Latinoamérica. Teoría y Práctica de un Movimiento de Cambio"*, Tomo II. Editora Hucitec. Sao Paulo, Brasil, 1999. Páginas 103 a 108.

PANEL No. 6

RETOS Y DESAFIOS PARA EL POSTGRADO EN AMERICA LATINA

Coordinador:

Dr. Eugenio Radamés Borroto Cruz. Director, Escuela Nacional Salud Pública. Cuba

Ponentes:

Dr. Julio A. Portal Pineda. Ministerio de Salud Pública. Cuba.

Relatores:

Dr. Miguel Garcés. Decano, Facultad de Salud Pública. Universidad "Rafael Landívar". Guatemala.
Dr. Ramón Aneiros- Ribas. Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba.

RELATO

RETOS Y DESAFIOS PARA EL POSTGRADO EN AMERICA LATINA

En la ponencia “Retos y Desafíos para el postgrado en Salud en Cuba”, el Dr. *Julio Portal Pineda*, del Viceministerio de Docencia e Investigación del Ministerio de Salud Pública (Cuba), analizó los principios sobre los que se basa el Ministerio de Salud Pública para dar cumplimiento a los objetivos de la educación de postgrado en salud y señaló que la garantía de su calidad se basa en el desarrollo de proyecciones estratégicas, la acreditación de los centros y el sistema de créditos académicos, así como la evaluación de la competencia y el desempeño profesional. Destacó los principales resultados del postgrado en el Sistema Nacional de Salud de Cuba en los últimos 10 años y los desafíos para el futuro en: (1) fortalecimiento del sistema de postgrado en estrecha interrelación con el desarrollo de la ciencia y la tecnología, (2) informatización de los procesos académicos, (3) desarrollo de la Universidad Virtual de la Salud, (4) fortalecimiento de la intersectorialidad y la municipalización y, (5) ejecución de procesos integrales de desarrollo.

El Dr. *Abel Parker*, de la Biblioteca Regional de Medicina (OPS/OMS), desarrolló la ponencia “La Biblioteca Virtual en Salud y el remodelamiento de la estructura del flujo de información científico técnica en salud en América Latina y el Caribe”. Comenzó su exposición realizando una breve caracterización de la Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) como centro regional de la OPS/OMS especializada en la cooperación técnica en información científico técnica y de los principales resultados que ha logrado desde su fundación hace 33 años. A continuación explica que la Biblioteca Virtual en Salud es el modelo de realización de la cooperación técnica en información científico técnica de la OPS en la era de la Internet. La define como la base distribuida del conocimiento científico-técnico en salud registrado, organizado y almacenado en formato electrónico en los países de la Región, accesible de forma universal en Internet de modo compatible con las bases internacionales, destacando los principios en los que se basa, su arquitectura básica y aspectos relativos a su puesta en marcha, así como los resultados que de ella se esperan.

La Dra. *Elvira Martín Sabina*, del Centro de Estudios para el Perfeccionamiento de la Educación Superior (CEPES), de la Universidad de La Habana, expuso el tema “Experiencias del CEPES en el apoyo de la formación de profesores”. Señala que a partir de la misión definida para ese centro se ha elaborado un plan estratégico hasta el año 2003 que prevé el perfeccionamiento del trabajo en todas sus líneas de acción. A continuación efectúa algunas reflexiones en torno a la formación de los profesores universitarios, particularizando en los modelos de preparación de los profesores y las exigencias que se derivan de los objetivos de formación de los egresados universitarios. A continuación señala las experiencias de su centro con relación a las vías de preparación de profesores en relación a las modalidades de postgrado—talleres, cursos de postgrado, entrenamientos, diplomados, las figuras del postgrado académico (especialidades, maestrías y doctorados), la asesoría metodológica y la investigación científica. Concluye señalando que el apoyo a la formación de los profesores universitarios exige aprovechar todas

estas posibilidades y que ellas se constituyen en centro especial de interés de trabajo del CEPES en apoyo a la formación de los profesores.

En los comentarios surgidos después de las presentaciones se planteó que aún cuando se está ganando conciencia de la importancia del postgrado en América Latina y el Caribe, esta área presenta una situación crítica en algunos países de la Región. Existe desequilibrio en cuanto al número y ubicación de las áreas temáticas que se abordan, quedando postergadas algunas áreas estratégicas.

Se aprecia que el debilitamiento de las investigaciones en las universidades afecta negativamente el desarrollo de programas de formación postgraduada, lo que a su vez repercute sobre la ejecución de investigaciones.

