

Sobre la teoría y práctica de la salud pública:

**Un debate, múltiples
perspectivas**

Sobre la teoría y práctica de la salud pública:

**Un debate, múltiples
perspectivas**

CONTENIDO

Prólogo	v
Presentación	vii
Apertura	
<i>Moderador: Dr. Michel Ibrahim</i>	1
La situación actual	
<i>Moderador: Dr. Enrique Nájera</i>	25
Tendencias de la teoría	
<i>Moderador: Dr. Robin Badgley</i>	61
Tendencias de la práctica	
<i>Moderadora: Dra. Aracy Spinola</i>	95
Cambios deseables	
<i>Moderador: Dr. David Tejada de Rivero</i>	135
Estrategias: Países y proyecto	
<i>Moderador: Dr. Hernán Sandoval</i>	175
Conclusiones y recomendaciones	
<i>Moderador: Dr. Milton Terris</i>	225
Clausura	
<i>Moderador: Dr. Gilbert Omenn</i>	253
Anexo	
<i>Lista de Participantes</i>	265

SOBRE LA TEORIA Y PRACTICA DE LA SALUD PUBLICA: Un debate, múltiples perspectivas

*Memorias de un Grupo de Consulta
reunido en Nueva Orleans, 21-24 de octubre de 1991*



Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 98

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

Published also in English (1993) with the title:
On the Theory and Practice of Public Health: A Debate, Multiple Perspectives
Human Resources Development Series No. 98

Organización Panamericana de la Salud

Sobre la teoría y práctica de la salud pública:

Un debate, múltiples perspectivas.—Washington, D.C.: OPS, 1993

Washington, D.C.: OPS, ©1993. -- vi, 277 p.

(Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 98)

ISBN 92 75 32105 1

I. Título II. (Serie)

1. Salud Pública--teoría 2. OPS

NLM WA100

ISBN 92 75 32105 1

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, algunas de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse al Programa de Publicaciones, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud 1993

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

PROLOGO

En los últimos años, hacia el comienzo de la presente década, dos grandes preocupaciones han surgido progresivamente en el campo de la salud. Por un lado está la existencia de una brecha cada vez más grande entre los problemas, necesidades e ideales de salud de la población, y la respuesta social organizada correspondiente, que ha afectado la capacidad de la mayoría de las naciones de alcanzar la meta "Salud para Todos en el Año 2000". Por otro lado se han presentado vacíos teóricos, metodológicos y operativos en el campo de la salud pública, que han condicionado la lentitud o parálisis de ciertos aspectos de la política y acción social frente a los desafíos complejos y cambiantes del contexto social, económico y político del mundo de hoy.

A la coyuntura anterior algunos la hemos denominado "crisis"; crisis en el sentido de que existe cierta perplejidad, insuficiencias y aún el riesgo de aumentar la inequidad, pero también en el sentido de que existe la oportunidad de innovar, adecuar y redefinir principios y métodos en un intento por lograr una acción social capaz de responder a las exigencias de los tiempos nuevos. Esta situación de crisis no se limita al ámbito de las instituciones educativas de salud pública—como sucediera en la década de los setentas—, ni se limita al ámbito del Estado—sus roles y relaciones con la sociedad civil como sucede habitualmente—, sino que tiene relación con la vida de la sociedad como un todo.

En consecuencia, en los países industrializados se comienzan a diseñar esquemas sobre el "futuro de la salud pública" o a sentar las bases para construir o definir una "nueva salud pública". En la Región de las Américas se ha introducido la promoción del liderazgo sectorial como elemento de cambio, entre otros. Para tal efecto se intentó problematizar el marco referencial y conceptual de la formación avanzada en salud pública, a partir del análisis del ambiente externo a ella, en particular de las áreas críticas para el desarrollo de la infraestructura de salud (1987-1988) y de la prestación de servicios (1989-1990). Dicho esfuerzo, realizado en conjunto con la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAEPS) y la Asociación de Escuelas de Salud Pública de los Estados Unidos de América (ASPH), señaló repetidamente un número de opciones estratégicas parciales, y al mismo tiempo mostró la conveniencia de retomar inmediatamente la integralidad del campo.

Como lógico corolario a este trabajo, la OPS/OMS dió comienzo a una iniciativa orientada al "Desarrollo de la Teoría y Práctica de la Salud Pública en la Región de las Américas" (1990-1995). La reflexión inicial de tal iniciativa, la cual comprende los aportes individuales de once expertos—seleccionados con criterios de representatividad primariamente temática—y un resumen del aporte colectivo que surgió de sus discusiones durante el Grupo de Consulta de Nueva Orleans (21-24 de octubre de 1991), fueron recogidos en el libro "La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate" publicado recientemente por la OPS. La creciente difusión de esta publicación y la ampliación del debate a nivel institucional, nacional y subregional han llevado a que se produzcan aproximaciones más idóneas a la situación y tendencias de la teoría y práctica de la salud pública.

En el Grupo de Consulta de Nueva Orleans, las múltiples perspectivas expresadas dejaron un mosaico de opiniones que si bien no refleja un consenso total, sí presenta coincidencias y reiteraciones que refuerzan la validez del debate. La OPS ha considerado importante ofrecer una visión clara sobre todas las reacciones y/o proposiciones que se generaron alrededor de la problemática discutida. Con el fin de registrar todas las contribuciones de los participantes—con miras a su utilización en algún momento de síntesis posterior—y para atender a

numerosas solicitudes recibidas, es que se le entregan ahora a la comunidad de salud del continente las memorias de la consulta.

De esta manera queremos contribuir a las reflexiones ya en curso en la Región sobre este campo de acción social, y a otras que seguramente tendrán lugar en el futuro. Su lectura es estimulante y confiamos en que las principales ideas allí surgidas puedan ser llevadas a la consideración de distintas audiencias de manera que complementen a las consignadas en el libro precedente. Esperamos que la participación amplia de profesionales e instituciones académicas, de investigación y de servicio en esta iniciativa favorezca el necesario desarrollo de la salud pública en el marco de la realidad social y cultural de la Región de las Américas. Como lo expresáramos en el volumen anterior, esta tarea "es central a la misión de la Organización Panamericana de la Salud" y estamos empeñados en ella.

Una vez más renovamos nuestro agradecimiento a la ALAESP y a la ASPH por compartir con nosotros gratificantes experiencias de cooperación alrededor de los problemas y objetivos comunes de nuestras instituciones, que esperamos continúe en oportunidades futuras.

Carlyle Guerra de Macedo
Director

PRESENTACION

En 1990, las unidades técnicas de Desarrollo de Recursos Humanos, Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, Investigación y Desarrollo Tecnológico, y Salud Ambiental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), dieron comienzo a una iniciativa orientada al "Desarrollo de la Teoría y Práctica de la Salud Pública en la Región de las Américas". Entre sus varios componentes o líneas de acción están la ampliación de la conciencia científica y política sobre el tema, la investigación y la diseminación de información, aspirándose a formular directrices regionales alrededor de 1995. Tal iniciativa prevé una reflexión inicial materializada por aportes individuales seleccionados, y una segunda etapa de aporte colectivo. En coherencia con lo anterior, a fines de 1990 se solicitaron contribuciones específicas a expertos seleccionados en razón a su experiencia y prestigio en diversas áreas de la salud pública. El amplio espectro de perspectivas resultante representó en conjunto las principales aproximaciones al campo de la salud. Con base en éste y otros trabajos previos, la OPS, la Asociación de Escuelas de Salud Pública de los Estados Unidos de América (ASPH) y la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP), reunieron a dichos expertos en un primer Grupo de Consulta sobre la teoría y práctica de la salud pública en las Américas (Nueva Orleans, Luisiana, Estados Unidos, 21 al 24 de octubre de 1991).*

Esta actividad se orientó en lo principal a la explicitación *conceptual-referencial*. La consulta pretendía alcanzar un nivel de consolidación en que fueran más claras las fortalezas, debilidades y vacíos del estado del arte en el campo en cuestión. Con ello se esperaba facilitar posteriormente, por un lado, la ampliación del debate o una mayor aplicación, y por otro, el abordaje de las áreas de desarrollo crítico.

El *propósito* fundamental de la consulta era avanzar en la definición de la situación y tendencias de la teoría y práctica de la salud pública en la Región de las Américas, a fin de facilitar la aplicación, mayor análisis o desarrollo posterior de los elementos más relevantes de este campo. En segunda instancia, se esperaba contribuir a generar un "momentum" favorable para todo el proceso a través de la visibilidad que este evento crítico produjera.

Esta actividad tenía cuatro *objetivos* fundamentales. En primer lugar se trataba de construir una aproximación colectiva a la situación y tendencias de la teoría y práctica de la salud pública en la Región de las Américas; en segundo lugar se querían identificar las preguntas, necesidades o vacíos en este campo que permitieran direccionar el posterior avance *teórico-metodológico* o de aplicación o desarrollo *operativo*; en tercer lugar se aspiraba a que surgieran sugerencias de estrategias nacionales, subregionales o regionales alternativas para la ejecución global del proyecto OPS/OMS, y por último, se buscaba obtener aportes adicionales para la revisión, actualmente en marcha, de la postura institucional OPS/OMS en relación con la salud pública.

En términos de los *productos esperados* se pretendía, en relación con la salud pública, hacer una síntesis colectiva de la situación actual; evolución y tendencias teóricas; evolución y tendencias metodológicas y operativas, y los elementos de cambio necesarios o deseables. Con respecto a lo anterior, se esperaba también obtener un conjunto de opciones estratégicas para los niveles regional, subregional y nacional, y un conjunto de lineamientos o directrices para la continuación del proyecto regional.

En consecuencia, el programa de la reunión se organizó en función de los productos esperados. La dinámica seguida presupone que los participantes habían recibido y analizado previamente todas las contribuciones individuales. Además de los expertos seleccionados inicialmente, se invitó a otros como relatores y a representantes de las instituciones auspiciadoras.

*La relación de participantes se incluye en Anexo

Las intervenciones fueron grabadas en su totalidad y ese material, debidamente editado, es lo que constituye esta publicación. La primera sección recoge los objetivos, dinámica, y marco de referencia del encuentro. Las partes siguientes contienen, secuencialmente, las discusiones habidas en torno a la situación actual, tendencias de la teoría, tendencias de la práctica, cambios deseables, estrategias posibles para los países y para el proyecto regional, y conclusiones y recomendaciones. La última parte da cuenta de los juicios de valor acerca del evento realizado y del proceso que lo contiene, así como de los compromisos futuros de parte de las instituciones auspiciadoras del evento.

Esta publicación, junto con su predecesora "La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate", cristalizan la primera etapa de la iniciativa. Ninguna de las dos tiene un carácter prescriptivo, y deben ser vistas ante todo como el inicio de un camino y no como su culminación. Pretenden sí servir de acicate, estímulo o provocación para un debate subregional, nacional e institucional más específico y más idóneo a los diferentes contextos, en un esfuerzo por generar—a través de la ampliación de la conciencia científica y política sobre el campo de acción que nos ocupa—un movimiento para desarrollar la salud pública en el continente dentro del marco de la nueva ética de desarrollo global a que aspiran nuestros pueblos.

José Roberto Ferreira

Jefe,

Programa Especial de Desarrollo de Recursos Humanos

Luis Ruiz

Asesor Regional en Educación en Salud Pública,

Programa Especial de Desarrollo de Recursos Humanos

Clovis H. Tigre

Asesor Regional en Epidemiología,

Programa de Análisis de Situación de Salud,

División de Salud y Desarrollo

Alberto Pellegrini

Coordinador,

Programa de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud,

División de Salud y Desarrollo

Horst Otterstetter

Director,

División de Salud y Ambiente

Enrique Nájera

Representante,

OPS/OMS en Argentina

APERTURA

Moderador:
Dr. Michel Ibrahim

Dr. Michel Ibrahim
*(Decano de la Escuela de
Salud Pública de la
Universidad de North
Carolina)*

En nombre de la Escuela de Salud Pública de Chapel Hill y de la Asociación de Escuelas de Salud Pública de los Estados Unidos (ASPH), le doy la bienvenida a los integrantes de este grupo de consulta sobre el desarrollo de la teoría y práctica de la salud pública en la Región de las Américas. Quisiera también agradecer a nuestro patrocinador, la Organización Panamericana de la Salud, ya que sin su apoyo no hubiéramos podido llevar a cabo este esfuerzo creativo. El Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director de la OPS, nos hablará acerca de los objetivos y propósitos de esta conferencia, pero desde ya y con base en la documentación que se ha producido para este encuentro, se puede predecir que al final de estas sesiones de trabajo estaremos en mejores condiciones de fortalecer y ampliar los esfuerzos de colaboración conjunta en la práctica de la salud pública, así como en la educación en salud pública.

Dr. Harrison Spencer
*(Decano de la Escuela de
Salud Pública y Medi-
cina Tropical de la Uni-
versidad de Tulane)*

Es un honor para mí como Decano de la Escuela de Salud Pública y Medicina Tropical de la Universidad de Tulane dar las palabras de bienvenida a esta importante conferencia sobre el desarrollo de la teoría y práctica de la salud pública en la Región de las Américas. El Estado de Luisiana fue cuna de pioneros de la salud pública en este país. Ocurrencias tales como la fiebre amarilla y la malaria obligaron a grupos de individuos a buscar soluciones a las epidemias y pestes que azotaban estas latitudes. Muchos años han pasado desde aquellos primeros días del despertar de la conciencia preventiva y de la promoción de la salud a nivel comunitario. Por tanto, varios problemas de salud han sido resueltos gracias a la disponibilidad de tecnologías y del conocimiento moderno. No obstante, estas tecnologías y conocimientos todavía no están en manos de quienes más los necesitan. Es por eso que nos hemos reunido a discutir temas tan trascendentales como los que ahora nos ocupan. Esperamos que cuando concluya este grupo de consulta contemos con los conocimientos necesarios para delinear estrategias basadas en las necesidades de salud pública de cada región y país del continente americano.

