

Editorial

LA UNIVERSIDAD Y SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

Carlyle Guerra de Macêdo
Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

Las universidades deben constituirse en la conciencia crítica de la sociedad y, en esa calidad, ser el principal instrumento para promover las transformaciones necesarias. En efecto, durante el transcurso de nuestra historia, ha sido en ellas donde han germinado los principios de cambio y las ideas innovadoras que podrían convertirse en propuestas de transformación de nuestras sociedades. En la práctica, sin embargo, las universidades no han llegado a cumplir esa función renovadora.

El proceso social, de naturaleza predominantemente política, en nuestros países se ha caracterizado por la inercia o resistencia al cambio, expresión fundamental de la actitud conservadora prevaleciente. La universidad, como síntesis del proceso social y espejo de las contradicciones que se observan en la sociedad, apuntala ese comportamiento, perpetuándose internamente como estructura conservadora, aunque se pronuncien en ella discursos revolucionarios. En consecuencia, ha servido sobre todo para consolidar el status quo de nuestras sociedades, mediante la consolidación o reproducción de valores establecidos o alienantes.

Eso se expresa en algunos aspectos de la generación de conocimientos —una de las funciones básicas de la universidad— que en lugar de encauzarse hacia el cambio o la transformación, se concentra fundamentalmente en la duplicación de conocimientos originados en el exterior, es decir, producidos en sociedades estables o en vías de estabilización, que seguramente no son los modelos más adecuados para apoyar el proceso de reformulación que necesitamos.

**. . . la universidad tiende a aislarse en la ejecución
de sus actividades . . .**

Por otro lado, como consecuencia de ese proceso global, la universidad tiende a aislarse en la ejecución de sus actividades, aun cuando se propone incorporarse al movimiento social. Los claustros del pasado han subsistido hasta nuestros días; modificados sí, pero aún presentes.

En ese contexto merece considerarse especialmente la proposición de que la formación de recursos humanos debe orientarse hacia la atención de las necesi-

dades reales de salud de la población como un todo. De hecho, esa proposición que se basa en el valor que exponemos los que pretendemos transformar y edificar sociedades más justas, en proclamaciones de equidad, hasta hoy no ha sido más que una utopía.

En términos concretos, las demandas hechas por la población no reflejan adecuadamente las necesidades sociales. Los servicios de salud, a lo largo del proceso histórico que les dio forma, se han encaminado fundamentalmente a satisfacer los requerimientos de los grupos que, por una mayor participación en la distribución del poder, han podido sustentar e imponer sus exigencias en la distribución de los escasos recursos de la sociedad. Son esos grupos los que pueden expresar sus demandas.

. . . la formación de los recursos humanos sigue orientándose hacia la atención . . . que requieren las minorías.

Esa concreta realidad política convierte el concepto de adecuación de los recursos humanos a las necesidades de salud de la población en una quimera buscada, anhelada e incluso necesaria, pero que nunca ha dejado de ser una quimera. Contra la voluntad de muchos en la universidad y pese a los esfuerzos realizados por evitarlo, la realidad es que la formación de los recursos humanos sigue orientándose hacia la atención de las demandas sociales y la práctica médica que requieren las minorías.

. . . la situación es el resultado histórico de una evolución social caracterizada por persistentes desigualdades.

En consecuencia, los métodos de planificación empleados para el desarrollo de los recursos humanos de salud encierran graves limitaciones. Cuando esos recursos se conciben en función de necesidades definidas desde el punto de vista técnico, los planes formulados no se ajustan a la realidad. Sin embargo, si los recursos se proyectan según las demandas expresadas —y sustentadas políticamente de acuerdo con la distribución del poder social— estamos apoyando el mantenimiento del status quo y pasando por alto la atención de los grupos carentes de poder. Lo mismo sucede cuando se planifican los recursos humanos de acuerdo con la oferta de servicios o recursos disponibles, pues la situación es el resultado histórico de una evolución social caracterizada por persistentes desigualdades. Esta es la gran contradicción que existe entre lo que nos proponemos hacer y lo que de hecho se cumple. Dentro de esa contradicción hay ciertas verdades evidentes, de las cuales, en esta ocasión, cabe destacar dos.

La primera es que tanto las acciones concretas de salud como las condiciones en que se realizan (incluidas las condiciones de trabajo y, sobre todo, las de empleo o utilización de la fuerza de trabajo), definen o determinan el tipo, la estructura y la composición de los recursos humanos en salud de una sociedad.