Se hace necesario determinar la necesidad, trascendencia y calidad de los programas, para lo que debe precisarse la situación actual de la educación de postgrado en la Región, en términos de calidad e impacto.

Se evidencia que la Universidad debe trabajar integradamente con los servicios de salud y privilegiar los programas de postgrado en el área de la atención primaria de acuerdo con las necesidades de la realidad latinoamericana y que den respuesta a las necesidades sociales.

En ocasiones los postgrados responden al “credencialismo” que ha comenzado a observarse en la Región, ofertándose múltiples cursos o diplomados de variable calidad que otorgan credenciales que permiten acceder al mercado de trabajo.

Se plantea la necesidad de elaborar proyectos colaborativos entre países de la región, que aborden los aspectos relativos a la investigación y la educación de postgrado, aprovechando las experiencias de los distintos países en estas áreas.

En la plataforma de acción para la próxima década debe lograrse un proceso de transformación al interior de la Universidad, e incorporar el trabajo que se viene realizando en las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, a través de la Biblioteca Virtual de Salud.

RETOS Y DESAFIOS PARA EL POSTGRADO EN SALUD EN CUBA.

Julio Antonio Portal Pineda.

Introducción:

La esencia de la relación entre la Universidad Médica y la Sociedad, está en el grado de vinculación de la institución académica con los problemas de la comunidad y las necesidades de salud de la población, así como con la solución de estos, lo que determina su grado de pertinencia. Por tanto para dimensionar y evaluar la calidad de la Educación Médica no se puede sólo tener en cuenta la excelencia técnica sino también su relevancia social.

Al realizar un análisis sobre el comportamiento de estos problemas en nuestro continente se aprecia, que el contexto latinoamericano, cada día más deteriorado, está caracterizado por crecientes precariedades en las relaciones laborales, incremento de la segmentación y de la 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 la Universidad en una situación de ahogamiento financiero permanente que la 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 dependería, por tanto, de las condiciones concretas de cada país.

La Universidad de nuestros tiempos, está llamada a elevar la calidad de vida de la población y para lograrlo debe desarrollar una serie de acciones entre las que se encuentran, las siguientes:

- Enfoque comunitario: la comunidad debe ser objeto y sujeto de la acción de la Universidad, por lo que la primera debe ser protagonista, participante y destinataria de las actividades universitarias.
- Orientación integradora de lo biológico y lo social: llevar adelante una consecuente incorporación de lo social en el abordaje teórico y práctico de los problemas de salud, lo que implica avanzar en el análisis del proceso vital humano 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 concretar metodológica y estratégicamente la atención de los problemas de salud.
- 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.

- Vincular el trabajo en salud con el trabajo productivo, lo cual permitirá revocar la concepción de que la salud es un gasto y no una inversión, y por otra parte asumir el papel de generador de riquezas produciendo insumos, fármacos, equipamientos, instrumentos, etc.
- Articulación docencia-servicios-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 del cambio y transformación de la realidad.
- Actitud de autocrítica permanente en la Universidad en el cumplimiento de su misión frente a su trabajo conceptual, metodológico y operativo. Además de autocrítica, la Universidad debe tener una permanente práctica democrática en todos los campos de su actividad.
- Necesidad de una ética de la práctica universitaria que comprenda tanto la actividad docente, asistencial como investigativa.
- 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.

Por todo esto se reconoce a la Universidad como un espacio **social** de producción, transmisión y aplicación del saber, la técnica, la cultura, el arte y la tecnología necesaria 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, esto constituye uno de los grandes retos de estos tiempos en nuestro continente.

La realidad de la Universidad Médica cubana es distinta a la de la mayoría de las universidades del continente dada las especificidades de nuestro régimen social donde se le da prioridad a la Educación y la Salud sobre la base del desarrollo del país, bajo la consideración que el recurso humano es el principal factor para el desarrollo.

La Universidad Médica Cubana para cumplir los retos actuales que le impone el desarrollo social, dirige sus mayores esfuerzos a la formación y superación constante de sus profesionales.

Por lo que en la presente ponencia reflexionaremos específicamente sobre nuestro sistema de educación de postgrado.

Desarrollo.

La Educación de postgrado es una de las direcciones principales de trabajo del Ministerio de Salud Pública, su consolidación en las condiciones actuales de nuestro país, es imprescindible para mejorar los indicadores de salud de la población y lograr una mejor calidad de vida.