**Dr. José Roberto
Ferreira**
*(Coordinador del
Programa de Desarrollo
de Recursos Humanos de
Salud, OPS)*

Me gustaría anotar que al patrocinio de la ASPH es necesario agregar igualmente el de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP), la cual viene desde hace ya algún tiempo participando en un prolífico trabajo de intercambio de conocimientos en el campo de la formación en salud pública y está también representada en el lanzamiento de esta nueva iniciativa.

**Dra. Aracy Witt de
Pinho Spinola**
(Secretaría Ejecutiva,
ALAEPS)

En representación del Dr. Pedro Llerena, quién está imposibilitado para asistir, quiero darles la bienvenida a los participantes de esta reunión. No podría dejar de destacar esta nueva y loable iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud de analizar en profundidad la cuestión de la teoría y práctica de la salud pública en el momento actual. Esta ha sido considerada y reconocida por todos como en estado de *crisis*, expresión constante en todos los documentos que harán parte de nuestro análisis. Pero lo aquí discutido no deberá quedarse en lo teórico; es necesario llevarlo a la práctica. Este encuentro será de gran importancia para los programas a ser desarrollados por ALAEPS.

La salud pública, en términos de teoría y práctica, ha presentado diferentes problemas, y me permito subrayar el papel de la población a quién se destinan los trabajos de salud pública. Considerando nuestros países en conjunto, destaco los efectos de la democracia en su sentido más amplio. Esta también alcanzó a la salud pública, debido especialmente a los sistemas de información que hoy existen. La información llega rápidamente a un número de personas cada vez más grande, divulgando conceptos como el derecho a la salud, ciudadanía, participación y otros. Estos conceptos están siendo asimilados por las poblaciones y han dado lugar a una ideología propia de la salud, evidentemente diversificada en el espacio pero con el mismo impacto en términos de la exigencia de soluciones por parte de la propia población. Esta realidad merece atención y trabajo en lo que concierne a la teoría y práctica de la salud pública.

Estamos frente a una nueva salud pública y a un nuevo comportamiento de las poblaciones a quienes se destinan nuestros programas. Y para dar un sólo ejemplo sobre el particular, menciono la cuestión de los movimientos sociales que es la forma más actual de participación de la población.

Concluyendo—y como ya fue expresado en los documentos presentados para el análisis previo a esta reunión—existe la necesidad de crear opinión sobre la nueva situación de la teoría y práctica de la salud pública. Teniendo en cuenta las potencialidades de los presentes, sus conocimientos y experiencias, además de sus cualidades, estoy segura de que esta reunión será indudablemente un éxito, y de que a través de una reflexión colectiva podremos seguramente contribuir a mejorar la salud pública. En nombre de la ALAEPS agradezco anticipadamente el esfuerzo de todos los presentes.

Dr. Ferreira

Quiero, en primer lugar, dar la bienvenida a todos los participantes y agradecer a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Tulane por su generosidad al aceptar ser nuestra anfitriona en este evento. Lo hago en mi nombre y en el de aquellos compañeros de la OPS que han participado en el

esfuerzo de promover el desarrollo de la teoría y práctica de la salud pública en la Región de las Américas.

En algunos minutos tendremos la oportunidad de escuchar a nuestro Director, el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, quien con mucha más propiedad formalizará el punto de vista de la OPS como un todo. Igualmente le corresponderá a él establecer el marco de referencia contextual en que este ejercicio estará inserto y darnos las orientaciones estratégicas prioritarias de la salud en el desarrollo y la administración del conocimiento.

En esta breve introducción me dedicaré a rescatar los puntos que planteamos en las comunicaciones con que establecimos el contacto inicial con cada uno de ustedes, cuando los convocamos a integrarse a esta iniciativa.

Señalamos en nuestra propuesta preliminar que “en los últimos años se ha incrementado la conciencia sobre la crisis actual de la salud pública, entendida ésta como la incapacidad de la mayoría de sociedades de promover y proteger su salud en la medida en que sus circunstancias históricas lo requieren”.

En este contexto, la propia concepción de “crisis” se reencontra con sus orígenes en la medicina hipocrática cuando ésta la aplica a la exacerbación o debilitamiento en la evolución de las enfermedades. Pero aquí la queremos considerar en toda su amplitud ambivalente, como lo plantea Andre Réjin, involucrando “de manera formal el *momento de verdad* (en que el objeto se aferra a su espacio actual) y la *emergencia evolutiva* (hacia un espacio potencial)”.

Esta consideración es importante en la delimitación de la consulta que aquí estamos realizando. No es raro que frente a la dificultad de hacer el análisis concreto de una situación precisa y de explicar en particular todas las evoluciones y transformaciones de las contradicciones históricas en el largo plazo, la noción de crisis sirva para enmascarar esta incertidumbre y este caos potencial mediante el recurso a una palabra mágica con una fuerte carga afectiva, imaginaria y hasta mesiánica.

Sin embargo, queremos partir de la propia concepción original de “crisis” que involucra la noción de examinar, discriminar, decidir, y tomarla como el momento decisivo, en la evolución de un proceso incierto, que permite el diagnóstico. Lo hacemos con plena conciencia de su doble rostro, el cual implica riesgo y oportunidad—riesgo de regresión y oportunidad de progresión—en la medida que aceptemos que el “paro” puede constituir un avance potencial.

Quizás tenemos que partir de aceptar o no que estamos en crisis. Para esto podemos hacer referencia al informe reciente del Comité para el Estudio del Futuro de la Salud Pública, establecido por el Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias de los Estados Unidos, el cual se inicia con la consideración de que

“la salud pública, como una profesión, como una actividad gubernamental, y como un compromiso de la sociedad, no está claramente definida, adecuadamente apoyada o totalmente entendida”.

El informe prosigue con consideraciones sobre lo que llama el dilema de la salud pública admitiendo, de un lado, que sus avances más importantes son en general dados por hecho, lo cual hace difícil mantener un sentido de urgencia en una vigilancia continua que garantice la preservación de estos avances. Por otro lado, señala que la preocupación del público sobre las nuevas amenazas a la salud aumenta conduciendo a la adopción de medidas que se desvían de la vieja salud pública.

Más que dilema, vemos este planteamiento como un desafío: El tener que enfrentar nuevos problemas al tiempo que se continúa el esfuerzo para contener los preexistentes. Esta situación es aún más grave en Latinoamérica, pues allí predomina un patrón de transición en el campo de la salud donde a los problemas de salud del subdesarrollo se sobreponen aquéllos del mundo desarrollado, agravados éstos por una situación de inequidad que se hace sentir más con la crisis económica vigente.

La Comisión del Instituto de Medicina señala además lo inadecuado de las soluciones temporales para la *crisis de la salud*, las cuales son propuestas al margen de la base de conocimientos disponible para crear programas sólidos. Llama también la atención sobre la mescolanza de intereses y programas fraccionados, conflictos interorganizacionales, y apropiaciones bien intencionadas pero desbalanceadas y sin la orientación adecuada. (¿Qué diríamos nosotros de la situación de Latinoamérica sobre este particular?).

Por último, y en una forma que resalta la justificación de nuestra iniciativa, el informe declara: “La salud pública está en crisis. Poca gente la comprende, y son menos aún los que se interesan por ella”. Agrega que aquéllos que sí se interesan por el problema están divididos en cuanto a su naturaleza y qué hacer acerca de él.

El estudio a que nos estamos refiriendo adoptó un enfoque descriptivo orientado hacia la acción, el cual se centra en la identificación de funciones, roles y obstáculos en lo que concierne a las agencias públicas. No alcanzó, sin embargo, a analizar con más profundidad la base de conocimientos que podría ser necesaria para respaldar estas funciones y roles, dejando un importante vacío conceptual sobre el cual habría que reflexionar con más profundidad.

Desde luego, las concepciones en que se ha basado el movimiento sanitario han estado en un permanente proceso de elaboración y cuestionamiento. Y si aceptamos con Juan César García el papel de aprobación y legitimación que cumplen las escuelas

profesionales sobre la práctica de una misma profesión, podemos tomar la polémica que se estableció con el surgimiento de las escuelas de salud pública en nuestro medio como un simple indicativo de las diferentes interpretaciones que existen y existirán a través de los años con respecto al estado óptimo de la enseñanza de la salud pública. Aquí nos referimos a otro libro reciente que también tuvo su influencia en la promoción de la presente iniciativa. Se trata del estudio de Elizabeth Fee titulado *Disease and Discovery*, el cual versa sobre el proceso de desarrollo de la primera escuela de salud pública de América en 1916. Las tres universidades que concurren a la selección propuesta en ese entonces por la Fundación Rockefeller presentaron tres enfoques enteramente distintos:

- La Universidad de Harvard, que ya contaba con un programa de oficiales de salud en cooperación con el Instituto de Tecnología de Massachusetts (MIT) dirigido por Rosenau, abogaba por el desarrollo de un curso con predominio de ingeniería sanitaria y orientado hacia la higiene industrial, la mortalidad infantil y la promoción de la salud para escolares.
- La Universidad de Columbia participó con una propuesta elaborada por Seligman, profesor de ciencias políticas, que enfatizaba la importancia de las ciencias sociales y la economía política, asignándole un papel secundario a los aspectos médicos y sanitarios.
- La Universidad de Johns Hopkins (en aquel entonces con el prestigio de haber sido tomada por Flexner cinco años antes como modelo para el desarrollo de la educación médica) presentó una propuesta desarrollada por Welch, profesor de patología, que optó por un enfoque biomédico más orientado hacia la investigación científica con énfasis en la estadística, la epidemiología y la bacteriología, y con la posibilidad de acceso a un hospital docente para el estudio de la medicina preventiva.

Es interesante señalar que la decisión final que favoreció a Hopkins fue tomada por Abraham Flexner, el mismo que había aprobado el modelo de formación médica dominante, centrado en la investigación biomédica y el cuidado hospitalario. O sea, ya en sus orígenes, la salud pública había sido legitimada en los Estados Unidos en estrecha conexión con el modelo médico. Es posible que otra hubiera sido su orientación y desarrollo si la opción hubiese favorecido a Harvard o a Columbia.

Esta relación entre salud pública y medicina sigue en tela de juicio hasta el presente. Los extremos varían tanto en los niveles de análisis como en las intervenciones de la práctica, y se hacen evidentes incluso en las observaciones contenidas en los documentos que sirven de base para esta discusión. Estos incluyen desde enfoques que aceptan el campo médico como perteneciente a la salud pública, hasta los que cuestionan la dependencia de la salud pública de una concepción flexneriana, biologicista y medicalizada.

En este contexto, los modelos explicativos sobre salud/enfermedad basados predominantemente en el abordaje clínico de los problemas colectivos resultaron restrictivos y condujeron a respuestas que se ubican en el espacio de la atención médica a las personas. Con este marco conceptual se desarrollaron la mayoría de los Ministerios de Salud de los países latinoamericanos. Luego, con la incorporación del extraordinario desarrollo tecnológico contemporáneo, la "atención médica" quedó como la única reivindicación posible para alcanzar la salud. Pero ahí se observan efectos aparentemente paradójicos con respecto a la tecnología. Esta, siendo responsable por importantes avances en el campo de la salud, encarece al mismo tiempo el costo de la atención, restringe el acceso a los servicios y aumenta el grado de inequidad.

Con base en la conciencia creciente sobre las limitaciones de los abordajes conceptuales etiológicos y ecológicos, habría que ver en qué medida la complejidad de los procesos determinantes —que en el momento exige una redefinición del espacio de lo individual— podría repotencializar la capacidad de las acciones de salud y bienestar de impactar los problemas relevantes del área.

Varios otros modelos explicativos han sido propuestos, intentando dar cuenta de los nuevos problemas planteados en cada momento. En especial sería importante resaltar aquéllos que, sin dejar de lado la atención médica, la relativizaron involucrando en contrapartida otros parámetros sociales como el nivel socioeconómico y el conjunto de condiciones de vida (presente en la categoría de reproducción social). Todos los modelos han tenido el mérito de sustentar acciones de salud y bienestar. Reconocer sus limitaciones a la luz de nuestros propósitos y necesidades actuales implica al mismo tiempo resaltar el extraordinario aporte que en cada caso ha significado cada uno de ellos.

Sin embargo, la multiplicación de intentos explicativos y la reflexión continuada al respecto no han sido suficientes para hacerle frente al panorama actual. En éste inciden las características del crecimiento demográfico y los problemas del hacinamiento urbano, junto con marcadas diferencias en todos los países en cuanto a la mortalidad, la morbilidad y el acceso a

servicios básicos de salud según el área geográfica. Dicho panorama se agrava cuando ocurren cambios en los estilos de vida y en el medio ambiente que determinan nuevos riesgos para la salud, o cuando surgen nuevos problemas de amplia magnitud como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o reaparecen viejos problemas (como el cólera que se inició en Perú y se ha propagado hacia otras partes del continente).

A todo ésto se agrega el problema creciente que frecuentemente señala el Dr. Macedo: A la población que hoy no tiene acceso a los servicios hay que sumarle los nuevos contingentes que se incorporarán hasta el final del siglo. Esto eleva la meta de cobertura a ser alcanzada a cerca de 300 millones de personas sólo en América Latina, monto superior a lo que fue posible cubrir en toda la existencia previa de la salud pública en la Región.

De hecho, los intentos por desarrollar una acción más agresiva han puesto al descubierto los vacíos metodológicos y operativos que todavía persisten como obstáculos críticos al avance que se quiere impulsar. En este contexto se encuentran el creciente costo de la atención, el uso ineficiente de los recursos existentes y la marcada reducción del gasto público en salud (a consecuencia de la adopción de políticas de ajuste). Todo esto contribuye a perpetuar una respuesta cada vez más inadecuada e insuficiente que conduce al aumento de las desigualdades en la distribución y acceso a los servicios.

