

AGENDA PARA LA SALUD EN LAS AMERICAS

*Dr. Abraham Horwitz
Director de la Oficina Sanitaria Panamericana*

*Introducción al Informe Cuadrienal del
Director, 1966-1969 (Documento Oficial de la OPS 101).*

Las decisiones de orden político que tuvieron influencia directa en la salud de los habitantes de las Américas en el cuatrienio 1966-1969, son parte de una secuencia de hechos históricos que ocurrieron en la década iniciada en 1960. La Declaración de los Presidentes de América, de abril de 1967, reafirmó y amplió los postulados y objetivos de la Carta de Punta del Este. La primera Reunión Especial de Ministros de Salud del Continente (abril de 1963), que le dio un marco de referencia y un contenido funcional al último de dichos documentos, fue seguida por la segunda, que tuvo lugar en Buenos Aires en octubre de 1968, y en la cual se analizaron en medidas prácticas los pronunciamientos de los Jefes de Estado.

Lo que se ha realizado en dicho cuatrienio en materia de salud no puede disociarse de estos acontecimientos trascendentes del decenio. Han ocurrido en este período profundas transformaciones en las ideas, en la conducta, en las costumbres y en las aspiraciones de seres humanos y Gobiernos, que en nuestro campo son singulares y deben destacarse.

Lo más distintivo—lo que constituye el fundamento de un verdadero cuerpo de doctrina—es la aceptación de la salud como un componente del desarrollo económico y social. La convicción que se tiene sobre esta interrelación requiere aún de mayores demostraciones. Si bien deberían, no bastan los argumentos de orden moral, aunque apunten a la obligación de toda sociedad de prevenir y curar las enfermedades de los habitantes. Casos concretos revelan que es posible identificar el significado que tiene una población sana para el crecimiento de la economía y el mejoramiento del bienestar. Es indispensable investigarlos y multiplicarlos hasta que sea posible formular una teoría que fundamente la mutua dependencia de la salud y el desarrollo. Esta forma de pensar indica que el complejo proceso de proteger, fomentar y

recuperar la salud no depende exclusivamente de la tecnología médica. Si bien esta es esencial, debe complementarse con todas aquellas que garanticen el bienestar individual y colectivo.

De esta doctrina han derivado una serie de consecuencias de gran importancia, las que han ido ocurriendo en el decenio iniciado en 1960. Se revelan en los métodos para armonizar necesidades con disponibilidades; en la estructuración y en la administración de los servicios de salud; en el desarrollo de los recursos humanos, y en la investigación de los problemas, con énfasis en aquellos de mayor frecuencia relativa. Con otras palabras, a la doctrina enunciada han seguido políticas, principios, normas y procedimientos para darle forma y llevarla a la práctica. Se ha creado así una imagen de los propósitos que guían a los Gobiernos de las Américas en salud y una serie de realizaciones para alcanzarlos. Hay en todo este cometido la influencia del estilo de vida, las costumbres y las tradiciones que le dan a las sociedades rasgos distintivos que permiten diferenciarlas de otras en cuanto a su conducta para una misma función.

En el decenio que comentamos, y particularmente en su último cuatrienio, se aceptó y se creó conciencia de la planificación como un sistema para invertir de acuerdo con prioridades. La asignación de los fondos, por lo tanto, se refleja en el método que se ha seguido para la preparación del plan. Porque la distribución puede hacerse entre daños, como son los que producen las más altas cifras de mortalidad; entre técnicas, o entre servicios e instrumentos, incluyendo la educación, la investigación, las inversiones de capital; entre niveles de salud expresados por la expectativa de vida al nacer u otros indicadores, y entre sectores, como son los de orden público y privado. El determinar las áreas de acción es, precisamente, la esencia de la decisión política, sin la cual la plani-

ficación no tiene destino. Si no hay continuidad de ella, no se produce el proceso que va de la formulación a la ejecución, a la evaluación y al reajuste periódico de los objetivos de cada programa y proyecto. La planificación contribuye a hacer más racionales la serie de decisiones que conducen a las etapas enunciadas, porque se alimentan constantemente de la experiencia adquirida por las actividades que se cumplieron.

Han ocurrido en el decenio anterior hechos positivos en el Continente, sea en la identificación de problemas prioritarios—la fase del diagnóstico—en la elaboración de planes nacionales o de programas específicos y en la puesta en práctica de ambos, y en la formación de planificadores. De no menor importancia es el haber reconocido las limitantes, verdaderos obstáculos al proceso y la urgencia de resolverlos. Mirando este en conjunto debemos aceptar que ha sido subsectorial, tanto en lo que se refiere a las instituciones participantes como a las funciones incluidas. Con otras palabras, no todas las prestaciones de salud que administran hoy los Gobiernos son parte del plan. Tampoco lo son la serie completa de funciones que hoy realizan los diversos organismos públicos y privados. Si se busca una explicación para este estado de cosas, ella se sintetiza en la disociación de los esfuerzos, lo que equivale a la falta de coordinación de los recursos. Repetidos pronunciamientos de los Cuerpos Directivos de la Organización la han puesto de relieve y han recomendado medidas concretas para remediarla con el fin de mejorar el rendimiento y la productividad de los servicios, vale decir, aumentar el número de los beneficiarios y contribuir a su bienestar.

Es más, se ha estimado indispensable la participación de las universidades porque se las quiere incorporadas al desarrollo. Hay que enseñar las ciencias de la salud para cumplir con los objetivos de cada plan y programa, los que revelan los cambios que se proyectan y permiten la evaluación de los que se alcanzan. La ciencia y la técnica aportan constantemente nuevas interpretaciones de los fenómenos vitales y de los problemas de salud de las sociedades, así como métodos diferentes para resolverlos. Basta únicamente esta consideración para justificar una acción conjunta de Gobiernos y universidades en un área que es tan sensible para el progreso social.