La Educación de postgrado en salud tiene como objetivos centrales la formación académica de postgrado, la que constituye un conjunto de procesos de adquisición de capacidades que posibilitan a los graduados universitarios alcanzar un nivel cualitativamente superior desde el punto de vista profesional y científico y la superación profesional, la que garantiza la adquisición, ampliación y perfeccionamiento continuo de los conocimientos y las habilidades básicas y especiales requeridas para un mejor desempeño de sus responsabilidades y funciones laborales, así como para el desarrollo cultural integral.

La formación académica incluye la especialización, las maestrías y los grados científicos, modalidades que permite obtener profesionales con una alta competencia profesional y avanzadas capacidades para la investigación científica, técnica y humanística, lo que se reconoce con un título oficial o un grado científico.

La superación profesional incluye los diplomados, cursos, entrenamientos y otras formas y contribuyen a elevar la efectividad y calidad del trabajo y la formación cultural de los egresados.

Para dar cumplimiento a estos objetivos de la Educación de Postgrado nos basamos en los siguientes principios:

1. Integración al Sistema Nacional de Salud: el Ministerio de Salud Pública de Cuba traza las estrategias, dirige, desarrolla, controla y evalúa la formación académica y la superación de todos los profesionales que se encuentran en el sistema.
2. Integración docente – asistencial – investigativa: este principio esta estrechamente ligado a la Educación en el Trabajo y constituye la articulación entre las instituciones educacionales y de atención médica con el objetivo de elevar la calidad de salud, ya que la atención médica y el proceso enseñanza- aprendizaje se convierten en una unidad dialéctica, las que tienen como eje integrador y factor determinante la investigación.
3. Educación en el Trabajo: esta forma de la enseñanza asumida para enseñar en la propia actividad de atención de salud se puso en práctica en la enseñanza de pregrado y se ha generalizado para toda la formación médica y paramédica y se ha convertido en principio, pues además de asumirse como forma de organización de la enseñanza, constituye un método de enseñanza en sí misma. La Educación en el Trabajo tiene un objetivo formativo. al desarrollarse en el propio espacio de su futuro trabajo y aprendiendo con los propios métodos de la profesión; y es un objetivo económico pues contribuye a satisfacer las necesidades de salud de la población.
4. Estudio y trabajo independiente: supone la ruptura de la dependencia en los modos de actuar, es decir, en el pensamiento y la acción profesional, por lo que garantiza, unido a los otros principios, la independencia cognoscitiva, la creatividad en la actuación y la toma de decisiones médicas con un fundamento científico en la solución de los problemas de salud.

5. Enseñanza tutorial: este principio tiene mayor valor en la formación académica donde el profesor se convierte en observador y orientador de la acción, con amplia responsabilidad, conjuntamente con el educando, en la atención de salud que se ofrece a la población.
6. Planes y Programas que respondan a las necesidades de salud: los planes de estudios son diseñados para dar respuesta a los problemas de salud que tiene que resolver el egresado en dependencia de su perfil.
7. Gestión de calidad: el proceso se monitorea de forma interna y externa en las diferentes etapas para garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Estos principios descansan sobre los siguientes pilares de calidad:

- Proyecciones estratégicas: el sistema de postgrado se dirige a la preparación de los profesionales del sistema para enfrentar y darle solución a los programas estratégicos de la salud pública en el país y así lograr el correcto desempeño profesional en las misiones que estos establecen, entre los más importantes se encuentran el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud, el desarrollo de tecnologías médicas y la consolidación del Programa Nacional de Medicamentos.
- Acreditación docente: está dirigida a la comprobación en los centros de salud, de las condiciones humanas y materiales necesarias, para la formación y superación de los recursos humanos del sistema con alta calidad de forma tal que permita satisfacer las necesidades de los servicios y brindar una adecuada asistencia a la población. La acreditación docente se basa en los siguientes principios básicos: certificativa continua, temporal, descentralizada, flexible y es un indicador de calidad.
- Sistema de créditos académicos: posibilita mejorar la planificación y organización de la superación profesional, en busca de una mayor excelencia en la calidad de los servicios que se brinden a la población, al constituir una unidad de medida que expresa el grado de profundidad y extensión de los contenidos previstos en un programa de estudios del sistema de educación de postgrado, así como los resultados alcanzados en el desarrollo y producción científica de los profesionales que laboran en el sistema. Es una medida objetiva para evaluar la profundidad y actualización científica de los conocimientos adquiridos, así como el desarrollo de la superación profesional.
- Evaluación de la competencia y el desempeño profesional: la calidad de un servicio de salud, parte del nivel de competencia (sabe y sabe hacer) y desempeño (hace) de sus trabajadores en el cumplimiento de sus funciones laborales y sociales. Esta evaluación se desarrolla tanto a través de la evaluación interna que realiza la propia institución a sus unidades organizativas y áreas de trabajo; como mediante la evaluación externa que ejecuta el municipio, la provincia o la nación a una institución o unidad de salud. El análisis de los resultados de estas evaluaciones permite adoptar los procesos de

intervención que correspondan: motivacionales, organizacionales, gerenciales o capacitantes.