Teniendo en cuenta este escenario, los países miembros de la OPS, al formular sus orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para el período 1991-1994, señalaron una serie de desafíos para la salud y para la transformación del sector en la década de los noventa, a saber:

- Lograr mayor prioridad para la salud en las políticas sociales y en el proceso de desarrollo;
- mejorar la capacidad de análisis de situación e identificación de grupos de alto riesgo;
- formular políticas y programas que persigan la equidad en salud y abatir la deficiencia creciente de cobertura de servicios;
- concentrar recursos en intervenciones eficaces contra daños y riesgos;
- aumentar la eficiencia del sector;
- redefinir las formas de conducción y organización del sector; y
- superar los desequilibrios entre la fuerza de trabajo del sector salud y las necesidades de los servicios.

Asimismo, se incluyeron entre las estrategias y prioridades programáticas varias propuestas que respaldan el esfuerzo en que

estamos participando, entre las cuales se destacan la relativa a la *salud en el desarrollo* y aquella sobre *administración del conocimiento*.

Paralelamente a la puesta en marcha de una serie de actividades que apuntan al cumplimiento de metas específicas en el cuatrienio (1991-1994), es necesario que se reanude el debate relativo al mediano y largo plazo. Este análisis de la situación y tendencias principales del desarrollo de la salud pública en el continente deberá tener como marco los nuevos desafíos que plantea la situación social en general, y la de la salud en particular. Aquí se hace necesario identificar las bases para revitalizar o reorientar el desarrollo conceptual, metodológico y operacional de la salud pública en los países de la Región, en particular en lo que concierne a la promoción del liderazgo sectorial y a la formación avanzada en salud pública.

De los aportes individuales recolectados hasta ahora, avanzamos hoy hacia la reflexión colectiva. En ella, la incertidumbre sobre el tema de la salud pública estará sometida a una discusión ciertamente polémica, donde se encontrarán distintas concepciones que la ubican no sólo como campo de profesionalización, sino como un deber del Estado y, sobre todo, como un compromiso de la sociedad con sus ideales de salud. Esperamos que lo que aquí se logre configurar—congregando acuerdos y discusiones—pueda ser ampliamente divulgado y contribuya a generar un "momentum" que le dé mayor vitalidad al proceso de desarrollo de la salud pública en el contexto de una nueva ética de desarrollo social global en la Región.

Para que este resultado se produzca es necesario que este evento sea solamente un primer paso, y que sus participantes lo tomen como un compromiso en el largo plazo que involucre un esfuerzo continuado para ampliar la consulta a todos los niveles en los países miembros de la OPS. Esto podrá incluir la búsqueda de un mayor número de reacciones individuales y aportes adicionales por parte de los responsables por la conducción sectorial, así como el estímulo para la realización de encuestas de opinión y/o estudios e investigaciones sobre los aspectos particulares de mayor relevancia para la salud pública. En especial habrá que promover la creación de condiciones donde se produzca el necesario desarrollo conceptual, metodológico y operativo que permita superar los vacíos aludidos. Asimismo, se considera la posibilidad de convocar reuniones nacionales o subregionales para profundizar el debate y lograr una mayor claridad sobre los factores explicativos de la crisis, o aún la reorientación de los enfoques adoptados para superarla.

Quedamos pues a la expectativa de lo que aportará la presente reunión, y queremos igualmente aprovechar la oportunidad para que nos dejen sus sugerencias en cuanto a posibles estrategias

para un abordaje continental de esta iniciativa de promoción del desarrollo de la teoría y práctica de la salud pública.

También deseamos agradecerles a todos y cada uno de ustedes la buena disposición con que se sumaron a nuestra invitación inicial, reconocer públicamente el valor de la contribución que nos enviaran y —previendo el éxito del debate que seguirá— felicitarlos por el aporte que este evento deberá representar para la salud de nuestros pueblos. Muchas gracias.

Dr. Ibrahim Me gustaría pedirle al Dr. Ferreira que hiciera una pequeña introducción sobre el Dr. Macedo.

Dr. Ferreira El Dr. Carlyle Guerra de Macedo es un médico brasileño quien hace nueve años asumió la dirección de la Organización Panamericana de la Salud. En Brasil fue el primer secretario de salud de su estado, el estado de Piauí, y después se dedicó a la planificación de salud. Trabajó en el Centro de Planificación en Chile, donde fue compañero del Dr. Tejada aquí presente. Posteriormente regresó a Brasil donde se incorporó al campo de recursos humanos —lo cual nos honra particularmente porque se trata de nuestra área— y de allí pasó a Washington donde ha dirigido la OPS durante los últimos nueve años. Yo creo que él se presentará mejor durante su intervención.

**Dr. Carlyle Guerra
de Macedo**
(*Director de la OPS*)

Permitanme inicialmente darles la bienvenida oficial en nombre de la OPS, junto con nuestro sentido agradecimiento por la buena voluntad de todos al responder a nuestro llamado de unirse a un esfuerzo de análisis y de creación sobre un tema de tan trascendental relevancia para la salud de nuestros pueblos. Quiero también agradecer el patrocinio conjunto de la Asociación de Escuelas de Salud Pública de los Estados Unidos de América y de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública. El hecho de que las tres instituciones estén trabajando juntas es en sí mismo un motivo de estímulo y una razón para que reine el optimismo. Además, quisiera reconocer la buena voluntad de la Escuela de Salud Pública de Tulane por recibirnos aquí y tratarnos tan gentilmente. Lamento que sólo pueda compartir con ustedes algunas horas, pero por breve que sea mi estancia es un pequeño homenaje a los presentes y una muestra inequívoca del interés de la Organización por el trabajo que están haciendo.

En estas circunstancias, es casi trivial repetir que vivimos un momento muy especial en la historia de la humanidad, porque de hecho todos los momentos son especiales y únicos. Pero quizás por la velocidad y profundidad de los cambios que están ocurriendo en el mundo, el momento actual reviste particular importancia; una importancia que hasta ahora estamos comen-

zando a comprender porque cubre prácticamente todos los aspectos de la vida, incluyendo lo económico, lo político y lo social. Es evidente que esos cambios tienen y tendrán impacto profundo sobre el quehacer de la salud.

El final de la era marcada por la confrontación de dos concepciones ontogénicas y antagónicas sobre el desarrollo de la humanidad, que estuvo presente desde el final de la Segunda Guerra Mundial, abre posibilidades extraordinarias para el progreso. Pero a la vez acarrea una cantidad de problemas y por lo tanto de amenazas para el futuro de nuestro planeta. Entre los problemas y amenazas de naturaleza global que en mi opinión tienen y tendrán—directa o indirectamente—una importancia muy grande para el quehacer de la salud en nuestra Región, quisiera destacar seis.

En primer lugar, el establecimiento de lo que se está llamando el Nuevo Orden Mundial, que en el fondo es una reorganización de la actividad productiva y del comercio, o de las relaciones económicas internacionales, que lógicamente tendrá como consecuencia un realineamiento del ejercicio del poder y por ende de la política internacional. La actividad de producción se hace cada vez más transnacional y tiene quizás como expresión más importante de los conflictos no resueltos—incluso porque en la actual concepción dominante del mundo no deben ser resueltos—la competencia entre los grandes bloques de poder económico que se están conformando o que ya se han conformado. Este nuevo realineamiento de las fuerzas económicas y políticas, y la contienda que se está estableciendo entre ellas por el dominio de los mercados mundiales, al tiempo que es una oportunidad extraordinaria para el aumento de nuestra capacidad de producción—hablando del Tercer Mundo y en particular de América Latina y el Caribe—presenta también una tremenda amenaza. La amenaza de relegar de una manera aún más definitiva y duradera a las naciones periféricas, debido a las desventajas que éstas acarrecan para competir con los centros de poder universales.

El segundo gran aspecto al que voy a referirme, y que está directamente relacionado con el anterior, tiene que ver con la evolución y el crecimiento extraordinariamente rápido y de carácter casi logarítmico de la ciencia, y sobre todo de la tecnología. No sólo la disponibilidad de conocimientos y de formas de intervención sobre distintas realidades es cada vez más amplia, sino que el proceso a través del cual se genera ese conocimiento y estas formas de intervención está cambiando profundamente. Aquí se abren otra vez posibilidades extraordinarias para el futuro de la humanidad, pero aparece nuevamente la gran amenaza de que las naciones periféricas no sean capaces de insertarse eficazmente en este proceso. Y al dominio económico

de las formas de producción y de los mercados puede agregarse una dependencia de carácter científico y tecnológico de naturaleza tan penetrante y tan intensa que hará que las otras formas de dominación del pasado dejen una huella relativamente suave en la historia.

El tercer asunto de carácter global es la exacerbación de los sentimientos nacionalistas, particularmente de aquéllos que tienen una base de carácter étnico o religioso y que entran en conflicto con la tendencia de globalización de las decisiones universales. Es interesante verificar que en el momento en que el Nuevo Orden Mundial tiende a la agrupación de grandes conglomerados económicos y políticos, la reivindicación de las nacionalidades y la expresión de elementos culturales tan poderosos como la religión y la etnia se hace mucho más patente. Esto representa una amenaza para la paz que todos esperamos reine en el universo en el futuro, al tiempo que divierte la atención de aquellos programas de cooperación que podrían estar sustentados por los recursos liberados a raíz de la disminución del potencial de enfrentamiento bélico que marcó la llamada "Guerra Fría".

El cuarto aspecto—y quizás el más importante porque ni siquiera hemos empezado a resolverlo—es la continuidad y la profundización de las disparidades sociales entre ricos y pobres en el contexto de las naciones, y entre grupos sociales dentro de cada país. Creo que en una perspectiva a más largo plazo ésta es la gran amenaza a la estabilidad de la especie humana y de la civilización como la conocemos, porque es *imposible* (admitiendo el contenido ideológico que pueda haber en esta palabra) concebir un mundo en paz y en desarrollo permanente cuando tres cuartas partes de la humanidad no tienen acceso a los beneficios de ese desarrollo. El conflicto entre "los que tienen y los que no tienen", entre el Norte y el Sur, tiende a configurarse como el gran conflicto del futuro, quieran o no quieran los que manejan el poder en el Nuevo Orden Mundial que se está estableciendo.

El quinto aspecto concierne a las relaciones de nuestras sociedades con el medio ambiente dentro del cual existen. Movidio por el poder de la ciencia y la tecnología para la transformación y la dominación de la naturaleza, el hombre se hizo arrogante y al mismo tiempo irresponsable frente al patrimonio natural finito de nuestro planeta. Aunque tardía, la actual toma de conciencia sobre la necesidad de cuidar y proteger el medio ambiente y los recursos naturales es muy bienvenida, pero también presenta algunas amenazas para los que no han llegado todavía al banquete del progreso. Las naciones desarrolladas, después de prácticamente destruir gran parte de sus recursos naturales, son ahora concientes de la importancia que tiene para el futuro de la

humanidad la preservación de la naturaleza. Y aunque todavía están reuentes a adoptar las medidas de protección necesarias dentro de sus propios territorios, se muestran proclives a pedir, y si es posible, a imponer, que las naciones del Tercer Mundo, mejor dicho, las naciones pobres porque ya no hay Tercer Mundo ni tampoco países en desarrollo, asuman la responsabilidad de preservar el patrimonio común en beneficio de todos. Esto crea un dilema muy grande entre la necesidad que tienen los países pobres de utilizar sus recursos para apoyar el desarrollo que se requiere, y la necesidad de preservar el patrimonio natural para garantizar la sostenibilidad de ese mismo desarrollo en el futuro. Sería trágico que los países pobres tuvieran que renunciar a la utilización de los recursos naturales necesarios para desarrollarse con el fin de que las poblaciones del Norte puedan respirar aire puro, mientras que ellas continúan contaminando ese mismo aire. De cualquier manera, el problema del medio ambiente se plantea como uno de los grandes conflictos y temas que marcará el futuro inmediato y no tan inmediato de la humanidad, con profundas implicaciones para el quehacer en salud.

El sexto y último de estos desafíos globales a los que me he venido refiriendo presenta otro tipo de riesgo. Muchos de nosotros hemos recibido, con cierto sentimiento de alivio, el final del conflicto entre los ideologismos de Oriente y Occidente que tan frecuentemente distorsionaron la manera de percibir y comprender las realidades, y por lo tanto de poder intervenir sobre ellas. Pero el nuevo orden que se está conformando trae consigo otro tipo de ideologismo, quizás más peligroso no sólo porque se plantea como absolutamente dominante y sin contradicción, sino porque pretende transformarse en otro tipo de ontologismo. Me refiero a la visión llamada neoliberal del proceso de desarrollo (cuando se lleva a extremos). La imposición de ese nuevo ideologismo (insisto en el uso de la palabra ideologismo y no ideología) conlleva profundos riesgos, aunque puede tener también aspectos benéficos para la acción en todos los ámbitos de la actividad social, y por supuesto en el de la propia salud.

En este contexto universal, la región de las Américas tiene sus propios desafíos. Quizás el más importante, aunque todavía no se percibe enteramente, es el de la utilización del espacio geopolítico natural del Hemisferio Occidental para configurar un gran bloque de poder que pueda convivir y competir con los otros que se han formado (Europa, no de los doce sino de los treinta, Asia, y otros). Y ante este menester, los países desarrollados y los no desarrollados de la Región tienen un destino común.