Si se relaciona ese hecho con la función que la universidad ejerce en la validación del proceso social veremos que, de hecho, la universidad, en su función de formar profesionales, no responde a las necesidades de salud de la población sino más bien a los requerimientos sociales expresados en la demanda efectiva. La universidad, por lo tanto, cumple con sus obligaciones ante la sociedad y atiende, aunque a veces con demora, las demandas reales y concretas que esta le impone. No obstante, al hacerlo reafirma las prácticas que satisfacen esas demandas sin desarrollar procesos y acciones para cambiar las condiciones que las generan.

La segunda verdad que se percibe a través de la contradicción notada se refiere a la influencia que ejerce la tecnología como factor determinante de rigidez y anquilosamiento en las prácticas de salud, lo cual constituye uno de los grandes desafíos del momento. El problema reside, primero, en la propensión de nuestras sociedades y de los sistemas de salud pertinentes a incorporar —por lo general acríticamente— las más sofisticadas tecnologías de vanguardia y, segundo, en la forma en que las utilizan.

...del 15 al 30% de las atenciones prestadas en los niveles secundario y terciario son absolutamente innecesarias.

Los sistemas de salud de América Latina destinan actualmente del 80 al 90% de los recursos disponibles a la prestación de servicios en los niveles de atención secundario y terciario. Esto indica que, a pesar de la insistencia en lo que ya son temas antiguos, la prevención de enfermedades, promoción de la salud y atención primaria no han surtido efectos significativos en la transformación de la estructura de los servicios ni en la distribución de los recursos. Las observaciones empíricas realizadas en algunos países de la Región indican que del 15 al 30% de las atenciones prestadas en los niveles secundario y terciario son absolutamente innecesarias. Considerando solo la cifra menor, del 15%, frente al 80 ó 90% de todos los recursos dedicados a esos niveles de atención, es fácil deducir que la cantidad de recursos desperdiciados en actividades innecesarias es superior a la que se invierte en prevención, fomento e incluso en programas específicos de atención primaria. Si a ello se agregan la ociosidad y la falta de adecuación tecnológica específica, podemos afirmar que en América Latina se está desperdiciando por lo menos una tercera parte de los recursos disponibles para la atención de salud de la población. Calculada en dólares esa cantidad oscilaría entre unos 10 000 y 14 000 millones anuales, aproximadamente. Aparte de la situación política, la cuestión tecnológica quizá sea el factor principal que propicia la situación. No solamente condiciona directamente el empleo inadecuado de los recursos sino también el comportamiento de los agentes pro-

ductores y de los consumidores, los patrones de organización y operación de los sistemas y de las unidades productoras, y la asociación de intereses ajenos a la salud de la población. Deben efectuarse grandes cambios y es en esta área donde el sector salud enfrenta uno de sus mayores desafíos: la evaluación y revisión del proceso tecnológico global y de tecnologías específicas. El superarlo constituye la condición *sine qua non* para desembarazar el camino y alcanzar la meta de salud para todos con equidad, efectividad, eficiencia y participación.

En vista de los comentarios anteriores, cabría preguntar en qué medida la universidad, como integrante de la sociedad, ha participado en muchos de los esfuerzos desplegados para resolver esos problemas.

Lo que se relata a continuación guarda una relación más directa con la formación del médico pero puede tomarse como ejemplo de lo que ocurre en la formación del personal de salud de otras categorías profesionales.

...el flexnerianismo ... generó, entre otras cosas, el culto a la enfermedad y no a la salud ...

En lo que va del siglo se han manifestado muchos movimientos e iniciativas en lo que respecta al proceso de formación profesional. El primer movimiento, que quizá sea el más antiguo y aún continúa vigente, partió de la necesidad de desarrollar las escuelas y las instituciones para permitir una mejor capacitación tecnicocientífica de los recursos humanos. Ese fue el "flexnerianismo", iniciado hace más de 70 años y todavía expresado en muchas de las actividades formativas de nuestras universidades. Aunque tuvo consecuencias y resultados muy importantes fue también y sigue siendo un factor contribuyente a algunos de los despropósitos que hoy tenemos que afrontar. Basado en un paradigma fundamentalmente biológico y casi mecanicista para la interpretación de los fenómenos vitales, ese movimiento generó, entre otras cosas, el culto a la enfermedad y no a la salud, y la devoción a la tecnología y a la asistencia compleja —que se expresa en la veneración del hospital— bajo la presunción ilusoria de que ese sería el centro de actividad científica y de atención a la salud.