Las Discusiones Técnicas de la XIX Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, XXI Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, versaron sobre

“Financiamiento del sector salud”¹ En el análisis de este tema se destacó la necesidad de estudiar en profundidad las características de la situación en cada país en relación con la escasez relativa de los fondos, la multiplicidad de fuentes presupuestarias, sin la debida coordinación, y la urgencia de aumentar la productividad de los servicios. Con base a las informaciones obtenidas se podrá determinar las mayores inversiones que el sector requiere para ampliar la cobertura e incluir grupos de población carentes de atenciones en forma permanente. En cuanto al financiamiento externo, este se consideró como un complemento, en ocasiones indispensable, de los recursos domésticos en proyectos específicos, pero no como una fuente regular y usual de bienes de capital.

Esta síntesis se correlaciona con el hecho señalado que la planificación en salud, como se ha realizado hasta aquí, es subsectorial. En efecto, los planes se han concentrado en actividades para cumplir con objetivos cuya naturaleza varía con el método seleccionado. No incluyen habitualmente los programas de inversiones, los de formación y perfeccionamiento de profesionales y auxiliares, los de adecuación de la infraestructura administrativa y los de investigación, entre otros. Tengamos presente que incluso en los países de más alto ingreso es evidente el desequilibrio entre necesidades y posibilidades, mediatas e inmediatas. Los estadistas tienen constantemente que decidir con respecto a prioridades y alternativas de ejecución o solución.

Una serie de misiones del Sistema Interamericano o del de las Naciones Unidas han estudiado en los últimos años la evolución de la economía de los países de la América Latina y de la región del Caribe, con particular atención a los requerimientos de capital exterior. Por excepción, la función salud ha sido incluida. Otros sectores sociales también han estado ausentes, en circunstancias que predicamos el desarrollo para el bienestar. Se ha hecho evidente la urgencia de programar las inversiones de una manera sistemática. Con otras palabras, si bien estas han sido muy importantes porque han contribuido a acelerar la solución de algunos problemas prevalentes, no siempre han formado parte del plan nacional de salud. Han respondido más a la política crediticia de algunos Gobiernos o de instituciones prestatarias. Si se programan las inversiones—para lo cual hay una técnica bien definida y ensayada—pensamos que podrá incrementarse el aporte de

¹Informe Final. Publicado en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. LXVIII, No. 1, enero de 1970.

capital exterior. Mejores aún serán las posibilidades si esta labor se hace en acción conjunta entre los organismos internacionales de crédito y de salud, colaborando ambos con el Estado.

Igual conducta debería seguirse con respecto a los otros componentes que hemos enunciado, vale decir, la formación de recursos humanos, la extensión y modernización de la infraestructura técnica y administrativa y la investigación.

Hacer viable y consolidar la planificación integral de la salud en las Américas debe ser un punto de la agenda para el decenio que se inicia en 1970. Si grande es su complejidad, mayores son los efectos en bienestar individual y colectivo que ha de producir.

Las acciones indispensables para alcanzar determinados incrementos de la economía y avance social, que se enuncian en los pronunciamientos políticos del decenio, han traído una reacción contra el *statu quo* y un énfasis en el cambio como norma. Este hecho se ha revelado en la reorganización de los Ministerios e instituciones de salud, en la revisión de las legislaciones vigentes, en la adaptación de las estructuras a los mandatos de la técnica y en la situación universitaria.

Reiteradamente durante el período, Gobiernos y organismos internacionales, públicos y privados, reconocieron que las dos constantes esenciales para el progreso del sector salud son la existencia de servicios con la más amplia cobertura en cada país y la formación de profesionales y auxiliares para llevar a la práctica los objetivos de cada programa y del plan en su conjunto. Con otras palabras, hubo consenso en que no hay proyecto de salud factible sin una infraestructura estable.

Relacionado con lo anterior está la llamada **cuestión rural y la "ruralización" del medio urbano** en las Américas. Son estas, áreas cuyos seres humanos o no tienen acceso o les es muy difícil llegar a un servicio de salud, aun mínimo. Si bien no hay estimaciones exactas, no menos de 30 millones de personas de los países de la América Central y del Sur y de la región del Caribe existen en las condiciones señaladas. Expresado de otra manera, el 57% de las comunidades de menos de 10,000 habitantes carecen prácticamente de atenciones preventivas y curativas. Es este tal vez el problema que exige de la mayor inversión e ingenio de los responsables de la salud en el Continente. No podrá ser resuelto en un lapso humanamente aceptable por los esquemas tradicionales. Tampoco es dado concebir que las funciones de salud las realicen profesionales, porque no se van a producir en el número suficiente—incluso hasta el término de este siglo—para satisfacer las

necesidades actuales y las que de día en día surgen con motivo del incremento de la población. No han resultado los sistemas que provienen de otras culturas y se injertan en costumbres y estilos de vida que terminan por rechazarlos. Hay que buscar nuevas fórmulas para la solución de cada problema aplicando el mejor conocimiento disponible.

Este es otro punto fundamental de la agenda para el decenio que se inicia hoy y los que vendrán. Está dirigido a los Gobiernos y sus diferentes instituciones en el campo de la salud, a las universidades y todos sus componentes que enseñan fenómenos y funciones que son atingentes a ella, y a los organismos internacionales dedicados a promover el desarrollo integral y sectorial. Si continúan disociados, los efectos que alcancen serán incompletos y limitados. Si se coordinan entre sí y dentro de sí, las posibilidades se multiplican y las consecuencias se prolongan en el tiempo. Hay experiencia para estas afirmaciones.