En este momento, quizás todavía oscurecido por problemas derivados del fin de la "Guerra Fría" y la inestabilidad de Europa Oriental (incluyendo la ex-Unión Soviética y los conflictos de

naturaleza local), la conciencia sobre la necesidad de una integración de todas las Américas, incluido el Caribe, no ha sido percibida a cabalidad. Para América Latina y el Caribe en particular, el gran desafío, aún mayor que la necesidad de integrar uno de los grandes bloques de poder mundial, es iniciar un nuevo proceso de desarrollo. Insisto en la palabra "nuevo" porque no se trata de retornar a los momentos pre-crisis de los ochenta, aun cuando en las décadas anteriores (particularmente en los años sesenta y setenta), la Región experimentó tasas de crecimiento económico muy aceleradas que en varias oportunidades fueron consideradas como verdaderos milagros económicos. Pero este desarrollo del pasado fue insuficiente para resolver los problemas de vida, de desigualdades y de pobreza. Para demostrar esa afirmación siempre me refiero a los números relativos a la pobreza, medida por el indicador más simple que es la disponibilidad de ingreso. Desde el comienzo de la década de los setenta hasta el comienzo de la década de los ochenta, el número de personas viviendo en la pobreza (con todo y las tasas de crecimiento económico aceleradas) aumentó en más de 40 millones de personas. Ese simple hecho demuestra que el desarrollo del pasado no es el desarrollo que necesitamos para el presente y el futuro. La incapacidad de resolver los problemas de vida y de bienestar de grandes sectores de nuestras poblaciones en el pasado indica la necesidad de buscar un nuevo modelo, un nuevo tipo de desarrollo.

Quisiera citar por lo menos seis aspectos de este nuevo desarrollo, que en mi opinión y desde la perspectiva de la salud, debieran cumplirse. Estoy conciente de que estoy haciendo una proposición sobre el carácter de lo que *debe ser* y no simplemente una anticipación de lo que *va a ser*.

Primero, es necesario que corriamos los grandes desequilibrios macroeconómicos producidos en nuestras economías, tanto en nuestras relaciones con el exterior, incluyendo los problemas de la deuda, como internamente, incluyendo aquí todo lo relacionado con el desequilibrio fiscal, la inflación y, sobre todo, la pérdida de la capacidad de ahorro e inversión. Sin la corrección o la recuperación del equilibrio de nuestras variables macroeconómicas no es posible crear las condiciones para el aumento de la producción y sobre todo de la productividad, con el fin de que nuestros países y sus economías se inserten, de una manera más o menos eficaz, en el nuevo orden económico mundial. No estamos por lo tanto en contra de las políticas llamadas de ajuste o estabilización. Sin embargo, si tenemos grandes reservas y críticas sobre las diversas formas que han tomado las políticas de ajuste en la década pasada y en la presente, y en especial sobre cómo se han financiado y quién ha pagado los costos de estas políticas de ajuste.

Esto nos conduce al segundo requisito del nuevo proceso de desarrollo. La recuperación de la capacidad de producción y el establecimiento de condiciones para el aumento de la productividad son simplemente un medio para alcanzar los fines reales de cualquier proceso de desarrollo. El nuevo ideologismo neoliberal pretende que una vez creadas esas condiciones económicas para la producción, automáticamente ésta se traducirá en beneficios para la totalidad de la población. La experiencia histórica indica que no sucede así y que para alcanzar los fines sociales del desarrollo es preciso definir premeditadamente estos fines, buscándolos mediante una voluntad y movilización políticas. La tesis que sí creo debemos aceptar, aunque a veces con cierta pena, es la de que la libertad de iniciativa y la capacidad de creación individual o colectiva constituyen la forma de organización de la actividad productiva más efectiva que la historia ha conocido. Lo cual no significa que ésta sea siempre eficiente ni *per se* equitativa. No es ahora el momento de justificarlo, pero sí hay que reconocer el hecho de que el bienestar *de todos*—que es la única finalidad del proceso de desarrollo—no se alcanza simplemente a través del establecimiento de condiciones que favorezcan la producción y la productividad. Por eso, la segunda característica que debiera tener el nuevo desarrollo es una definición y una determinación permanente, especialmente política, que apunte a la búsqueda del bienestar y de mayores niveles de equidad en este proceso.

El tercer aspecto del nuevo desarrollo es que éste debe darse en regímenes democráticos y de creciente y efectiva participación. La Dra. Spinola se refirió a esto, y muchos de ustedes en sus documentos también lo han mencionado. No se trata simplemente de establecer (aunque es necesario e importante) la llamada democracia representativa y las consultas periódicas a la población (importantes pero insuficientes) para la elección de las autoridades de gobierno. Se trata de profundizar la democracia como un régimen de vida, como una manera de coexistencia social permanente. Pero sobre todo, se trata de reorganizar el ejercicio del poder a través de la distribución del poder existente o de la creación de otras fuentes de poder que hagan posible que cada individuo y cada colectividad se transformen en verdaderos ciudadanos y actores sociales efectivos en el proceso de toma de las decisiones que forjan su destino.

El cuarto requisito de este nuevo desarrollo es que nuestras economías se inserten eficazmente en la economía global. Y esto tiene un corolario importante, en especial para Latinoamérica y quizás para todo el hemisferio, que es la integración regional. Hemos hablado mucho de la integración y hemos hecho muy poco por hacerla viable en más de 150 años de vida política independiente. Por el contrario, movidos por intereses domésti-

cos y externos, hemos enfatizado nuestras diferencias y no nuestras complementariedades o similitudes. La integración hoy deja de ser un ideal para convertirse en una necesidad, si es que queremos tener una voz y un papel en el futuro de la humanidad, definido por el nuevo orden que se está conformando.

El quinto punto es que el desarrollo que necesitamos no puede ser simplemente fruto de situaciones coyunturales favorables. Hemos vivido ciclos de crecimiento y recesión por muchas generaciones y por siglos. Por eso, el nuevo desarrollo debe ser sostenible y de carácter permanente. Los siguientes cinco aspectos son pertinentes e indispensables para garantizar la sostenibilidad del desarrollo que necesitamos:

- La creación y el fortalecimiento de instituciones que corrijan o que ofrezcan un marco de trabajo para la productividad, pero sobre todo para la equidad y la democracia; instituciones en el orden legal y jurídico, y en el orden social y político;
- la necesidad de promover todos los esfuerzos que nos permitan acompañar el desarrollo de la ciencia y de la técnica, ya sea en su adaptación a las condiciones de nuestras sociedades, o en la generación de un conocimiento propio como parte del progreso científico global de la humanidad;
- el cuidado del medio ambiente, es decir, el balance entre la utilización necesaria de los recursos finitos de que disponemos y su protección para que continúen siendo base o factor en el desarrollo, a través de los tiempos;
- la formación de recursos humanos que realmente esté sintonizada con el desarrollo que se pretende promover; y
- la creación de una cultura que facilite y apoye el proceso (tal cultura no trataría exclusivamente de recuperar determinados valores que definen nuestra identidad, ni de limitar las políticas orientadas solamente a mejorar el acceso de nuestra población a los llamados bienes culturales; trataría realmente de promover valores que definan comportamientos sociales que favorezcan y apoyen el proceso de desarrollo que queremos).

Como sexta condición, el nuevo desarrollo exigiría una redefinición de las relaciones entre Estado y sociedad. Sin embargo, se debe buscar una tesis diferente a la dominante según la cual el Estado es el origen de todos los males y por lo tanto (siguiendo una visión más o menos kantiana) debe ser reducido al mínimo o incluso desaparecer. El Estado necesario en el tipo de desarrollo propuesto es un Estado mucho más actuante, mucho más activo y mucho más presente. La creación de las condiciones

para la producción y la productividad en un ambiente cada vez más complejo en el plano social, científico y tecnológico, exige la presencia de la institución social del Estado con las características mencionadas, pero sobre todo requiere la voluntad o la decisión política de darle finalidad al desarrollo. Buscar esa finalidad requiere la presencia efectiva del Estado. Ninguna otra institución puede cumplir un papel de articulador entre los diversos actores sociales que permita la necesaria estabilidad, y al mismo tiempo facilite el proceso de transformación. Esto sin romper los parámetros que existen en cada una de las nacionalidades y en las relaciones entre países. El Estado que necesitamos es, por lo tanto, un Estado diferente a algunos de los modelos que han existido en nuestros países. Pero quizás la diferencia más grande, además de los roles ya enunciados, está en hacer del Estado un verdadero ente, una verdadera institución de naturaleza pública en beneficio de la sociedad como un todo. Se trata entonces de eliminar, o por lo menos reducir, el proceso de privatización del Estado como lo hemos conocido hasta la fecha. La transformación del Estado será probablemente una tarea muy difícil, pero es necesario hacerla si queremos realmente tener las condiciones para el desarrollo que pretendemos para América Latina, el Caribe y todo el mundo.

Les he hablado sobre estos aspectos como un telón de fondo para las consideraciones sobre lo que ha sido y lo que debe ser la salud. (Estoy consciente de que va a existir un desbalance en términos del tiempo que le he dedicado a los aspectos globales en relación con los comentarios específicos sobre la salud en general, y la salud pública en particular. Sin embargo, ustedes han tratado este asunto en sus documentos y creo que lo analizarán aquí en gran detalle). En todo caso, la salud tiene que ser parte de este nuevo proceso de desarrollo en el contexto y con las características a las que nos hemos referido y con otras que no hemos mencionado. La salud puede contribuir al desarrollo necesario facilitando la producción y la productividad. La salud es, por definición, parte de la finalidad del desarrollo y se identifica con él en la medida en que implica bienestar. La salud puede ser un poderoso instrumento de promoción y fortalecimiento de la democracia y de la participación. La salud puede ser un puente para el entendimiento y la cooperación, contribuyendo a la integración y facilitando la inserción en la economía global. La salud tiene que ver además con cada uno de los elementos y factores que definen la sostenibilidad del proceso y como derecho, como fin, es sin duda uno de los campos bajo la responsabilidad directa del Estado.

Si se observan los años y las décadas pasadas a través de los indicadores tradicionales, (incluso la llamada "década perdida de los ochenta"), se nota un progreso sorprendente en el campo de

la salud. No intento hacer un análisis retrospectivo de lo que ha sido su evolución durante los últimos tiempos. Simplemente quisiera referirme al hecho de que si las tasas de mortalidad observadas en 1981 se hubieran mantenido inalteradas, en 1990 habiéramos observado cerca de 700.000 muertes más de las que realmente ocurrieron. La reducción de esas tasas, y por lo tanto, el haber evitado esas 700.000 muertes en un solo año, es un hecho de por sí extraordinario en un momento de crisis, de reducción de recursos, de aumento de la pobreza, de concentración del ingreso y, por consiguiente, de aumento de las desigualdades y de las disparidades internas en cada país. De acuerdo con el cuerpo de conocimientos disponible y aceptado, incluso en el modelo explicativo biosocial, ésto podría atribuirse a una mejoría de las condiciones de vida. Desafortunadamente no fue así. El ingreso per cápita promedio de América Latina se redujo en un 10 por ciento; el número de personas viviendo en estado de pobreza aumentó de 130 millones a 200 millones y el número de personas viviendo en pobreza crítica y extrema se incrementó hasta alcanzar los 80 millones. En términos del modelo explicativo biomédico, la reducción de las tasas de mortalidad pudo responder entonces a una mejoría en la prestación de los llamados servicios de salud. Ciertamente que hubo mejoría, mayor focalización o mejor balance entre actividades de atención primaria, atención secundaria y terciaria. Sin embargo, no creo que tal mejoramiento explique el fenómeno. La explicación más plausible es que los pobres, o la población en general, a través del dominio de alguna información de cuya difusión tampoco somos responsables, han podido desarrollar estrategias de supervivencia que les han permitido sobreaguar, aun en condiciones de mayor dureza y marginalidad. Menciono este hecho para volver a uno de los puntos cruciales del cambio profundo que se debe introducir en las prácticas y, por qué no decirlo, en la teoría de la salud. Se trata de la importancia de la participación, de la descentralización y de la democratización en la organización de las acciones sectoriales y más allá del sector. Es lógico que tenemos también que revisar los modelos de atención y las prácticas que éstos conllevan. En este sentido creo que se han producido cambios cuando abandonamos la noción de salud identificada exclusivamente con actividades sectoriales, para preocuparnos crecientemente con la inter y la transectorialidad. Pienso que cada vez se hace más patente la necesidad de aumentar la eficiencia y la eficacia social; sobre todo de ésta última. Estas son algunas de las características del cambio necesario en salud, como parte del nuevo proceso de desarrollo sugerido más arriba.

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud continúan teniendo "salud para todos", no

exclusivamente como una meta, sino como un conjunto de valores. Al mismo tiempo hacen de la atención primaria de salud su estrategia fundamental para lograr este cambio necesario. En la OPS, las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas expresan una visión de corto plazo, es decir, algunas formas de acción que los cuerpos directivos de la organización juzgaron apropiadas para enfrentar ese proceso de cambio. Sin embargo, hemos percibido vacíos crecientes en las formas de comprender este proceso. Hablo no solamente de comprender el proceso de salud sino el proceso de desarrollo en sus implicaciones para, o en sus relaciones con la salud. El Dr. Ferreira, además de mencionar la riqueza de los modelos explicativos existentes, se refirió también a la insuficiencia que éstos han mostrado. En nuestra necesidad de actuar, estamos sintiendo la presión creciente de estos vacíos e insuficiencias, aunque seguimos utilizando las contribuciones explicativas de tales modelos para definir estrategias de acción eficaces. Pero el sujeto, además de ser cada vez más complejo, continúa teniendo un alto nivel de indefinición y presenta un comportamiento muy particular que algunos llaman de transitoriedad. Tal transitoriedad hace que las experiencias y explicaciones del pasado presenten limitaciones para orientar la acción del presente y sobre todo para predecir el futuro. No discuto la utilidad de las explicaciones históricas. Pero en la medida en que el proceso de cambio implique también una transformación en las relaciones y entre sus diversos componentes, las reglas del juego de cada momento serán diferentes a aquéllas que funcionaron para el momento que lo antecedió, si bien éste último está definido en gran medida por el anterior. Los instrumentos de análisis de la experiencia que hemos desarrollado para explicar y predecir han sido extraordinariamente insuficientes para captar esta característica en particular.