Este proceso consta de 5 momentos principales: el análisis de los procesos de salud y del trabajo, la evaluación de la competencia y el desempeño profesional, la identificación de problemas y necesidades, diseño y ejecución de las intervenciones y monitoreo y evaluación del impacto.

Consecuencia de esta estrategia de trabajo que se ha venido desarrollando para dar cumplimiento a los retos que nos ha impuesto el propio desarrollo social y tecnológico, se han alcanzado logros, entre los que podemos enumerar los siguientes:

1. Formación superior a los 34 600 especialistas en más de 50 especialidades y de ellos 20 000 en Medicina General Integral, además de haber formado más de 1000 especialistas de más de 100 países; en particular de América Latina y el Caribe.
2. Surgimiento de nuevas especialidades médicas para dar respuesta al desarrollo de la Ciencia y la Técnica, entre las que se encuentran Medicina Tradicional y Natural, Medicina Intensiva y Emergencia y Estomatología General Integral.
3. El surgimiento de las maestrías como parte de la formación académica postgraduada que prepara recursos humanos altamente calificados para la investigación.
4. El establecimiento del Sistema de Créditos Académicos.
5. Introducción, validación y generalización de la evaluación de la competencia y el desempeño profesional, vinculado con los procesos de formación y superación técnica y profesional.
6. Establecimiento de los diplomados como forma de superación profesional que perfecciona los recursos humanos desde el punto de vista científico y para el desempeño.
7. Descentralización del Subsistema de Educación de Postgrado a todos los Centros de Educación Médica Superior del país.
8. El desarrollo de la Educación a Distancia, el surgimiento de la Universidad Virtual y la creciente incorporación de las nuevas técnicas de la información científica a la docencia, la investigación y la atención médica.

Recursos Docentes con los que hemos contado:

El sistema de salud cuenta con una red de Centros de Educación Superior a todo lo largo del país conformada por 4 Universidades Médicas, 22 Facultades de Medicina, 1 Escuela Latinoamericana de Medicina, 4 Facultades de Estomatología, la Escuela Nacional de Salud Pública y Centros de Información Científica que han permitido hacer realidad los propósitos

trazados. Estos centros son rectores para la educación postgraduada en cada una de las 14 provincias del país, contando con un claustro superior a los 8 300 docentes.

Desafíos para el Nuevo Milenio:

1. La lucha contra la descalificación de los profesionales de la salud tomando como premisa que la superación es una inversión para el desarrollo.
2. Fortalecimiento del Sistema Postgradual en estrecha interrelación con el desarrollo de la ciencia y la tecnología.
3. Informatización de los procesos académicos.
4. Desarrollo de la Universidad Virtual de la Salud.
5. Perfeccionamiento del Sistema de Superación Profesional y Científico Académico.
6. Preparar los recursos humanos para el perfeccionamiento continuo del Sistema Nacional de Salud y de la Educación Médica Superior. Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud, intersectorialidad, municipalización y mejoramiento de la gestión.
7. Ejecución de proyectos integrales de desarrollo y colaboración con universidades y centros investigativos, tanto del ámbito nacional como extranjero.
8. Incrementar el nivel de acceso a fuentes de información tanto primarias como secundarias y evaluar el grado de desarrollo de las instituciones existentes, haciendo énfasis en la diseminación selectiva de la información.

Estimados colegas, los latinoamericanos tenemos que sentir que los retos y desafíos de unos son los de todos, sentir que la Universidad Médica Latinoamericana es una sola, la que está llamada a la formación y superación de los profesionales encargados de darle mejor calidad de vida a los pobladores del continente, la cooperación cubana es hoy un modesto ejemplo de lo que podemos hacer entre los países del sur, por lo que el llamado es a cada día unirnos más, para que nuestros pueblos disfruten del más esencial de los derechos humanos que es el acceso a los servicios de salud.