Como reacción a ese movimiento surgió una nueva orientación vinculada a la medicina preventiva y social, que brindó aportes importantes a los conocimientos médicos. Estimuló además el progreso en el área de la planificación y organización de los servicios, que se habían mantenido siempre como actividades o experiencias al margen de las universidades y de los sistemas de servicios de salud y, en consecuencia, excluidas de la práctica social de la atención de salud integral. Si bien ello representó un gran avance, fue insuficiente.

Presenciamos igualmente un movimiento todavía activo que promueve una mejor formación mediante el desarrollo y la aplicación de tecnologías didácticas. A medida que las varias escuelas interpretan el proceso enseñanza-aprendizaje, cada una formula y desarrolla metodologías específicas para mejorar el proceso de enseñanza. Tanto las escuelas estructuralistas como las basadas en conceptos y prácticas sobre la vida y, sobre todo, las escuelas funcionales y del comportamiento dieron origen a distintas tecnologías educacionales. Sin em-

bargo, todas han acusado limitaciones al aplicarse al contexto más amplio del fenómeno de la salud y del lugar que deben ocupar las tecnologías en los elementos de formación relacionados con las prácticas sociales de salud.

Hace poco surgió también el movimiento de integración docente-asistencial, que procura lograr la articulación e integración de las actividades de enseñanza e investigación con los aspectos propios del sector asistencial. Como variante de ese movimiento, y tal vez como experiencia piloto, actualmente estamos intentando la integración docente-asistencial en salud, en el ámbito de las realidades concretas de comunidades específicas o como parte de proyectos integrados de desarrollo comunitario.

En América Latina, por lo general, esos movimientos solo se han concretado en ensayos aislados y poco reproducibles. Demuestran una línea de conducta de la universidad que la caracteriza como estructura externa a la práctica social de la salud. Por otro lado, son un modo de comprobar que, en última instancia, es la práctica social de salud la que prevalece y la que debe convertirse en núcleo dinámico y motor del proceso de transformación que todos deseamos. La aceptación de ese hecho es ya casi universal. Define la manera en que la universidad puede cumplir con su función crítica e innovadora: insertándose en esa práctica y ayudando efectivamente a cambiarla.

Salud para todos es un nuevo desafío . . . constituye una doctrina de acción . . .

Salud para todos es un nuevo desafío y, más que un lema de escaso significado, constituye una doctrina de acción expresada en tres conceptos fundamentales: 1) el concepto de equidad, la quimera y utopía que debemos perseguir a pesar de todo; 2) el concepto de eficacia/eficiencia, porque no es justo que continuemos desperdiciando los escasos recursos de salud disponibles mientras se mantiene una parte importante de la población privada de atención y los costos sociales se elevan en forma extraordinaria, y 3) la idea de que salud para todos exige la participación no solo del personal de salud sino también de la propia población, las comunidades, los gobiernos, las sociedades y las naciones, y que esa participación debe asumir una dimensión intersectorial.

. . . en América Latina y el Caribe tendremos que hacer frente a las necesidades de unos 180 millones de nuevos habitantes . . .

Las proyecciones para el año 2000 —que está apenas a unos 15 años de nuestros días— indican que en América Latina y el Caribe tendremos que hacer frente a las necesidades de unos 180 millones de nuevos habitantes que vivirán todos en ciudades, con patrones de consumo y demanda propios de una cultura

urbana en constante expansión. La población tendrá una proporción más alta de gente mayor y será más exigente desde el punto de vista social y político.

... los trastornos cronicodegenerativos adquieren proporciones cada vez mayores y un dominio progresivo ...

Tendremos que enfrentarnos a un ambiente sometido a intensas presiones producidas simultáneamente por la actividad económica y el propio comportamiento social, lo que empeora la situación y redundando en mayor agresividad y complejidad. Estamos, por ende, frente a una transformación que cada día se hace más patente en la participación relativa de las enfermedades.

... que la salud sea, por definición, parte integral del desarrollo ...