Queremos también liberarnos de cualquier pretensión que conduzca a explicaciones globales, ontogenéticas. Quisiéramos que los modelos explicativos que tenemos que desarrollar, por más comprensivos que sean, no nos pongan otra vez en la senda de nuevos ideologismos y, por lo tanto, sean incapaces de captar la complejidad y variedad de las situaciones que tenemos que enfrentar. Tampoco buscamos la simplificación exagerada mediante la tendencia al "reduccionismo" de la compleja realidad y la aceptación de verdades absolutas o casi absolutas que no sólo pueden conducir a errores en la acción, con repercusiones duraderas, sino que limitan y constriñen el proceso de creación conceptual. La salud pública del presente y del futuro enfrenta por lo tanto extraordinarios desafíos. Quizás soy optimista en el sentido de creer que nos hemos liberado, por lo menos conceptualmente, de nuestra subordinación total a la medicina y en eso estoy un poco en desacuerdo con algunos de los trabajos aquí

presentados. Creo que la salud pública ha creado su propio espacio, si bien reconoce lo que pueden hacer la medicina y la atención médica. Y aunque ese espacio todavía no merezca o no esté mereciendo la prioridad y la atención adecuadas, ya no se halla ni conceptual ni operacionalmente subordinado al campo de la medicina.

Nos estamos desplazando de la preocupación exclusiva por la enfermedad hacia la perspectiva de la atención a la salud, no sólo en términos de lo que se ha llamado convencionalmente “estilos de vida sanos”, sino en términos de identificar la salud con el bienestar. Esto coloca al trabajo en salud pública como parte integral de las preocupaciones por el desarrollo necesario. La dimensión social de la salud, por todo lo que hemos mencionado y por otras cuestiones que aquí no se han abordado, le da a la política—en el sentido de organización, estructura y ejercicio del poder en la sociedad—quizás el punto inmediato de mayor relevancia para el proceso de cambio que tenemos que promover. Y creo que es asumiendo ese desafío político que impone—si se me permite el adjetivo—la *nueva* salud pública, que podemos tener mayores posibilidades de enfrentar con eficacia los retos que se nos presentan.

Quisiera terminar estas consideraciones con un par de observaciones. Reflexionando sobre mis años en el campo de la salud, surgen algunos aspectos específicos que por lo menos para mí requieren clarificación, en tanto presentan dificultades en el nivel de la toma de decisiones, el cual me concierne personalmente. Uno de ellos es la distancia, y a veces el conflicto, entre la explicación y la acción. Siempre me ha sorprendido el hecho de que hayamos logrado desarrollar (aunque con limitaciones) modelos explicativos de gran potencialidad y no sólo para el área de salud. Sin embargo, no hemos sido capaces de traducir este potencial explicativo en formas de intervención sobre la realidad, quizás porque dentro de las ciencias sociales, las llamadas ciencias del comportamiento han tenido un menor desarrollo relativo, incluso en comparación con las ciencias naturales.

La otra observación se refiere al conflicto, siempre presente para quienes toman decisiones, entre lo que es *posible* y *factible* y lo que es *necesario* hacer. Ciertamente es que definir lo necesario no es fácil, pero ideológica y/o científicamente siempre lo hacemos, implícita o explícitamente, ya sea con base en la ideología (¿“ideologismo” por casualidad?) o en la ciencia. Otros asuntos complejos que subyacen a la toma de decisiones sobre la salud o la salud pública son los siguientes:

- La continuidad versus el cambio;
- las demandas versus las necesidades;
- el hacer compatible la acción inmediata, siempre presente y

por lo tanto coyuntural, con las acciones que tienen como objetivo el futuro en el mismo proceso de cambio, es decir, el hacer compatible las ideas o ideologías y el potencial de la ciencia y la técnica con problemas y demandas inmediatas;

- la necesidad de mantener un cierto nivel de normatividad y al mismo tiempo tener una visión estratégica que coexista con la participación y la democracia;
- la conciliación entre la respuesta a los problemas o acciones bajo nuestra responsabilidad directa y aquéllas de naturaleza inter o transectoriales;
- el balance entre focalización (verticalidad y especialización) y la generalidad (integración).

Esas son algunas de las innumerables cuestiones que personalmente me gustaría que fueran o que empezaran a ser mejor respondidas en el diálogo en que ustedes han sido llamados a participar.

Para la salud pública, enfrentar todos estos desafíos dentro del contexto a que nos hemos referido (sobre todo en su dimensión política) implica una preocupación especial, urgente, y profunda por la creación de un liderazgo efectivo. Las transformaciones (principalmente en el corto plazo, aun teniendo en cuenta todos los condicionamientos de carácter histórico y multicausal) dependen extraordinariamente de la calidad del liderazgo y de los líderes que las propongan. No quiero defender ahora una visión apolínea de la historia, pero sin duda las élites pueden facilitar el proceso de transformación que se desea. En el caso de la salud pública, un liderazgo efectivo y capaz de utilizar los instrumentos teórico-conceptuales y prácticos disponibles para la comprensión y para la acción, podrían marcar la gran diferencia. Y esto atañe al papel particular que tendrán las instituciones formadoras de los recursos humanos en la salud pública. El trabajo en el área de recursos humanos debe incluir *en forma prioritaria* la formación de los líderes o, lo que es mucho más apropiado, el desarrollo de líderes capaces de entender los retos y las circunstancias, y de actuar eficazmente.

Esta convocatoria es principalmente una invitación a la osadía. Osadía en que la dosis de realismo deberá ir a la par, de manera simultánea y complementaria, con el esfuerzo de renovación, e incluso de sustitución de las verdades anteriormente aceptadas. Quiero reiterar, a nombre de la Organización Panamericana de la Salud, mis agradecimientos por su respuesta entusiasta y esperamos, junto con todos los pueblos de la Región (aunque éstos no tengan conocimiento de lo que aquí se está desarrollando), que este diálogo y este proceso rindan los beneficios propuestos.

Dr. Ibrahim La presentación del Dr. Macedo ciertamente nos ha inspirado muchísimo. No solamente logró cubrir la teoría y la práctica de la salud pública sino también la filosofía, la misión, y las obligaciones de la salud pública. El Dr. Macedo ha señalado igualmente asuntos que servirán de guía para nuestros diálogos posteriores.

LA SITUACION ACTUAL

Moderador:
Dr. Enrique Nájera

Dr. Ferreira La agenda indica que a partir de esta sesión el moderador deberá ser elegido por los participantes, pero, en función de la propia evolución de esta consulta, yo voy a solicitar que el grupo acepte una conducción específica. Cuando apenas iniciábamos el proceso de organizar este evento, el primer consultor al que llamamos (en esa época todavía él no era funcionario de la Oficina) fue el Dr. Enrique Nájera. Le solicitamos que viniera a revisar algunos de los materiales que teníamos, y a que nos ayudara a diseñar lo que sería este ejercicio en su totalidad. Por eso yo pediría que para la primera sesión, durante la cual se tratará de hacer una revisión de la situación actual, tengamos como moderador al Dr. Enrique Nájera.

Dr. Enrique Nájera
(Representante
de la OPS/OMS en
Argentina)

Vamos a intentar estimular la discusión sobre el análisis de la situación actual, el análisis de la crisis. Sin duda alguna todos los que estamos aquí podemos aportar ya que hemos participado directamente en la génesis de un documento, o indirectamente mediante nuestras contribuciones en las discusiones que han tenido lugar en la Organización.

Hemos tenido la suerte de encontrar en las palabras del Dr. Macedo una excelente guía de reflexión sobre los elementos del análisis de la crisis global, de la crisis económica, de la crisis de las ideologías, y sobre todo de los ideologismos en este momento tan importante de finales del milenio. Tales crisis reflejan situaciones parecidas a las ocurridas a fines del siglo pasado, y parecería que vamos a entrar nuevamente en una fase de crisis reflexiva y de generación de nuevas ideologías o de nuevas formas de hacer y de pensar que indudablemente son necesarias.

Yo propondría que todos y cada uno de nosotros señalara en una forma ordenadamente desordenada cuáles son los puntos que considera fundamentales en el análisis de la crisis, en el análisis de la situación actual. Esto para que luego, en una forma ya mezclada y lo más caótica posible, intentemos ver cómo ponemos en funcionamiento nuestras mentes para aportar así todos los elementos que el Director necesita para ayudarlo en su toma de decisiones. Entonces, yo solicitaría que por orden o sin orden ustedes vayan pidiendo la palabra. ¿Quién se atreve a ser el primero?

Dr. Hernán Sandoval
(Subgerente de Medicina
Preventiva, Asociación
Chilena de Seguridad)

De un modo muy informal voy a contarles el proceso que seguí en relación con los documentos que recibí de todos ustedes. Aparte de leerlos, invité a un grupo de amigos que trabajan en el área de la salud—tanto de salud pública como clínica—para que los revisaran. Posteriormente nos juntamos y comentamos libremente sobre lo que se nos planteaba.

La pregunta que más me impactó surgió de un médico clínico que no tiene estrictamente nada que ver con la salud pública. Se

trata de un excelente cirujano que se dedica a la microcirugía de la otorrinolaringología. El me dijo: "¿Crisis de la salud pública? Yo no veo. Ustedes los de salud pública creen que están en crisis porque quieren asumir todos los problemas de la sociedad e incorporar en su quehacer todos los problemas de todos los sectores. En consecuencia, su crisis consiste en que, sabiendo que la salud tiene que ver con todas las cosas, quieren estar en todas ellas. El problema radica en su capacidad de transmitirles su comprensión de los problemas detectados a quienes sí tienen que tomar decisiones y hacer cosas en torno a ellos. La crisis de ustedes más bien es una crisis interna y no de la salud pública, porque en definitiva lo que ustedes han logrado hacer en la sociedad es mucho más de lo que en realidad les permite el limitado capital humano y de recursos que tienen a su disposición. Deberían ver que en otras áreas con tan pocos recursos y tan poca gente no se ha logrado el impacto que tienen ustedes cada vez que plantean un problema y hacen que éste sea abordado por el conjunto de la sociedad. Insisto en que quizás el asunto fundamental tiene que ver con lo que ustedes pueden hacer, y con su capacidad de transmitirlo a otros lo que es necesario que se haga para mejorar las cuestiones que ustedes quieren mejorar en relación a la salud pública".

Les confieso que ese planteamiento me dejó en cierta medida sorprendido porque la mirada que existe sobre la salud pública que nosotros hemos expresado y recogido en todos los documentos, es nuestra propia mirada sobre nosotros mismos. Y quizás el primer problema que tenemos que dilucidar es cómo nos vea y cuál es la mirada que otros tienen sobre nuestro quehacer. Y eso a lo mejor no lo vamos a lograr aquí porque seguimos estando entre nosotros mismos.

Posteriormente otra colega, una psicóloga, me dijo: "¡Qué raro!; ninguno de los documentos es de una mujer, o sea que la salud pública es otro territorio de los hombres". Y también quedé sorprendido porque esa es una observación que yo no había hecho, pero es interesante también porque quizás hay otra forma de ver los problemas y nosotros tenemos que abrirle espacios a esa otra mitad del mundo que la tiene; sobre todo en nuestros países, donde el gran depositario de la acción de la salud pública es la mujer, y sin embargo ella no está participando en este momento de la reflexión sobre la salud pública.

Yo no sé si he contestado lo que estaba planteando el Dr. Nájera; estoy contando lo que me sucedió cuando yo puse el asunto a discusión. Resumiendo: En primer lugar, estamos discutiendo una mirada interna y a lo mejor uno de los grandes aportes que necesitamos es que haya una mirada externa sobre la salud pública; y segundo, que hay un sesgo expresado en la falta de presencia femenina. De manera que tenemos que introducir

una "discriminación positiva", o sea, un sólido componente femenino porque muchas veces las mujeres tienen una manera de ver las cosas que nosotros no tenemos.

Dr. Nájera Vamos a aceptar esas dos ideas claves para seguir recogiendo aportes de otras personas.

Dr. Julio Frenk
(*Director General,*
Instituto Nacional de
Salud Pública de México)

Yo propuse cinco temas sobre la cuestión de la situación actual. Uno es el diagnóstico preciso sobre el número y perfil de los profesionales de la salud pública en la Región; el segundo es el análisis cuantitativo y cualitativo de las escuelas y los programas educativos de salud pública; el tercero es el análisis de los tipos de diseños organizacionales que han adoptado las instituciones de investigación y enseñanza en salud pública, es decir, qué tipo de instituciones, en dónde están ubicadas, si están en universidades o en el Ministerio de Salud, o si constituyen entes independientes; el cuarto tema es la cuestión de las asociaciones de salud pública: su número, membresía, y las funciones que asumen las asociaciones nacionales e internacionales en el campo de la salud pública. Finalmente, un quinto punto es el del papel que cumplen las publicaciones.

Quisiera añadir otro punto de discusión y es la magnitud real de la crisis de la salud pública. Este es un tema dominante en todos los trabajos, y sin embargo, lo que está ausente en ellos es que, junto con esa crisis hay también un notable renacimiento de la salud pública en América Latina en términos del fortalecimiento de instituciones, de la producción científica—que en los últimos cinco a diez años ha crecido de una manera espectacular—de los programas, del nivel del debate. Hay una revitalización o un renacimiento de la salud pública que tenemos que colocar a la par con la crisis, porque de otra manera el tono general que se deriva de muchos de los documentos es un tono pesimista que no corresponde a toda la realidad, al menos en América Latina. Por eso quisiera añadir ese punto a la discusión: ¿Qué tan profunda es la crisis y cuáles son sus características?

Dr. Nájera Muchas gracias. El debate está abierto para todos los que estamos aquí, y no sólo para los que en su momento produjimos un documento, apóstoles menos uno. Tampoco entonces hubo una mujer. **Dr. Tejada.**

Dr. David Tejada
de Rivero
(*Ex-ministro de Salud*
del Perú y Ex-director
Adjunto de la OMS)

Me parece entender que la forma como ha sido fraccionado el debate por temas apunta a extraer algunas conclusiones que sean el reflejo del colectivo de los participantes. Mi pregunta es si nosotros en este momento vamos a hacer una especie de resumen por consenso de cuáles son los principales rasgos de la situación actual y referidos a la crisis.