Las Discusiones Técnicas² de la XVII Reunión del Consejo Directivo, que tuvieron lugar en Puerto España, Trinidad y Tabago, se refirieron precisamente al problema rural y la forma de reducirlo progresivamente. Se relataron diversos esquemas para distintas situaciones ecológicas que, junto con aumentar la cobertura, apuntan a soluciones de extensión nacional. El movimiento ha continuado, pero no a la velocidad que los Gobiernos quisieran. Dos factores tienden a hacerlo más lento: la escasez de fondos y la falta de técnicos. El capital exterior es indispensable si queremos darle a todos los habitantes servicios mínimos, por lo menos para las enfermedades más frecuentes. Cabe destacar que en materia de agua, no menos de 20 millones de habitantes rurales cuentan con instalaciones, sea comunes o en los domicilios, lo que ocurrió en los últimos diez años.

Cualquiera el sistema, en todos los países la proporción del ingreso nacional destinado a salud no alcanza para las poblaciones actuales. Si hay que construir aun locales sencillos—lo que es el caso en el medio rural—la magnitud de la inversión aumenta enormemente. Si queremos hacer efectivo aquello que hemos proclamado, que la salud es un derecho y no un privilegio, deberemos crear las condiciones para hacer de este precepto una realidad. Está en la raíz el contenido humanitario de todo nuestro cometido. Si la política actual de los órganos de

²Informe Final. Publicado en *Sistemas para aumentar la cobertura de los servicios de salud en las áreas rurales. Publicación Científica de la OPS 170, 1968.*

crédito internacional no contempla o no le da prioridad a las inversiones para servicios rurales de salud, habrá que establecer otros mecanismos con dicho fin, que es ineludible porque está destinado a seres humanos.

Para convencer al poder de decisión sobre el incremento de los presupuestos destinados a salud, hay que reducir al mínimo el despido, la duplicación o incoordinación de los recursos nacionales, el todo con base a un proceso de planificación racional.

Se explica el que durante el decenio no fue posible aplicar todo el conocimiento que deriva de los nuevos aportes de la ciencia y de la técnica en los países de las Américas. Sea porque no hubo servicios, o técnicos adecuadamente preparados, o equipos indispensables, el hecho práctico es que sólo algunos de los habitantes, particularmente los de las grandes ciudades, se benefician de acciones modernas de prevención o curación.

Los Gobiernos convinieron en la urgencia de mejorar la **organización y administración de las instituciones** para cumplir con las metas generales y específicas de cada proyecto y del plan. De las iniciativas que en los últimos diez años ha impulsado la Organización Panamericana de la Salud, pocas tienen la trascendencia de aquella destinada a darle a la administración la jerarquía que le corresponde, a sus técnicas la modernización que requieren y a sus cultores el respeto que merecen por su función. Comprende un conjunto de disciplinas que hasta no hace mucho o fueron ignoradas o subestimadas por los especialistas en salud, quienes olvidaron que sin ellas los objetivos de los programas no pueden ser realidad. Como se ha repetido, es igualmente importante definir lo que hay que hacer y cómo hacerlo. El proceso de planificación ha puesto de relieve la debilidad de la administración. Esta no ha sido una ciencia y un arte estáticos. Muy por el contrario; sus técnicas se han beneficiado de esta corriente científica muy actual cuyos principios se sintetizan en el "análisis de sistemas" y sus métodos se ejecutan por la computación electrónica. El volumen de las inversiones en salud en las Américas, la complejidad de los procedimientos en uso y el número de funcionarios dedicados a ella, son razones que justifican el empleo de dicha tecnología. Para los países en desarrollo de la Región, tal vez el mayor problema consiste en diferenciar lo que realmente debe ser objeto del empleo de computadoras. Con este fin, el costo debe compararse con los beneficios esperados. No puede discutirse la importancia de la información oportuna y lo más exacta y completa posible. De ello no se

desprende que siempre deba recolectarse, analizarse y distribuirse entre aquellos para quienes los datos no son indispensables en el ejercicio de su cometido. Con otras palabras, debemos estar atentos a los aportes de la ciencia, pero adaptarlos a la capacidad real de las instituciones para resolver los problemas de mayor frecuencia.

Creemos que en el decenio que se inicia y en los que vendrán va a haber un empleo creciente de esta disciplina que denominamos análisis de sistemas, tanto en la investigación de los fenómenos que condicionan la salud y la enfermedad, como en la aplicación de los métodos para reducir la morbilidad y la mortalidad y en la administración de los servicios encargados de dichas funciones. El Centro de Cómputos en Salud, inaugurado en abril de 1970 en Buenos Aires, con el patrocinio del Gobierno de la Argentina y nuestra Organización, contribuirá a la formación de profesionales, al estudio de problemas y, a largo plazo, a cooperar con los Gobiernos en la diferenciación de aquellas áreas que justifican la computación electrónica.

Esta verdadera reforma se verá estimulada por una modernización de los métodos tradicionales de administración de salud. En este sentido el progreso ha sido sustancial en los últimos diez años en diversos países. Se comprueba en la formulación de presupuestos por programas, en los procedimientos de contabilidad y finanzas, en la estructuración de los departamentos de personal y de suministros, entre otros. Muchos avances faltan aún para alcanzar el nivel de eficiencia que haga del despido un mínimo, que evite las operaciones innecesarias y las duplicaciones tan costosas como ineficientes. Este propósito tiene relación directa con la formación de profesionales y técnicos en administración y la investigación de problemas cuyos resultados contribuyen a formular y ejecutar hipótesis de cambio. Aun en el caso en que se resuelva emplear computadoras, los datos básicos no pueden ser sino de la mejor calidad para que reflejen la realidad.

La Organización ha promovido y realizado una activa colaboración en este campo y continuará haciéndolo por su significado en pro de una mejor salud.