Cuando todavía no hemos superado los problemas de salud más sencillos, prevenibles con tecnologías poco complejas de las que disponemos hoy día, los trastornos cronicodegenerativos adquieren proporciones cada vez mayores y un predominio progresivo. Si no fuimos capaces de resolver los problemas relativamente sencillos que teníamos que afrontar en el pasado, ¿podremos hacerlo ahora que son más complejos y estamos apenas a 15 años del año 2000? La respuesta puede ser afirmativa si iniciamos la revolución necesaria en el campo de la salud, que consiste en ajustar el foco de atención predominante que se da a la enfermedad, dirigiéndolo a la preocupación concreta y prioritaria por la salud. Ese enfoque se expresa en la utilización plena de la atención primaria, no solo en forma de programas aislados destinados a atender las poblaciones marginadas sino especialmente como estrategia para la evaluación y revisión de todo el sistema de salud y, en particular, de sus niveles de atención más complejos, es decir, como mecanismo de renovación del sistema de salud en su totalidad, para ponerlo al servicio de la población. Dentro de esa estrategia deberá considerarse específicamente la importancia de la formación de recursos humanos, conferir capacidad de solución a los servicios de nivel primario de atención e incorporarlos al sistema para que sirvan como instrumento de transformación de los niveles secundario, terciario y cuaternario. En cuanto al desaffo tecnológico antes mencionado, no se trata de eliminar la tecnología compleja que es necesaria y conveniente sino de colocarla dentro de los límites y condiciones adecuados de manera que sea realmente útil para la salud de la población.

Ese proceso exige igualmente que la salud sea, por definición, parte integral del desarrollo para que las soluciones de las crisis, como la que vivimos al presente, no menoscaben la atención a las necesidades básicas de la población y los

sistemas y los métodos de planificación del desarrollo incluyan la salud en forma explícita, no como consecuencia marginal o residuo de la manipulación de las variables económicas.

Por último, esta proposición comprende el desafío de lograr que en esta región del mundo se establezcan mecanismos de cooperación efectiva entre los pueblos, gobiernos, instituciones y sociedades de diferentes países y dentro de cada país. Cooperación para que cada porción de trabajo realizado ayude al adelanto general. Cooperación para forjar una nueva realidad social en la que prevalezcan los tres conceptos y principios más importantes de nuestra cultura: libertad, democracia y justicia social. Cooperación que sirva también para fundar la paz, que como la justicia social, la democracia y la libertad sea otra de las muchas dimensiones de la salud.

De todo lo expuesto se desprende que el desafío que debemos afrontar para lograr esa meta y doctrina de salud para todos en el año 2000 es, sobre todo, de índole política y a la vez tecnoadministrativa. Es preciso impulsar o intensificar el empeño de contraer el compromiso que permita afrontar ese desafío político con probabilidades de éxito.

... primero es forzoso que nos transformemos a nosotros mismos como personas y como instituciones ...

Las experiencias del pasado no nos alientan a creer que seamos capaces de superarlo porque primero es forzoso que nos transformemos a nosotros mismos como personas y como instituciones; pero sueño con una nueva universidad, una nueva universidad de compromiso, una nueva universidad de servicio y al servicio de la construcción de nuevas sociedades. Si lo que proponemos es una

La crisis política ... desvía la atención debida a los problemas esenciales de la vida.

nueva quimera, es una quimera que tenemos que perseguir con ahínco y sin desmayo para que al fin pueda formarse al personal de salud necesario, el que debe cumplir con el compromiso social, el que resolverá los problemas de salud; en fin, personal para crear salud. La formación de recursos humanos será entonces un continuo en su método y práctica, un continuo de los procesos de enseñanza y aprendizaje, investigación y prestación de servicios.

No será fácil cumplir con tan ardua tarea; además el análisis de la situación actual y las perspectivas que de ella se derivan, nos dan pocos motivos de optimismo. El momento crítico que estamos viviendo dificultará aun más la situación. El trance económico limita las posibilidades de asignación de recursos a los sectores sociales, a la solución de problemas y a la disponibilidad de insumos

... creer —a pesar de la realidad e incluso de la propia razón— en el destino del hombre y en nuestra capacidad de forjarlo ...

críticos. La crisis política conduce al deterioro de las relaciones sociales en los países, tanto internas como internacionales, y desvía la atención debida a los problemas esenciales de la vida. Es también una época de crisis en las costumbres y la cultura. Todo esto crea impedimentos mucho mayores de los que hemos tenido que vencer en el pasado. Sin embargo, seguimos convencidos de que la meta que nos proponemos alcanzar y la doctrina que definimos pueden convertirse en realidad si mantenemos la voluntad firme en el compromiso adquirido, aunque ello signifique creer —a pesar de la realidad e incluso de la propia razón —en el destino del hombre y en nuestra capacidad de forjarlo. La universidad, más que cualquiera otra institución, debe ser el ámbito y el instrumento de ese esfuerzo de autocrítica: esa es la condición para que pueda convertirse en conciencia crítica de la sociedad y en dinamo de su transformación.