Y a propósito quiero hacer un comentario muy general. Cuando se habla de una crisis en un determinado momento no significa que todo está en crisis; desde que haya algunos que perciben una crisis quiere decir que hay también un desarrollo conceptual y perceptivo de que algo no funciona; de que en ciertas partes hay algo que no está bien: no hay una adecuación entre realidad y respuesta frente a los problemas de la realidad. Al hablar de crisis ya estamos entrando en la parte de esta situación actual sin que ésto signifique el planteamiento de un punto específico; se trata simplemente de un marco de referencia general.

En la mayor parte de los documentos la crisis está circunscrita al modelo de servicios de salud vigente, lo cual no descarta que haya una serie de desarrollos positivos que incluso haya permitido reconocer y detectar esta crisis. Mi duda es en el sentido de que si de lo que se trata es de buscar consenso sobre los grandes elementos fundamentales de la situación actual. Si así fuera, yo creo que en los puntos que ha tocado el Director de la OPS en su extraordinaria presentación hay algunos elementos con los cuales podríamos comenzar el debate.

En primer lugar, es muy importante ver el impacto, las consecuencias, no solamente de la crisis económica que todo el mundo reconoce, por lo menos en América Latina, sino también de los modelos que están utilizando los gobiernos para enfrentar esta crisis. Lo ha explicado muy bien el Dr. Macedo, y tal vez ese podría ser un punto. El segundo asunto está relacionado con el desarrollo científico y tecnológico, y es su agresiva comercialización en cuanto a elementos de diagnóstico y tratamiento de ciertas enfermedades, y el encarecimiento consecuente del sistema. En el avión vine leyendo ocho cartas publicadas en la revista americana *US News and World Report* sobre un estudio que se publicó en la edición del 23 de septiembre de 1991. Allí se plantea que en los Estados Unidos hay también una crisis económica del modelo de salud, el cual está prácticamente en quiebra; ésto implica que este no es un fenómeno solamente de América Latina. Si en los países industrializados, en los países económicamente poderosos, el impacto del desarrollo científico y económico crea una bancarrota financiera en el modelo de prestación de servicios de salud, con mayor razón ésto ocurre en los países de América Latina donde no solamente no hay recursos sino donde el elemento formado para trabajar dentro del modelo de salud busca más su realización personal que la salud pública del país; por eso incorpora sin adaptación de ninguna clase, sin ninguna consideración de costos, todo este desarrollo científico y tecnológico.

Otro hecho también real, y lo ha dicho muy bien el Director en su presentación, es que de alguna manera los pobres en América

Latina están resolviendo su problema de salud. Hay un surgimiento no solamente de organizaciones sociales distintas a las clásicas sino que además se trata de organizaciones sociales que, ante la negativa del Estado tradicional de resolver sus problemas, están viendo cómo los superan. Aquí está posiblemente el origen, el punto de partida para la construcción de un nuevo sistema.

Yo entiendo que el Dr. Macedo, al hablar de la nueva salud pública, el nuevo desarrollo, las nuevas formas de abordaje, está planteando ya la necesidad de un nuevo sistema de salud pública. Así que si nosotros entramos a estudiar este asunto del surgimiento de grupos sociales dispuestos a asumir por sí mismos una serie de responsabilidades, ese es un punto de partida muy importante a tomar en cuenta para construir algo nuevo. Esto está íntimamente relacionado con lo que también decía el Director sobre el proceso de globalización y concentración de las decisiones políticas generales, y del gran movimiento hacia el reconocimiento de nacionalidades étnicas. Dentro de ese movimiento está precisamente inserto el surgimiento de una serie de organizaciones distintas a las tradicionales y con características propias.

El último punto que yo planteo como idea también tiene que ver con lo que mencionó el Dr. Macedo, y es que el Estado hoy más que nunca en América Latina tiene que asumir un papel importante. No puede ser eliminado, pero sí tiene que ser un nuevo Estado, un Estado diferente, porque el Estado actual sí va a desaparecer si es que no se lo modifica y se lo cambia. Tiene que ser un Estado descentralizado, un Estado participativo, un Estado distinto. De allí también se puede derivar el nacimiento de un nuevo sistema, es decir, un sistema que esté basado en el surgimiento de estas nuevas organizaciones sociales y en una forma distinta de concebir el Estado, para poder cerrar la brecha que existe actualmente entre el Estado y la población. Esos problemas podrían servir de base para lograr más o menos un consenso que diera, junto con los otros elementos de juicio que aquí puedan ser planteados, una idea general del diagnóstico que hacemos de la situación actual; diagnóstico que tiene que ser visto desde esa dimensión y no de la de la salud tradicional.

Dr. Robin Badgley
(Profesor del Departamento de Ciencias del Comportamiento, Facultad de Medicina, Universidad de Toronto)

Ya escuchamos lo que con gran elocuencia y claridad expuso el Dr. Macedo. En su presentación se establecieron las determinantes globales sobre las cuales se sabe que debe operar la salud pública, y éstas son de tipo económico. Yo me referí en mi trabajo a la carga impuesta por la pobreza intolerable y la deuda internacional, y a la necesidad de lograr un entendimiento que permita mejorar la cooperación en el área de la salud. Es probable que posteriormente hablemos acerca de los pasos que deberán darse al respecto, y sobre las acciones que se podrían llevar a cabo con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud.

En el caso de la pobreza, creo que necesitamos conocer con más certeza su impacto sobre la salud. Algunos consideran que estamos volviendo sobre lo mismo; sin embargo, en el ámbito internacional se carece de información suficiente, como se puede ver en el *Informe sobre el Desarrollo Humano 1991*, publicado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Allí se hace evidente que muchos de los países, incluyendo los del Caribe y América Latina, carecen de datos. Y yo creo que este es un paso que podría darse en forma creativa aun en mi propio país, Canadá, donde recientemente he revisado docenas de estudios sobre las desigualdades en la salud. Lo que se nota en muchos de ellos, como bien lo señalé en mi propio trabajo, es que las formas de medición utilizadas son metodológicamente débiles.

Con respecto al peso intolerable de la deuda internacional, al cual también se refirió el Dr. Macedo, pienso que una organización como la OPS podría conducir estudios de casos detallados sobre su impacto en los países de la Región. Finalmente, en el área de la cooperación internacional, los datos que les he presentado en mi trabajo indican algunas tendencias. Hace varios años realicé un estudio sobre el tema para el Secretariado Comunal, una organización que en la actualidad reúne a 50 países de habla inglesa, incluyendo a la India, Bangladesh, Nigeria, y a algunas de las islas del Caribe y el Pacífico Sur. Por otra parte, la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCED) me ha proporcionado una versión actualizada de los datos que ellos poseen y que cubren 15 años de cooperación. Al respecto también existe el informe del Dr. Lee Howard preparado para la OPS. Aun así, necesitamos un perfil más definido sobre el flujo de la ayuda en relación con la salud. Los datos de la OCED cubren únicamente lo relativo a organismos multilaterales, bilaterales y a organizaciones internacionales. Esto quiere decir que allí también hay deficiencias. Nuestros propios datos han mostrado, por ejemplo, que los flujos de ayuda para la salud que aparecen en las estadísticas de la OCED poco o nada tienen que ver con indicadores de salud tales como la mortalidad infantil y la longevidad. Por el contrario, de allí se deduce que mucha de la ayuda ha sido proporcionada a los países de ingreso medio y medio-bajo—según la clasificación del PNUD—, mientras que los países de ingresos más bajos están recibiendo proporcionalmente menos ayuda para la salud. Reitero pues que esta es un área donde la OPS podría ampliar su excelente trabajo.

Dra. Spinola

Yo quisiera que se discutieran y se analizaran las cuestiones ya presentadas en los documentos preparados por los diversos autores. Leyendo los trabajos percibí que, como aquí ya se ha dicho,

una cuestión que merece atención es el concepto de crisis. Igualmente la mayoría de los documentos señala que existe un continuum de problemas en cada uno de nuestros países, en sus diferentes grados de desarrollo. ¿Cuáles serían sus factores determinantes? Otro concepto presente en todos los trabajos es el relativo a la participación social, si bien existe una comprensión diferente de lo que de hecho es participación social, y del nivel o niveles de participación posibles. Un último elemento común tiene que ver con la necesidad de buscar una mayor aproximación entre los servicios de salud y quienes deciden las políticas del área. ¿Cómo podríamos acercarnos a ellos para implantar nuevos conceptos? Esos son los cuatro puntos que yo sugiero para la discusión en función de lo que leí en los documentos, además de los otros temas que aquí ya se han sugerido, especialmente el mencionado por el Dr. Macedo sobre las nuevas formas de reivindicar la salud por parte de la población, las cuales son totalmente distintas a las de épocas anteriores.

Dr. Frenk

Valdría la pena tratar de precisar las dimensiones del concepto de crisis porque ese es el punto de partida de la mayor parte de este ejercicio. Aquí conviene distinguir los varios usos que se le dan al término salud pública. Un primer uso es cuando aludimos a una profesión que comprende un conjunto de individuos especializados que cuentan con un cuerpo de teoría y a quienes los une una práctica específica. Hay que analizar qué tanto está en crisis la salud pública como un campo del conocimiento y como una profesión. La segunda acepción es cuando hablamos de la salud pública para referirnos a las condiciones de salud en una sociedad, a la salud del público; allí también tenemos que analizar hasta qué punto está en crisis. Y la tercera es cuando hablamos de la salud pública como una esfera de la intervención del Estado, o del gobierno para ser más precisos. El problema con los documentos es que estos tres usos se mezclan, de manera que a veces estamos hablando de cosas que están relacionadas pero que son diferentes. Para usar una analogía, sería como hablar de la economía en tanto disciplina que se enseña y que produce cierto tipo de expertos que llamamos economistas, y hablar de la economía como el conjunto de actividades de intercambio de una sociedad. Nosotros estamos mezclando estos dos usos cuando hablamos de salud pública.

Si tomamos las tres acepciones que acabo de mencionar, creo que hay implicaciones diferentes. Es cierto que la salud pública como profesión, ésto es, como un campo del conocimiento y como un conjunto de individuos que se identifican con éste último y que tienen una práctica específica, ha vivido una profunda crisis de identidad. Tal crisis muestra una serie de características propias de la institucionalización histórica de la salud

pública, como lo mencionó el Dr. Ferreira cuando se refirió a los tres modelos que surgieron desde su nacimiento. En nuestro caso en América ha habido una gran cantidad de dudas existenciales sobre cómo institucionalizar la salud pública: si como una rama del gobierno (y por lo tanto ubicar las escuelas de salud pública dentro del gobierno), o como una actividad universitaria. Esta crisis de identidad es real y ojalá la podamos discutir con más profundidad.

Pero yo sí quiero enfatizar allí una nota optimista y es lo que dije hace un momento: junto con esa crisis de identidad, no solamente de identidad y de parálisis intelectual de este campo del conocimiento y práctica profesional, en los últimos años ha habido en América Latina y también en España un verdadero renacimiento sobre lo cual en algún otro momento podríamos hablar. Y al menos para el caso de México se tienen datos sobre la producción de conocimiento nuevo medido, por ejemplo, en el número de artículos que se producen, en la presencia de profesionales, y otra serie de indicadores que apuntan claramente a un renacimiento de este campo.

Cuando hablamos de la salud pública como la salud del público—o sea las condiciones de salud y del sistema de salud—creo que gran parte de la discusión sobre la crisis sí es muy válida y ya se han identificado varios de sus aspectos. Sin embargo, allí también conviene recordar las notas de optimismo que introdujo el Dr. Macedo, sobre todo en lo que respecta al hecho de que existe una dimensión de estrategias de supervivencia que evidentemente está ocurriendo muy al margen de nuestras preconcepciones, y que explica hasta cierto punto que los deterioros que se preveían no hayan de hecho ocurrido. Y creo que en la tercera acepción de la salud pública como un área de responsabilidad oficial, también hay elementos de gran optimismo porque vemos en muchos países la realización de reformas fundamentales en los sistemas de salud y en el quehacer gubernamental.

Entonces yo quisiera que cuando analicemos el concepto de crisis distingamos claramente a cuál de estas tres facetas de lo que se entiende por salud pública nos referimos, y segundo, que igualmente se hiciera algún énfasis en los desarrollos positivos que existen en esos tres ámbitos.

Dr. Nájera

Gracias Dr. Frenk por estas aclaraciones que a lo largo del debate probablemente se irán haciendo cada vez más necesarias, con el fin de entender bien a qué se refiere cada uno.

Dr. Ibrahim

Quisiera concentrarme un poco más en lo referente a la crisis de identidad de la salud pública, porque creo que uno de los principales problemas que enfrentamos es que carecemos de ella. Cuando nuestra escuela celebró su cincuentenario comisionamos

un libro sobre su historia. Y a medida que mi antecesor en el cargo lo leía, capítulo por capítulo, se preguntaba: "¿Cuál es en realidad nuestra esencia?". Y esa es una pregunta que yo todavía me hago. Parece ser que no hemos podido superar este problema, y creo que lo relativo a la identidad debería ser un asunto de primer orden en nuestra agenda.

No sé si ustedes se acuerdan cuando la Fundación Pew y la Rockefeller realizaron un proyecto conjunto para introducir una base de población en las escuelas de medicina. En ese momento ellos se distanciaron de la salud pública. Se refirieron al programa como uno sobre la "salud del público", pensando que el término "salud pública" se prestaba para confusiones. Me parece a mí que si afirmamos, por ejemplo, (y estoy seguro que el Dr. Terris tendrá mucho que decir sobre este doble significado) que la salud pública tiene que ver sobre todo con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en la población, después nos damos cuenta de que también tenemos que tratar con asuntos sobre los cuales la salud pública no puede, y quizás no debe, hacer nada. Sabemos que la pobreza es un factor determinante de la salud. Pero no estoy seguro de que yo, como educador de trabajadores de salud pública, pueda hacer mucho para resolverla. Quizás intentaría abogar porque el Estado cambiara el sistema o para que hiciera algo en términos de asegurarse que la gente tenga acceso a los servicios médicos. Pero no podemos tratar de colocar todo lo que hay bajo el sol tras la rúbrica de la salud pública, como lo sugería el colega del Dr. Sandoval.