* * *

El decenio de 1960 se caracterizó por un interés concentrado en la enseñanza universitaria, en nuestro campo, en el de la educación médica. El desequilibrio creciente entre necesidades sentidas de la sociedad y la falta de recursos humanos, sobre todo profesionales,

para satisfacerlas, está en la raíz de esta situación que ha tenido repercusiones en el mundo entero. Es frecuente la concentración en los grandes centros urbanos de médicos y otros profesionales de salud en relación con el medio rural. A la vez, ha ocurrido una migración desordenada del campo a las ciudades y la aparición de poblaciones marginales carentes de servicios mínimos en la periferia de estas últimas, lo que ha agravado el problema general en cada país. Donde se ha analizado con más profundidad—un ejemplo conspicuo es el estudio de los recursos humanos en Colombia³—se demuestra que es indispensable penetrar en el proceso de enseñanza y aprendizaje, porque exhibe deficiencias que requieren ser remediadas. No podríamos dejar de mencionar que los estudiantes han expresado, en ocasiones en forma estentórea, la urgencia de una reforma universitaria. Algunos creen que esta es indisoluble de las estructuras políticas, mientras que otros estiman que hay componentes estrictamente educacionales cuyo análisis y renovación, cuando proceda, se justifica.

La Organización ha patrocinado en los últimos cuatro años un estudio de 130 escuelas de medicina de la América Central y del Sur, una verdadera investigación sociológica del proceso de la formación del médico. De un análisis preliminar se desprende que hay una clara disociación entre la enseñanza secundaria y la educación médica; entre esta última y la educación universitaria, y, finalmente, entre la universidad y los organismos del Estado, en nuestro caso, los Ministerios de Salud y las instituciones públicas y privadas que se dedican a la prevención y a la curación de las enfermedades. Tal vez lo más serio es que el proceso docente no se hace de acuerdo con la realidad que van a vivir los educandos al graduarse. Se les entrega con más o menos detalle la serie de componentes de cada ser humano, de las células a los aparatos o sistemas y se les obliga a hacer la síntesis que es cada persona, como unidad biológica y como entidad social. Los planes de estudio y la estructura tecnicoadministrativa son estrechamente interdependientes y, por ello, rígidos. La transmisión de los conocimientos se hace entonces parcelada. Se ha intentado, con el mismo criterio, compartamentalizar las comunidades y no correlacionar los problemas como existen y evolucionan con los recursos humanos y mate-

riales para resolverlos. Formados separadamente los distintos profesionales de la salud, tienden a actuar aisladamente. Si se especializan, mayor el aislamiento.

Ha surgido la idea de crear facultades de ciencias de la salud en las que la enseñanza sea multidisciplinaria y esté dedicada simultáneamente a las diversas profesiones; como es natural, con las variaciones que derivan de las responsabilidades de cada una de ellas en el medio social y los conocimientos que les son indispensables para ejercerlas. En la Universidad de Brasilia se encuentra en pleno desarrollo una iniciativa como la que hemos sintetizado. Otras universidades de las Américas han expresado interés por llevarla a la práctica. Pensamos que es este otro punto fundamental de la agenda de lo que procede hacer en el decenio que se inicia y en los que han de venir. Demás está decir que hay que intensificar la formación en educación médica y disciplinas conexas. Es muy probable que establezcan otros sistemas que hagan la docencia más efectiva de lo que es hoy. En todo caso, entre profesores y estudiantes, a quienes guían propósitos coincidentes, debe haber una atmósfera de mutua comprensión, un diálogo constructivo que va unido a un continuo perfeccionamiento de los métodos para lograr un aprendizaje real. A ello han obedecido los "laboratorios de relaciones humanas y enseñanza de la medicina" que ha patrocinado nuestra Organización en los últimos ocho años y que han tenido lugar en 15 países de la Región con la participación aproximada de 2,000 profesores.

Se ha puesto en evidencia en el decenio pasado la necesidad de aplicar las ciencias de la educación a la enseñanza de las ciencias de la salud. Ello comporta el conocimiento de una serie de disciplinas que deberán adquirir quienes se interesen por dedicarse en forma exclusiva a dicho propósito. Como es natural, deberán ser docentes con cierta experiencia. Su presencia es indispensable hoy para catalizar y dar forma a las nuevas ideas sobre la universidad en función del desarrollo a que hemos hecho referencia. La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud tienen una importante contribución que hacer con dicho objeto.

* * *

³Estudio de recursos humanos para la salud y educación médica en Colombia, Partes I, II y III. Patrocinado por el Ministerio de Salud Pública de Colombia, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y la Organización Panamericana de la Salud, 1967.

Lo que parece más intempestivo en nuestras sociedades tiene siempre prolegómenos que lo explican. La expresión *ecología* ha estado en boga en años recientes y con razón. Ella pone de relieve el proceso sutil de adaptación de los

seres vivos al ambiente que los rodea y del que son parte. Este último se modifica, sea por designios de la naturaleza o por obra de los hombres, consecuencia del desarrollo económico. Es posible diferenciar en el medio componentes de carácter químico, físico, biológico, psicológico y social. Sea por acción directa (como son los contaminantes del agua, el aire y el suelo); o porque se trata de elementos que rompen el equilibrio de las especies—y sirvan de ejemplo los insecticidas—o porque son factores que ocasionan trastornos mentales e interfieren con la armonía social; aisladamente, o en combinación, dan lugar a problemas de salud.