La Universidad Médica cubana no detendrá su camino en la integración, meta posible y más que todo necesaria.

Muchas Gracias.

PANEL No. 7

**LA PERSPECTIVA DE LA UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA DE
CARA AL NUEVO MILENIO.**

Coordinador:

Dr. Juan Carrizo Estévez. Rector, Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas. Cuba.

Ponentes:

Lic Rosa María Nájera. Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Enfermería.

LA PERSPECTIVA DE LA UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA DE CARA AL NUEVO MILENIO.

Rosa María Nájera.

En estos días hemos venido escuchando por personal experto procedente de diversos países y representando diversas instituciones, la situación de salud en los países de América Latina, así como la postura de la Universidad. Muchos y muy acertados comentarios se han vertido, que no repetiré, aunque recomiendo que los tengamos presentes en todo momento de nuestro quehacer universitario.

Es en este contexto que me gustaría referirme en relación con la perspectiva de la Universidad Latinoamericana de cara al nuevo milenio, un aspecto muy concreto que tiene estrecha relación con las funciones sustantivas de la universidad, como la ciencia, la investigación y la difusión de la cultura.

Con relación a la docencia la Universidad debe continuar formando recursos humanos con las respectivas coberturas que respondan a demandas sociales en tres grandes vertientes:

1. En el sistema cultural, le corresponde a la Universidad la formación de la identidad nacional o sea inculcar valores que aseguren que el orden social esta funcionando, no quiero decir con esto que se pretenda preparar un recurso humano idóneo, el objetivo esencial es el que cada estudiante se desarrolle plenamente en correspondencia con sus potencialidades y que esté en capacidad, disposición y talento y energías al servicio de la educación.
La educación no sólo debe posibilitar el dominio de un saber sino también el saber hacer y el saber ser. Esto último está determinado por la formación de un conjunto de cualidades de la personalidad, los cuáles deben nacer de la interiorización de los mejores valores humanos nacionales y universales. Así lo esencial en el proceso educativo, no es la transmisión de la información, sino que se logre que los alumnos aparte de esa información sepan hacer, sepan resolver los problemas de la vida cotidiana, para lo cual necesitan interiorizar la esencia de la información, que además más que recibirla, deben continuarla. Las actitudes, las comunicaciones, los valores, no se transmiten, se forman.
2. La segunda vertiente corresponde al sistema político, donde la Universidad debe preparar a los jóvenes en la participación democrática en la vida política de la sociedad a partir de ciertos valores y comportamientos específicos que la

Universidad debe contribuir decididamente a formar. En el espacio universitario es donde se debe debatir, dialogar y participar en la construcción o consolidación de la democracia, aspecto en el que la actitud y el saber de los docentes, autoridades y administradores, tienen un papel importante, ya que de su comportamiento ante brechas concretas es que se mostrará a los estudiantes la conducción que frente a esas brechas hacen los maestros y autoridades.

3. La tercera vertiente es el sistema económico, para lo cual se debe impulsar el logro de un mundo productivo y el aporte científico para el desarrollo, la Universidad está en la mejor posibilidad de programar tanto la formación de recursos humanos, como de producción científica a necesidades sociales de cada país y de cada región, debe ir más allá de preparar los cuadros de profesiones tradicionales e históricamente establecidos.

Por lo que respecta a la investigación científica hay que reconocer que esta es la clave para encontrar respuesta rápida y efectiva de potenciar las posibilidades existentes y de acelerar, el enorme salto de orden cualitativo que se requiere.

La creación de conocimiento y el consumo de la producción científica, deben continuar siendo elementos claves en la Universidad, no solamente potenciando las investigaciones de frontera, sino haciendo de la investigación una herramienta de estudiantes y profesores para abordar la realidad. Se requiere por otra parte crear un verdadero sistema de investigación donde las áreas, las líneas y las directrices, para crear, recrear y utilizar los productos de la investigación respondan a demandas particulares y reales de la población y no a intereses particulares, como es por ejemplo el caso de algunos laboratorios internacionales

En una época de transformaciones tan acelerada como la actual y las demandas tan exigentes sobre la educación se requiere de verdaderas reformas en los planes de estudio que se caractericen por ser flexibles, que tengan capacidad para adaptarse y dar respuesta a las necesidades del desarrollo de las sociedades que incorporan conceptos que se perciben necesarios, como es la enseñanza transcultural, la diversidad y la movilidad académica, y la creación de redes.