Pienso que si lográramos ponernos de acuerdo sobre una definición que nos unificara, los asuntos atinentes a la teoría y práctica de nuestro campo serían materias de interés. El paradigma propuesto por el Instituto de Medicina y configurado por la triada análisis de la situación de salud, desarrollo de políticas, y cumplimiento de las mismas, sería una fórmula que valdría la pena adoptar. En cualquier caso, insisto en que hasta ahora no hemos podido, o no hemos querido identificar la misión que tenemos. Por eso creo que deberíamos unirnos en ese propósito, con el fin de que tanto nuestros programas educativos como nuestra práctica conduzcan al cumplimiento de esa misión.

Dr. Nájera

Muchas gracias; creo que sin duda vamos ganando en ambición en términos de lo que pretendemos y eso es muy bueno. Por favor, Dr. Briceño.

Dr. Roberto Briceño

*(Miembro del Comité
Asesor de Investigaciones
de Salud (CAIS), OPS)*

Quisiera destacar el punto de la relación entre el Estado y la población y los cambios de poder que allí están implícitos, como un conjunto de dilemas que de alguna manera alimentan gran parte de la discusión que se da sobre la salud pública. Aquí me

refiero a ésta última como responsabilidad del Estado o como responsabilidad de la sociedad en general, o de cierto sector de la población. Digo ésto porque no siempre es sencillo establecer un límite en la acción. Por ejemplo, desde la perspectiva del Estado hay una duda sobre cuánto debe intervenir y cuánto no debe intervenir, sobre cuánta puede ser la participación de la población, si bien el Estado en algunos casos ofrece la participación y la población no participa, y en otras instancias no hay posibilidades de participación porque no hay enseñanza, no hay experiencias previas, no hay tradición, no hay cultura para esa participación. Entonces, ¿qué tendría que hacer el Estado? ¿Intervenir para no intervenir? ¿Generar un tipo de intervención que busque la no intervención, o sea, educar para que la gente participe y no necesite del Estado? Este es un punto bien difícil y me gustaría que se discutiera porque, aunque de alguna manera es posible, sabemos que no es sencillo intervenir para no intervenir.

Por otro lado, desde la perspectiva de las respuestas de la población a ésto mismo, la pregunta que uno se hace es si esas respuestas son sistemáticas, si son respuestas al vacío de una política o de la existencia de un servicio, o si están ligadas propiamente a una cultura. Lo que se da con frecuencia en la actualidad, y que destacaba el Dr. Macedo en relación con la salud, es lo que por muchos años se ha visto que sucede en el área de vivienda: las respuestas de la población a la carencia de vivienda han sido sistemáticamente más ricas, más amplias, más creativas, que todas las que ha podido dar el Estado.

Se podría pensar entonces que lo que sucede es que no hay acción del Estado, no hay presencia, y ante tal ausencia la población da una respuesta. Ahora, si el Estado interviene y tiene presencia, ¿dará respuesta la población? O simplemente no la dará y no tendremos participación. Y, de alguna manera, si la dá, ¿es una respuesta ante la situación? O es un elemento cultural el que se está reforzando allí. Habría que ver si se requiere también de una cultura que ayude a sustentar estos cambios en el poder.

Ahora, si el poder no se concede, ¿las poblaciones desean conquistarlo? ¿La sociedad en general desea asumir este papel, el papel de participante activo? Y si no lo desea y no lo instrumenta—como se ve en muchos casos—¿es posible intervenir para lograr que lo desee? Me gustaría que discutiéramos este punto, así como un elemento ético que estaría también allí: se trata del nivel de riesgo que el Estado puede asumir cuando, teniendo la posibilidad de intervenir para lograr mejorías en las condiciones de salud, preferiría no hacerlo para dejar que la población desarrolle su propia capacidad de respuesta, su propia responsabilidad. ¿O hasta qué punto esta actitud no lleva más que a lavarse las manos y culpabilizar a las víctimas en este caso?

Dr. Jairnilson Silva
Paim
(Profesor del
Departamento de
Medicina Preventiva,
Universidad Federal de
Bahía, Brasil)

Es interesante considerar los varios elementos e interpretaciones de la salud pública, inclusive en el sentido de localizar tanto los aspectos más críticos, como las conquistas. Entretanto pienso que la propia sociedad va creando formas de identificar sus problemas y buscando conocimientos y formas históricas de intervención. Por más que nosotros podamos hacer mediante un esquema de análisis una separación de esas partes, en la realidad hay una combinación y una potencialidad muy grande. Tenemos como punto de partida muchas veces la identificación de esos problemas del estado de salud de la población, cuantificados bien sea por la mortalidad, por la morbilidad, o por otros indicadores.

Por lo general no escogemos formalmente dónde actuar en términos de salud pública; los problemas por su elocuencia requieren que se les enfrente. En Salvador, Bahía, en el grupo etario de 10 a 39 años de edad, la primera causa de mortalidad es externa: no es la enfermedad infecciosa, no es la dolencia del corazón, no es el neoplasma. Cuando nosotros miramos en las principales capitales brasileñas la evolución de la mortalidad en los últimos diez años, en la composición de esas causas externas hay una progresiva predominancia de las muertes por accidente de vehículo a motor y por homicidios. No fuimos entrenados ni capacitados a enfrentar la cuestión de los homicidios, la cuestión de la violencia; pero si queremos ser coherentes con la evolución del conocimiento de la práctica de la salud pública, no podemos ignorar esta cuestión.

Al examinar la situación en Brasil, nos vamos a encontrar con la gran frecuencia de homicidios entre niños menores de 18 años. En un estudio reciente promovido por la UNICEF en Salvador se preguntó de qué niños se trataba: si eran los menores abandonados o, como se les llama en determinados contextos, "menores infractores" o, en el lenguaje del periodismo, los "pivetes"; aquéllos que en la prensa aparecen como una amenaza para la clase media, los turistas, los ricos. Los primeros datos que nos llegan a las manos dan cuenta de que no se trata de este tipo de niños, sino predominantemente de niños "prietos, negros" trabajadores. Entonces, ¿scrá que la salud pública desde el punto de vista teórico, desde el punto de vista científico, y hasta metodológico y tecnológico, no tiene algo que decir al respecto?

No sabría decir si la salud pública o el sector salud específicamente deben tener o no una respuesta concreta sobre el particular, pero seguramente algo puede ser examinado, con base en el material producido a ese nivel. ¿No tendría algún sentido, por ejemplo, utilizar algunas ideas del sistema de vigilancia epidemiológica en conjunción con estudios antropológicos y un enfoque más político, o, en determinados contextos, hasta psicológico,

para enfrentar esta cuestión? ¿O será que vamos a continuar imaginando que como no se trata de enfermedades en el sentido más clínico, esos problemas no son de nuestra competencia? Por eso creo necesario que reflexionemos sobre cómo es que las prioridades de la salud pública se van a ir definiendo históricamente a partir de problemas y necesidades sociales muy concretas.

Dr. Milton Terris
(*Editor, Journal of
Public Health Policy*)

Me gustaría ofrecer una definición de lo que es la salud pública para que sea discutida en este foro. En 1920 C. E. A. Winslow definió la salud pública como la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud física y la eficiencia mediante esfuerzos comunitarios organizados en pro de la sanidad del medio ambiente, el control de las infecciones comunitarias y la educación del individuo en los principios de higiene personal; la organización de los servicios médicos y de enfermería para un diagnóstico precoz y tratamiento preventivo de la enfermedad, y el desarrollo de la maquinaria social que le asegure a cada individuo dentro de la comunidad el nivel de vida adecuado para el mantenimiento de su salud.

Yo he intentado actualizar esta definición ajustándola a lo que ha venido ocurriendo en los últimos setenta años. Sigue más o menos los mismos lineamientos de Winslow aunque con algunos cambios. La salud pública es "la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad y la discapacidad prolongando la vida y promoviendo la salud física y mental y la eficiencia mediante esfuerzos comunitarios organizados en pro de la sanidad del medio ambiente, el control de enfermedades infecciosas y no infecciosas y las lesiones; la educación del individuo en principios de higiene personal; la organización de servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades así como para la rehabilitación, y el desarrollo de una maquinaria social que le permita a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud".

Notemos cuáles son los cambios. Primero, el control de las infecciones comunitarias en la definición de 1920 se convierte en el control de las enfermedades infecciosas y no infecciosas y de las lesiones. En segundo lugar, la organización de servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y tratamiento preventivo de la enfermedad—que realmente es una fórmula un tanto limitada—se convierte en la organización de servicios para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y para la rehabilitación, como parte de la salud pública. Fue el propio Winslow quien más adelante cambió lo de la salud física por salud física y mental. Se hace evidente que el hombre estaba en muchos aspectos adelantado a su época.

En cualquier caso me parece que esta es una definición funcional de lo que es la salud pública, y me pregunto si alguien aquí

tiene algún desacuerdo con esta definición actualizada de Winslow. ¿Es ésto lo que estamos haciendo en el campo de la salud pública? Incluso la Asociación de Salud Pública de los Estados Unidos está empezando a murmurar acerca de la necesidad de estudiar la cuestión del nivel de vida, entendiendo por ello los factores sociales que trascienden las cuestiones técnicas relativas a la salud pública. Y hacía mucho tiempo que la Asociación había olvidado lo dicho por Winslow respecto al "desarrollo de una maquinaria social que le asegure a cada individuo en la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud". Este es un asunto clave en los Estados Unidos, y ciertamente en toda América Latina. Y pienso yo que forma parte de la responsabilidad de quienes laboran en salud pública.

La idea no es del todo original; fue expresada hace setenta años por Winslow. No sé si sea adecuada o demasiado amplia; no sé si abarca demasiado. Para mucha gente vinculada a la salud pública en los Estados Unidos resulta demasiado amplia. Aquí tenemos muchísimos técnicos, en vez de gente que labora en el campo de salud pública; y me parece que a ustedes les pasa lo mismo en América Latina. Gente que tiene una visión muy estrecha, muy limitada sobre lo que significa la salud pública; gente que cree que la salud pública no tiene nada que ver con la política. Quisiera saber qué piensan los aquí presentes sobre la definición que acabo de dar.

Dr. Nájera Se ve que el Dr. Terris los ha provocado verdaderamente ya que las manos se levantan.

Dr. Badgley Quisiera responder a lo que dijo el Dr. Sandoval, y al reto lanzado por el Dr. Paim y el Dr. Terris. Entiendo que lo que se nos ha pedido hacer inicialmente en nuestros trabajos es señalar los retos generales que enfrenta el campo de la salud globalmente y al interior de las regiones, y su impacto sobre el desarrollo y efectividad de la salud pública como área. Pienso entonces que cuando discutimos la crisis, tenemos que decidir cuidadosamente si lo vamos a hacer desde el punto de vista de los clínicos—mirando de adentro hacia afuera para comenzar a identificar elementos dentro del amplio campo de la salud pública—, o si tratamos de responder la pregunta del Dr. Terris abordando los retos que afectan a la sociedad para luego definir donde encajaría la salud pública.

Yo aceptaría los seis puntos señalados por el Dr. Macedo incluyendo los dilemas que surgen a raíz del Nuevo Orden Mundial, las presiones impuestas por la tecnología, y los asuntos que determinan las inequidades de salud entre los países y al interior de ellos, entre otras cosas.

Si asumimos que esos son los principales retos, entonces, para responder la pregunta del Dr. Terris tendríamos que poner su definición en contexto. Creo que la tarea a desarrollar en las próximas horas consiste en decidir si nuestras definiciones y conceptos de salud pública son adecuados para enfrentar esos retos; si las estrategias y las prácticas prevalentes son apropiadas. Por ejemplo: ¿hasta qué punto está abordando la salud pública el asunto de las desigualdades en salud, señalado por el Dr. Macedo como uno de los más cruciales? Hasta el momento yo no estoy preparado para decir si estamos o no en una situación crítica. Sospecho que sí; pero esa no es una decisión que debería ser tomada a priori.

Dr. Frenk Me parece que este primer punto de la definición es crítico. Yo mencionaba en mi anterior intervención los tres usos de la expresión salud pública. Sería muy útil si nos concentramos en el primer uso, o sea, la salud pública como un campo de conocimiento y de práctica profesional que responde a los requerimientos de la salud del público y a los desarrollos institucionales del Estado. Si no este evento se nos va a convertir en un diálogo sobre el diagnóstico de las condiciones de salud en las Américas, del desarrollo de las instituciones, de la crisis de los sistemas de salud, y nos vamos a perder en temas que rebasan una discusión más enfocada. De allí que aplaudo la sugerencia del Dr. Terris de que nos encontremos en este aspecto específico. Las definiciones que él propone son perfectamente aceptables, y no solamente la definición original de Winslow sino la revisión que el Dr. Terris hace para actualizarla según los problemas del presente.

Lo que yo diría es que se trata de una definición analítica en el sentido de que presenta y hace explícitos cada uno de sus componentes. Una alternativa complementaria, no sustituta, sería buscar una definición sintética que apunte a encontrar el elemento común a todos estos componentes que son presentados de manera explícita en la definición de Winslow-Terris, como vamos a llamarla ahora.