El Director General de la OMS, en el curso de la 45ª Reunión del Consejo Ejecutivo, dijo que "la expresión 'influencia del medio en el hombre' ha llegado a querer decir tantas cosas que cada uno la entiende a su manera, pues abarca a la vez los aspectos cualitativo y cuantitativo de todas las relaciones que existen entre el hombre y su medio físico y social, y lo mismo se usa en relación con cuestiones relativamente precisas, la contaminación, por ejemplo, que para designar la totalidad de los problemas de la ecología y la biosfera. En lo que respecta a la actividad de la OMS, ninguna de esas acepciones extremas sirve para establecer normas congruentes; la primera porque aun siendo muy grande la importancia de la contaminación, no hay que ver en ese problema más que una de las principales manifestaciones de la influencia del medio sobre la salud, y la segunda, porque resulta demasiado extensa".⁴

Se discute en la actualidad, con más énfasis en los países tecnológicamente avanzados, la urgencia del control del ambiente, con particular atención a aquellos componentes cuyo efecto actual y el que se proyecta va a interferir seriamente con la vida de un número creciente de personas. Se ha creado una verdadera conciencia pública sobre esta cuestión, que ha despertado la preocupación de Gobiernos y universidades. Sea para resolver los problemas evidentes o para evitarlos o reducir su impacto, hay un enorme campo de investigación, tan grande es el número de variables.

Prácticamente en todas las sociedades en desarrollo de las Américas, si bien con magnitud diversa, están emergiendo situaciones que conducirán fatalmente a lo que se observa hoy en aquellas desarrolladas. Hay, por lo tanto, que prevenir un estado de cosas como el enunciado.

Al mismo tiempo, sigue vigente la deficiencia del saneamiento básico, vale decir, la instala-

ción de servicios de agua potable, la eliminación de desechos sólidos, de protección de los alimentos y de medicina ocupacional. Mientras existan familias y comunidades sin estos elementos esenciales para el bienestar, no otra debería ser la prioridad de los Gobiernos, reflejada en el régimen de inversiones de los recursos domésticos y los del capital exterior. Y el progreso en las Américas en el decenio pasado es, sin duda, relevante en lo que respecta a agua; pero lo que queda por hacer, sobre todo en el medio rural, es mucho y vital.

No obstante, como decíamos, los Gobiernos no deberían permanecer ajenos a las consecuencias visibles de la industrialización, de la urbanización y de la migración interna. Muchas de las grandes ciudades de la América Latina y de la región del Caribe acusan concentraciones de contaminantes del aire que afectan la salud y la convivencia. Y así está ocurriendo con respecto a otros componentes del ambiente. Parece indispensable dictar una política que pueda traducirse en prioridades de acción directa, de identificación de nuevos problemas y de educación. Es otro punto de la agenda en salud para el decenio iniciado en 1970 y los que vendrán. De esta forma podrán determinarse las funciones de la OMS y de la OPS por sus Cuerpos Directivos.

Como bien se ha dicho, hay necesidad no sólo de nuevos métodos y programas para evitar o controlar la contaminación, sino de ideas y valores dirigidos a un futuro que sea seguro para el hombre. En él la vida se medirá más en términos de mejores relaciones humanas que del incremento del producto nacional bruto. La restauración del ambiente natural y el descubrimiento de cómo vivir en él en paz llegará a ser un propósito nacional.

* * *

Porque la salud es un derecho, la población crece y la demanda social aumenta, sigue vigente todo lo relativo a la **atención oportuna de los enfermos**. Dentro del modelo clásico hay que intentar prevenir; si no se logra, hay que procurar limitar la extensión de la enfermedad y prolongar la vida. Con este fin se ha creado un complejo proceso, de enorme inversión en todos los países, que ocurre en los servicios médicos. No tan sólo porque sobre el 80% de los presupuestos nacionales de salud se destinan a medicina curativa, sino porque no se consigue satisfacer a todos quienes la requieren, se ha hecho evidente la urgencia de otros sistemas para que produzcan mayor rendimiento de la

⁴Actas Oficiales de la Organización Mundial de la Salud 182 (Parte II), pág. 39, 1970.

capacidad instalada. Cabe tener presente que no hay sociedad que haya alcanzado el ideal de ofrecer la mejor atención médica posible a todos los habitantes todo el tiempo.

En las Américas existe la paradoja de hospitales de alta calidad científica con camas vacías, mientras hay enfermos que no tienen acceso a esas u otras instituciones. Este problema básico de desequilibrio entre necesidades y recursos se agrava por diversos factores. Entre ellos, a más de la insuficiencia de camas, la distribución geográfica inadecuada y el mal estado de conservación de los establecimientos. Algunos son vetustos con más de 50 años de construcción y en ellos se están formando los médicos.

Por otra parte, hay mala utilización y baja productividad de los establecimientos disponibles. Lo primero refleja el uso de equipos muy costosos únicamente algunas horas del día; lo segundo, porque un cierto número de profesionales, técnicos y auxiliares, por circunstancias diversas, no rinden en calidad y cantidad de atenciones lo que en principio puede esperarse. Se agrega que concurren causas que no son siempre de fácil solución. Basta citar el régimen económico, las rentas promedio, las relaciones entre la práctica privada y la atención del Estado, entre otras.

Dado que la cobertura es limitada, que la concentración es sobre todo en los grandes centros urbanos, hay escasez de profesionales y auxiliares de salud. El déficit, como es notorio, es mucho mayor de enfermeras que de médicos; pero existe también en cuanto a ingenieros de mantenimiento, tecnólogos y otros especialistas.

Hay, por último, un costo creciente de toda esta empresa. Los salarios aumentan, los equipos son más complejos e indispensables, la construcción sigue un ritmo similar en forma tal que el conjunto obliga a inversiones que, como dijimos, consumen más del 80% de los presupuestos de salud de cada país. Se explica la preocupación de los Gobiernos por obtener el mayor rendimiento de la capacidad instalada y reducir la edificación de nuevos establecimientos a los esenciales. La investigación operacional tiene precisamente estos propósitos y encuentra en la atención hospitalaria un variado campo de aplicación que debería desarrollar.