El estudio de los avances de las ciencias, unidas a las experiencias acumuladas en la práctica educativa, son puntos de partida en la concepción de un conjunto de exigencias dirigidos a las transformaciones del proceso de enseñanza – aprendizaje, de modo que propicie eliminar los rasgos negativos de la enseñanza tradicional en la que el sujeto tiene una posición positiva, con pocas posibilidades de aplicar el conocimiento, con escasas habilidades de trabajo independiente, pobremente vinculada con la vida, entre otros rasgos significativos.

La transformación esperada deberá acentuar en los educandos su posición activa en la búsqueda del conocimiento, su interacción consciente con este a un nivel teórico de argumentar y discutir sus puntos de vistas, de generar suposiciones, de elaborar y resolver problemas, de aplicar el conocimiento, de valorarlo, de planificarlo, de controlar y evaluar su trabajo y de actuar con independencia.

En la búsqueda por transformar el proceso de enseñanza – aprendizaje, *Margarita Silvestre Oramas*, señala un conjunto de exigencias que se requiere para un aprendizaje cualitativamente superior, que son las siguientes:

- Preparar al alumno para las exigencias del proceso de enseñanza aprendizaje (diagnóstico), introduciendo el nuevo conocimiento a partir de los conocimientos y experiencias precedentes.
- Estructurar el proceso de enseñanza – aprendizaje hacia la búsqueda activa del conocimiento por el alumno, teniendo en cuenta las acciones a realizar por este en los momentos de orientación, ejecución y control de la actividad.
- Concebir un sistema de actividades para la búsqueda y exploración del conocimiento por el alumno, desde posiciones de reflexión, que estimule y propicie el desarrollo del pensamiento y la independencia en el estudiante.
- Orientar la motivación hacia el objetivo de la actividad de estudio y mantener su constancia. Desarrollar las necesidades de aprender y de entrenarse en como hacerlo.
- Estimular la formación de conceptos y el desarrollo de los procesos lógicos de pensamiento, el alcance del nivel teórico, en la medida que se produce la apropiación de los conocimientos y se eleva la capacidad de identificar y resolver problemas.
- Desarrollar formas de actividad y comunicación colectivas, que permitan favorecer el desarrollo individual, logrando la adecuada interacción de lo individual con lo colectivo en el proceso de aprendizaje.
- Atender las diferencias individuales en el desarrollo de los estudiantes, en el tránsito del nivel logrando hacia el que se aspira.
- Vincular el contenido de aprendizaje con la práctica social y estimular la valoración por el alumno en el plano educativo.

Estas exigencias didácticas son el resultado de estudios teóricos – experimentales que han permitido corroborar su efectividad, como condiciones didácticas al concebir el proceso de enseñanza – aprendizaje.

En el aspecto macro de la Universidad las perspectivas de cara al nuevo milenio son:

- Defensa de la autonomía y del carácter público
- Evaluar a través de una metodología científica sus funciones sustantivas tanto al interior como al exterior. Con el fin de detectar problemas y verificar fortalezas y debilidades que involucran a los grupos de personas que los integran, alumnos, profesores, administradores y autoridades.
- Establecer un proceso de movilidad académica tanto entre universidades como instituciones del sector salud, empresas y agencias financiadoras de proyectos.
- Crear y establecer mecanismos de enseñanza que abarque al sector productivo y popular, con seguimiento y continuidad que involucren con análisis crítico tecnologías innovadoras.
- Promover la enseñanza internacional y por la diversidad tanto en el pre como en el postgrado.
- Crear, fortalecer el trabajo multiprofesional, intersectorial e interdisciplinario.
- Propiciar el diálogo y la discusión de los problemas y situaciones que contribuyan con los países en un momento dado.
- Disminuir la brecha que existe entre unas universidades y otras, entre un mismo país y entre diferentes países, creando un sistema de redes entre universidades.
- Fomentar la solidaridad entre las diferentes regiones y países fundamentalmente cuando existen situaciones de emergencia.
- Difundiendo modelos exitosos y propiciando el intercambio y conocimiento de las mismas, (Escuela Latinoamericana de Medicina, UNI) innovaciones curriculares.
- Propiciar y desarrollar investigaciones multicéntricas con proyectos de estudios que sean significativos por las grandes mayorías.
- Continuar con el papel de comunicación social y detectora de problemas sanitarios.

Estas memorias recogen los documentos recibidos de los ponentes en la Secretaría del Encuentro. Los temas que aparecen en el Programa de Trabajo y que faltan en estas Memorias, no estuvieron disponibles para su reproducción.