Hay, no obstante, otras posibilidades que derivan de una mejor organización de todo el proceso. Con la denominación de sistemas nacionales de salud, se quiere representar una estructura funcional, por la que se procura adaptar todos los recursos disponibles a los problemas existentes en busca de metas periódicamente evaluadas. De acuerdo con la legisla-

ción, el sistema puede ser la expresión de un solo servicio o la coordinación de diversas instituciones. En todo caso le corresponde la formulación y ejecución de una política, el otorgamiento de las prestaciones, el financiamiento y el desarrollo de los recursos humanos. Parece innecesario repetir que el sistema, cualquiera su constitución, debe operar en términos del plan de salud.

Estos antecedentes sirven de base a las actividades de la OMS y de la OPS en atención médica. Ellas se concentran en áreas con efecto multiplicador, sea en asesoría directa, en educación, como en investigación. Pero el problema en su conjunto es otro de los puntos de significado en la agenda de Gobiernos y organismos internacionales para el decenio actual y los que vendrán. No toda la experiencia del pasado es útil hoy; hay que renovarla como resultado de ensayos que se separen de la ortodoxia en busca de caminos para servir a los enfermos con prontitud y eficiencia.

* * *

Se han experimentado marcados avances en el control de las **enfermedades transmisibles**, agudas y crónicas. Siguen teniendo, sin embargo, prioridad en las Américas. Entre los años 1956 y 1967, la tasa de defunciones de niños menores de cinco años por enfermedades infecciosas disminuyó en un 52%, del aparato respiratorio en un 35%, del aparato digestivo (en gran parte gastroenteritis) en un 48% y por causas mal definidas en un 42 por ciento. Este progreso, que creemos ha continuado, es la consecuencia de la aplicación de medidas de prevención; en especial, inmunizaciones, la instalación de servicios de agua y de saneamiento básico y la educación para la salud. Pero hay aún un exceso de mortalidad evitable a pesar del conocimiento existente.

Un análisis cuidadoso para determinar las razones que explican este fenómeno señala, como una causa principal, defectos de administración en los programas de vacunación, que se expresan primordialmente en forma de objetivos no definidos, acciones realizadas en cantidad inferior a los niveles útiles, organización inadecuada y falta de continuidad de los programas en el tiempo. Debe señalarse, de igual manera, el empleo de vacunas de mala calidad, como consecuencia de una producción defectuosa o por su inactivación debido a su conservación inadecuada.⁵

⁵Publicación Científica de la OPS 187, pág. 1, 1969.

Así se señala en el Informe Final del Seminario sobre Métodos de Administración en Programas de Vacunación, que tuvo lugar en Montevideo, Uruguay, en noviembre de 1968. Se enunció un verdadero sistema que se complementa con la evaluación de las metas y la vigilancia epidemiológica, esta última con una responsabilidad mayor mientras menor la incidencia de cada enfermedad.

No debería haber viruela ni poliomielitis al término del decenio iniciado en 1970. Las enfermedades transmisibles que son frecuentes en la infancia deberían sufrir un descenso aún más acelerado que el que hemos mencionado. Comprendemos que en mucho esto va a depender de que se reduzca la malnutrición. De cumplirse lo estatuido en la Carta de Punta del Este, la mortalidad por tuberculosis debería ser la mitad de la actual. En lo que respecta a malaria hay que procurar que el 99% del área, cuya población está hoy expuesta al riesgo, llegue a la fase de mantenimiento, lo cual será la consecuencia de técnicas para resolver el problema de los anofeles resistentes a los insecticidas clorados y la regularidad del financiamiento y de la decisión política.

Es de esperar, igualmente, que en los países y territorios ahora libres del *Aedes aegypti* se tomen todas las medidas para evitar reinfestaciones, que en donde estas se han producido se logre nuevamente eliminar el vector y, donde este existe hoy, se realice un programa sistemático para erradicarlo.

Todo el grupo de las enfermedades transmisibles para las cuales hay métodos de control o erradicación deberá—así confiamos—perder la prioridad ingrata que exhiben en la actualidad en el Continente.

He aquí otro punto de la agenda para el decenio que iniciamos y los que vendrán.

* * *

“Lo que sucede a los niños en sus primeros cinco años los marca para el resto de sus vidas. . . Los seres humanos son prisioneros de su pasado nutricional”.⁶

Bastaría esta afirmación para revelar la gravedad de la malnutrición en las Américas. La situación es más seria aún. La simple observación de las tasas de mortalidad infantil y de los menores de 5 años, que acusan desnutrición como causa básica, es un trágico testimonio de lo que está ocurriendo en prácticamente todos

los países en un grado mayor o menor. El subregistro, como bien sabemos, alcanza en ocasiones una proporción considerable tanto de los fallecidos como de los malnutridos. Este hecho se evidencia claramente en la Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez que patrocina nuestra Organización. Un análisis preliminar de 6,519 defunciones⁷ correspondientes a 13 áreas de 8 países reafirma con sólida argumentación lo anterior.

Si la salud es un derecho, todo ser humano debe alimentarse con una dieta biológicamente balanceada. Este no es tan sólo un propósito nacional sino que trasciende e incluye toda la humanidad. No podemos asistir impávidos a la muerte por inanición ni aceptar argumentos que únicamente contribuyen a consolidar un estado de cosas que repugna a nuestra conciencia. No podemos seguir divididos entre los que se nutren—los privilegiados—y los que ingieren apenas para subsistir. No debemos esperar que la investigación nos confirme que la malnutrición condiciona el retardo mental o, por lo menos, el aprendizaje deficiente de los niños. Debemos actuar haciendo uso de los recursos disponibles de cada país, complementándolos con los de importación. Así lo han comprendido y aceptado los Gobiernos cuando decidieron formular una política de nutrición y alimentación para satisfacer primordialmente las necesidades biológicas de la población y, en lo posible, las de la economía. Los Ministerios de Salud y Agricultura se han pronunciado en dicho sentido⁸ y un Grupo de Expertos de la FAO y de nuestra Organización⁹ ha definido las bases y las prácticas con este fin. Sabemos que es una tarea muy compleja. Son muchos los intereses, los convencionalismos, las tradiciones y las costumbres que hay que considerar. El problema envuelve a todo el Gobierno; de aquí lo imprescindible de una coordinación guiada hacia metas que, repetimos, deben tener la alimentación de los habitantes como su objetivo principal. Las estadísticas son incompletas; la

⁷Ver “Informe sobre el progreso de la Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez”, presentado en la Novena Reunión del Comité Ascso sobre Investigaciones Médicas, Documento ACMR 9/8, 15 de junio de 1970, pág. 2.

⁸Resolución IX, “El programa de nutrición en las Américas”. XIX Reunión del Consejo Directivo. Documento Oficial de la OPS 99, 14. Resolución IV, “Políticas nacionales de alimentación y nutrición”, III Reunión Interamericana sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis. Informe Final, págs. 6-7 (Documento RICA3/26).

⁹Elementos de una política de alimentación y nutrición en América Latina. Publicación Científica de la OPS 194, 1969.

⁶“René Dubos”, por Anthony Bailey. *Horizon*, Vol. XII (3), pág. 58, verano de 1970.

tecnología dista de ser moderna; las prácticas en muchos casos son ancestrales; la tierra improductiva; la falta de profesionales y auxiliares enorme. Aunque parece paradójico hay en la actualidad un gran despido de alimentos. Porque es de nuestro directo interés, queremos destacar la pérdida de proteínas por las zoonosis y la fiebre aftosa, la que, a la vez, afecta gravemente la economía. La relación costo-beneficio entre las inmunizaciones y sus efectos podrá medirse en indicadores monetarios. Cualquiera la magnitud de estos, no reflejan lo que significa la pérdida de vidas. Los roedores, insectos y otras especies destruyen igualmente cantidades ingentes de alimentos.

Formular y ejecutar progresivamente la política de alimentación y nutrición es uno de los puntos urgentes de la agenda para el decenio que hemos iniciado y los que seguirán. La acción de los Gobiernos y de las organizaciones internacionales, públicas y privadas, deberá concertarse en forma de responder a este imperativo de conciencia, reducir la malnutrición de niños, embarazadas y adultos, y contribuir a que cada cual pueda realizarse. Como hemos dicho, nada parece imposible hoy en las Américas, cualquiera la magnitud de la empresa.

* * *

El debate sobre las relaciones entre **población y desarrollo** ha sido uno de los hechos relevantes del decenio. Ha tenido lugar en el mundo entero y se ha cristalizado en pronunciamientos del Estado y en resoluciones de los organismos internacionales. La Iglesia lo ha interpretado en términos de los fundamentos de cada fe. Es para muchos la cuestión de más trascendencia para el futuro de la humanidad. Es evidente que el solo análisis de la "planificación de la familia" está influyendo en las costumbres y modificando convicciones sólidamente arraigadas; la aplicación de cualquier sistema para el espaciamiento de los hijos, con mayor razón aún.

En las Américas, los Gobiernos han establecido la política así como los términos de la asesoría que espera, cuando corresponde, de la OMS y de la OPS. Nos han indicado que debemos concentrar nuestros esfuerzos en la consecución de objetivos de salud y no demográficos. No es el tamaño y estructura de las poblaciones el propósito de nuestro cometido sino reducir el impacto de la enfermedad y la muerte y colaborar para que cada hogar se informe y decida sobre el número de niños que desea. Con este fin, las acciones de planificación

familiar deben ser parte integrante de los servicios de salud, especialmente los de protección de la maternidad y la infancia.

De la experiencia reunida hasta hoy en los países que llevan a cabo actividades de esta naturaleza, se deduce que hay grandes lagunas aún en el conocimiento de la fisiología de la reproducción humana y que los métodos anticonceptivos en uso son deficientes y algunos tienen efectos deletéreos. De aquí la importancia de intensificar las investigaciones básicas y aplicadas. La enseñanza de dichas disciplinas es limitada en las universidades, lo que dificulta, en donde existe una política de población definida, el llevarla a la práctica.

Hay, asimismo, desconocimiento de las relaciones entre los diversos sectores de la economía y el tamaño y estructura de las comunidades. La programación de los recursos humanos que requiere un país para el desarrollo económico y social se hace más compleja por no contar con las bases para pronosticar cómo y a cuánto hay que formar en cada empresa, sea gubernamental o privada. No hay todavía información suficiente como para poder opinar de manera objetiva sobre las consecuencias que tiene para cada familia el número de hijos en términos del ingreso y de las posibilidades con que se cuenta para asegurarles un crecimiento normal y las oportunidades para que lleguen a ser lo que anhelan.

Este es otro campo de acción para el presente decenio y los que seguirán. La cooperación internacional, de acuerdo con los Gobiernos que la estimen necesaria, puede ejercer un cometido de importancia en educación, en investigación y en asesoría en la formulación y ejecución de los programas.

* * *

"El desarrollo de la ciencia y su utilización para ayudar al hombre dependen más de una sociedad inteligente que de una sociedad opulenta. El problema de mayor importancia para el desarrollo de la ciencia—inclusive la ciencia biomédica—en América Latina no depende de ninguna deficiencia concreta sino de un complejo de actitudes sociales que dan por resultado una actitud no científica o anticientífica de parte de la población en general y con frecuencia de parte de los dirigentes políticos. La gran responsabilidad de efectuar un cambio en esas actitudes recae sobre los dirigentes de la ciencia de la América Latina".¹⁰

¹⁰Política de la investigación científica en la América Latina. *Publicación Científica de la OPS* 119, pág. 5, 1965.

Si bien esta afirmación puede aún sustanciarse, es evidente el progreso logrado en los países de la América Latina y la región del Caribe en la última década. Los Estados Unidos de América siguen siendo el centro, en el mundo, de las investigaciones científicas y, en nuestro campo, particularmente las de biología molecular.

En el decenio pasado, la Organización Panamericana de la Salud procuró coordinar y sistematizar los estudios relacionados con problemas de salud prioritarios. Creó el Departamento respectivo y contó con la valiosa experiencia del Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas. La labor realizada se evidencia en los informes del Comité,¹¹ en las publicaciones de la OPS y en el análisis de los proyectos.

Una visión de conjunto permite concluir que ha habido aportes de valor a la comprensión y al conocimiento de ciertos fenómenos que ocurren en los seres humanos y en sus sociedades, en estado normal o patológico. Se hace énfasis en algunos de ellos, como son: nutrición, en diversos aspectos; dinámica de la mortalidad de niños y adultos y sus causas múltiples; determinadas zoonosis y su prevención; malaria, tanto en lo que respecta a los vectores como a los plasmidios; y educación, guiada hacia la medición de los recursos humanos.

Este enunciado corresponde, por una parte, a problemas que requieren de investigaciones para su solución y, por la otra, al origen de los fondos. En efecto, en proporción importante, nuestras inversiones no derivan del presupuesto regular, vale decir, de las contribuciones de los Gobiernos—como lo establece la Constitución—sino, más bien, de aportes voluntarios de instituciones públicas o privadas, pero que están destinados a fines específicos. Por eso se ha afirmado que “los países latinoamericanos podrían muy bien fijarse como meta la inversión en investigaciones del 0.5 al 1% del producto nacional bruto, según sea la riqueza relativa de la nación. La investigación biomédica es indispensable para el adelanto intelectual y cultural de las naciones, así como para alcanzar objetivos tanto humanitarios como culturales.”¹²

Este es un propósito que quisiéramos ver cumplido en el decenio, por lo menos en la

proporción que le corresponde a las ciencias de la salud.

Procedería evaluar lo que se ha hecho, identificar otras áreas que hayan surgido como consecuencia del progreso, determinar los mecanismos para institucionalizar la investigación en cada país y en el Continente, y correlacionar estrechamente todo este esfuerzo con las universidades en la formación de profesionales y en el perfeccionamiento de graduados; en suma, formular y realizar un nuevo plan de estudio de las ciencias biomédicas para contribuir al conocimiento de los procesos normales de la vida del hombre, así como al tratamiento y prevención de los estados patológicos. Un nuevo punto en nuestra agenda que, por su naturaleza y propósitos, se extiende, por ahora, hasta fines del siglo.

El crecimiento en espiral de la tecnología y de la industrialización de equipos, materiales y medicamentos para la salud hace mirar con cierta preocupación el decenio de 1970. Más que formular hipótesis de cambio, la dificultad estribará en seleccionar las alternativas para alcanzar los objetivos que se establezcan. Será, a la vez, un decenio pleno de oportunidades si es que sabemos hacer buen uso de las enseñanzas del que termina, capitalizar los errores y confiar en la capacidad innata, la buena disposición y las aspiraciones tan sentidas como justificadas de los habitantes. Por ello grandes son y serán más aún las responsabilidades de quienes tienen el poder de decisión para reducir el impacto de la mortalidad y la morbilidad.

En las páginas anteriores hemos identificado algunos de los problemas fundamentales de salud cuya solución deberá ser parte de una agenda del decenio que se inicia. Se relacionan tanto con la situación del sector en lo que respecta a la dinámica de las enfermedades como con los recursos, sean humanos, financieros o materiales. No pretende ser completo pero ciertamente incluye lo que revela el progreso de los años recientes, lo que se identifica en la demanda social y lo que indica la tecnología como de aplicación esencial. De acuerdo con lo que los Gobiernos resuelvan se ha de modificar o plasmar la política de los organismos internacionales que los asesoran, entre ellos la OPS y la OMS. Su labor será tanto más coordinada y eficiente cuanto más definido el plan, los programas y proyectos. En busca de complementariedad, el eje son los seres humanos, los medios, las inversiones nacionales de toda naturaleza y el complemento, la colaboración internacional y el capital exterior.

¹¹ *Research in Progress 1970*. Publicación RD 49/5 (9)-R, junio de 1970.

¹² *Política de la investigación científica en la América Latina*. Op. cit., pág. 5.

“El hombre y la tierra son dos componentes complementarios de un sistema indivisible. Cada uno moldea el otro en un complejo simbiótico y cibernético maravillosamente creador. La teología de la tierra tiene una base científica por el hecho simple que el hombre emergió de la tierra y adquirió entonces la habilidad de modificarla y darle forma, determinando así la evolución de su propia vida social

futura a través de un acto continuo de creación”¹³

He aquí el tema permanente de nuestra agenda, enunciado de manera tan profunda por René Dubos: la protección de la salud y la prolongación de la vida.

¹³Dubos, René. *A Theology of the Earth* (Conferencia pronunciada el 2 de octubre de 1969 en el Smithsonian Institution en Washington, D.C.).

La utilización cada vez mayor de máquinas electrónicas en el mundo actual se ha extendido hasta la composición tipográfica para revistas y publicaciones. La OSP, siguiendo esta tendencia progresiva, presenta este número del *Boletín*, preparado en su totalidad por su propio personal en las máquinas electrónicas, y efectuándose la impresión mediante el proceso de “foto offset”.

Las pequeñas diferencias que observará el lector en la presentación de este número y en otros en los que se empleará el mismo procedimiento el año próximo, se deben precisamente a este cambio.