En mi opinión, y así lo planteo en mi trabajo, esa característica distintiva, sintética, que agrupa todo lo demás, es el nivel de análisis de la salud pública, es decir, el nivel de análisis de poblaciones. Ahora, cuando uno analiza la salud de las poblaciones, hay dos fenómenos principales: primero, las condiciones y necesidades de salud de las poblaciones, y segundo, la respuesta social a esas condiciones o necesidades a través del sistema de salud.

Estos elementos son justamente los que están planteados en la definición Winslow-Terris de una manera analítica. Ahora, yo quisiera ligar esto a los puntos que ha señalado el Dr. Badgley.

El enfocarnos en el nivel poblacional como el distintivo de la salud pública tiene además el mérito de que las poblaciones se pueden definir a su vez en distintos órdenes de agregación. Podemos definir las desde un nivel muy local, o sea, comunidades muy específicas, hasta un nivel global para analizar los retos de la salud pública y la adecuación de la definición según este último nivel. Muchos de los puntos que señalaba el Dr. Macedo en su presentación tienen que ver con los retos que afectan la interacción global, y en ese orden es también válido el concepto de población. Incluso espero que aquí podamos discutir también un punto que yo he debatido mucho, sobre todo con los colegas brasileños, y es si el concepto crítico es el de colectividad o el de población. Yo defiendo el punto de vista de que el concepto más amplio es el de población.

Me parece que la definición que propone el Dr. Terris basada en la definición de Winslow es perfectamente aceptable. Simplemente yo extraería el elemento diferencial específico que es el de la población, y que a mi entender es además lo que nos diferencia de la medicina, la cual se enfoca en el nivel individual o subindividual.

Dr. Badgley

Quisiera referirme a lo que dijo el Dr. Frenk en cuanto a lo adecuado de la definición Winslow-Terris. Yo encuentro que es una definición excelente. Mi pregunta es hasta qué punto encaja bien con los criterios y los retos planteados por el Dr. Macedo y en algunos de nuestros trabajos. Por ejemplo, al final de la definición de Winslow-Terris se dice que la salud pública es una ciencia que se centra en el desarrollo de la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para mantener su salud. ¿Aceptamos esto como un criterio clave? ¿Le corresponde al campo de la salud pública involucrarse con cuestiones afines a la garantía de ingresos suficientes, vivienda apropiada, etc? La definición aludida implica que el desarrollo está en la órbita de la salud pública. Pero, ¿tiene que ver con los asuntos más críticos de las desigualdades en salud? Se puede tener un nivel de vida adecuado para mantener la salud al tiempo que persisten enormes diferencias de clase y entre países. Así que creo que este es un asunto sobre el cual no deberíamos prejuzgar.

Pero volviendo a la afirmación del Dr. Frenk de que se trata de una definición perfectamente apropiada, me gustaría saber qué piensan tanto él como el Dr. Terris de lo que acabo de decir.

Dr. Sandoval

Cuando uno se reúne a discutir un problema, lo sabio es partir desde donde ese problema ha quedado, y es evidente que todos los aportes históricos nos sirven de fundamento. Nosotros tene-

mos que tratar de ampliarlos, enriquecerlos o mirarlos desde la perspectiva de los problemas actuales. En ese sentido es interesante hacer la distinción que plantea el Dr. Frenk en cuanto a la salud pública como un campo de conocimiento, la salud pública como un objeto—o sea la salud del público—, y la salud pública como una acción fundamentalmente del Estado y del gobierno. Lo importante—y al plantear su definición el Dr. Terris está situando el problema en ese terreno—es poder marcar los límites de la salud pública como campo de conocimiento. Porque ese campo evidentemente nos dice de qué problemas se hace cargo la salud pública.

Aquí hay una cosa interesante y es que los problemas que si identificamos como propios, que condicionan o determinan la salud, no son evidentemente problemas de salud; son problemas que los resuelve otra cosa y otra gente. Y aquí surge la salud como un asunto, como un objeto que no necesita de especialistas porque ciertamente son muchos los que tienen que contribuir a que se alcancen los objetivos que una sociedad determinada se fija en el terreno de la salud. En consecuencia, también hay que interrogarse cuán especialistas somos o cuán generalistas somos los que estamos en el campo de la salud pública, porque si nosotros queremos que se resuelvan los problemas que identificamos tenemos que recurrir a otros.

Surge aquí el problema de la salud y de la salud pública como sector, asunto que en cierta medida traté de evocar en el documento que presenté al grupo, en el sentido de que lo que se llama hoy día el sector salud, en la práctica es un sector de organización de servicios de atención médica. Y evidentemente el sector estatal de organización de servicios de atención médica no da cuenta de todos los problemas de salud.

De aquí se desprende que los complejos desafíos que se plantean en el mundo actual no son solucionables por una sola disciplina, y por lo tanto tiene que haber muchas disciplinas que concurren a esclarecerlos y a darles salida. La salud es un problema básicamente interdisciplinario, y en ese sentido una de las cosas que tenemos que hacer al definir el objeto es tratar de sacar a la salud pública de su relación directa con la enfermedad y con la necesidad de atender a los enfermos, para situarla en otra perspectiva donde podamos convocar o podamos participar con otros de otras disciplinas y de otro pensamiento, en el abordaje de los desafíos que nos plantea la complejidad de las sociedades modernas.

La definición que propone el Dr. Terris, y que en cierta medida yo evoco cuando pretendo darle también algún marco a la salud pública, es un punto de partida. Y aunque conservemos lo esencial, es probable que tengamos que superarla porque no todos los desafíos de hoy día están comprendidos en esa visión y

en esa definición de la salud pública. En concreto, propongo que quizás para agotar la discusión nos centremos por un rato en el problema del concepto de la salud pública como disciplina, más que como objeto o como acción.

Dr. Nájera

A partir de las intervenciones realizadas hasta ahora, mi sugerencia sería que nos interesáramos más por los aspectos de la crisis, antes que continuar en un debate sobre las definiciones de lo que es salud o salud pública. Estas quedaron lo suficientemente planteadas y llegaron a obtener el mayor consenso posible, que es el consenso de que no hay consenso sobre lo que es salud o salud pública. Ya en el siglo XV Nicolás de Cuza lo decía muy claramente: "no hay mejor conocimiento que conocer lo que se ignora". Entonces por lo menos ya conocemos que desconocemos lo que es salud pública, lo cual es un paso para seguir avanzando.

Si a ustedes les parece, yo le ofrecería la palabra a los miembros del Secretariado, quienes hasta ahora no han tenido la oportunidad de expresar sus puntos de vista. Esto con el fin de que redondeen la discusión para posteriormente entrar a analizar la situación de crisis, y así poder progresar.

Dr. Alberto Pellegrini
*(Jefe de la Unidad de
Coordinación de
Investigaciones, OPS)*

Intentando retomar algo de lo que ya se habló, se me ocurre que alguna vez en el Brasil un Presidente dijo que la economía iba muy bien, pero que el pueblo era cada vez más miserable. Creo que si eso suena absurdo e incoherente en relación con la economía, lo es todavía más en relación con la salud pública. Yo creo que nunca se podría pensar que la salud pública va bien si la salud de la población va mal.

El gran problema de la discusión de la crisis pasa por los puentes o las articulaciones entre los distintos niveles, esos que el Dr. Frenk planteó acerca de lo que se entiende por salud pública: como profesión y disciplina, como condición de salud, o como esfera de intervención del Estado. Yo creo que el problema de la crisis está en cómo establecer los puentes entre esos niveles, es decir, la crisis que la salud pública siempre enfrenta al tener que legitimarse por un lado como área académica y científica (en función del valor de los conocimientos que produce), y al mismo tiempo ser evaluada y criticada en función de su práctica, de su capacidad de impactar la salud del pueblo. El gran desafío está en encontrar la legitimación en esos dos niveles, y eso para mí pasa por establecer los puentes entre la teoría y práctica de la salud pública, que en este momento van más allá de lo que se entiende más tradicionalmente por ellas.

El desafío está, por un lado, en repensar la teoría para incorporar a los modelos explicativos una serie de elementos que provienen de disciplinas que han tenido hasta ahora un papel muy

poco importante en todo el instrumental teórico de la salud pública: me refiero a los modelos explicativos que vienen fundamentalmente de las ciencias sociales. Por otro lado, se trata de incorporar en la práctica de la salud pública elementos que tengan que ver con el marco bastante amplio que presentó el Dr. Macedo. En la práctica de la salud pública sería necesario incluir, por ejemplo, la problemática de cómo enfrentar asuntos como la distribución del poder en la sociedad; el nuevo papel del Estado; las formas de establecer el consenso entre los distintos actores sociales; el papel de liderazgo del sector salud y de la salud pública en particular a nivel de la sociedad como un todo para que se produzcan esos cambios de poder y se revisen las prácticas sociales. La discusión de la crisis pasaría un poco por buscar los puentes entre la teoría y la práctica de la salud pública una vez hayan sido repensadas para ver articuladamente aquéllos tres niveles que el Dr. Frenk planteaba.

Dr. Clovis H. Tigre
(Asesor Regional del
Programa de Análisis de
la Situación de Salud y
sus Tendencias, OPS)

Mi primer comentario tiene que ver con lo que ya se ha discutido pero también con los documentos preparados por los participantes. Será muy difícil evitar profundizar la discusión sobre las dimensiones del campo de la salud pública. La estamos caracterizando ora como sinónimo de atención médica—como varios de ustedes lo han hecho en sus documentos—ora como la “rodología” que el Dr. Sandoval mencionaba refiriéndose a un comentario de uno de sus colegas. En general, nos estamos moviendo entre estos dos extremos según las conveniencias o según las circunstancias. No veo cómo seguir sin tratar de clarificar este punto.

Mi segundo comentario está directamente relacionado con este tema. Quiero aludir a la confusión semántica que acabó generando la indefinición de lo que es salud y de lo que es salud pública. A los servicios médicos de atención individual los llamamos servicios de salud; a los Ministerios encargados de su organización y funcionamiento les decimos consecuentemente Ministerios de Salud; los llamados indicadores de salud que utilizamos se limitan en general a una contabilidad de las muertes. Asociada a ésto aparece la imprecisión de lo que es o debiera ser el sector salud. Si entendemos la salud pública como algo más amplio que la atención médica, como a mí me parece, consecuentemente la implementación de las políticas de salud no puede ser delegada o limitada a lo que hacen los Ministerios de Salud. Tiene que ser responsabilidad y objetivo del gobierno como un todo.

Mi último comentario tiene que ver con la dificultad que encontramos en incorporar los hallazgos de investigaciones, y el conocimiento en general, en las políticas y acciones de salud. Tanto el Director como varios de ustedes lo han mencionado

durante las discusiones. La imprecisión con que caracterizamos los problemas de salud y las acciones necesarias para su promoción, preservación y recuperación dificultan su comprensión por parte de la sociedad, la cual sigue considerándolos como problemas exclusivamente médicos. No hemos sabido convencer ni a las personas ni a los políticos.

Dr. Luis Ruiz
(Asesor Regional del
Programa de Desarrollo
de Recursos Humanos de
Salud, OPS)

Yo quisiera señalar algunas cosas en relación con la presente discusión. La primera es cómo caracterizar mejor la crisis, o sea, la situación actual. Si bien todos aceptamos que hay crisis, la conceptualizamos y la definimos de diferente manera. Lo segundo es cómo concebimos la salud pública, porque dependiendo de cómo lo hagamos, estaremos colocando unas ciertas categorías de problemas y teóricamente de soluciones. Pero en todo eso que todavía podemos avanzar recién estamos comenzando y aparecerán nuevos elementos. Una pregunta que uno debería hacerse siempre es si existen o no vacíos teóricos, metodológicos u operativos en lo que cada uno concibe como salud pública. Porque se requiere hacer una especie de evaluación interna del armamentarium conceptual, metodológico, y operativo de lo que se acepta como salud pública. Si miramos la cosa así, a lo mejor aparecerán algunos elementos que puedan enriquecer la caracterización del campo.

Otro punto sobre el que me gustaría llamar la atención es que no podemos discutir sobre salud pública sin saber, aparte de cómo la vemos, cómo la conceptualizamos, cómo la caracterizamos y para qué es que usamos ese espacio como quiera que lo definamos. Establecer qué es lo que perseguimos en última instancia puede ayudar. Creo que en la presentación del Dr. Macedo hay un mensaje: la necesidad de tomar decisiones, de realizar acciones; cómo poner frente a frente lo ideal con lo formal y lo real, entre otras cosas.

Entonces, mirando todo el desarrollo que ha habido en lo que llamamos salud pública en las últimas décadas en el mundo y en la región de las Américas, debemos definir qué es lo que queremos ganar a partir de los resultados de esta consulta. Porque también eso puede cambiar las características de la discusión, o del análisis grupal. Si lo que nosotros queremos es promover, ayudar de alguna manera a mejorar el bienestar y a disminuir la inequidad, evidentemente que eso nos da dirección, nos da sentido. Si lo que queremos es mejorar el funcionamiento interno, endógeno, de las instituciones llamadas de salud pública, eso nos coloca en otra dimensión. En el primer caso se trata de aceptar que habrá que enfrentar una realidad nueva, con muchos desafíos, con muchos problemas, mientras que en el segundo se acepta que se trata solamente de un ajuste de las herramientas y de los elementos conocidos.

Resumiendo, me gustaría resaltar que dentro de las dificultades de la discusión está la conceptualización de crisis y de salud pública, pero creo que deberíamos intentar caracterizar mejor la situación actual tomando en cuenta o tratando de identificar aquellos vacíos o puntos de dificultad teóricos, metodológicos y operativos, y además tratando de llegar a algún acuerdo en términos de la dirección, o sea, del "para qué" queremos utilizar los resultados de este análisis y de un proceso como el que se está promoviendo.

Dr. Frenk

A mí me gustaría ver en qué punto está la discusión, porque si no siento que nos vamos a estar moviendo en círculos. Entiendo que estamos en una primera sesión donde el propósito no es agotar todos los temas sino llegar a un consenso sobre cuál es la situación actual que vive la salud pública. Yo he propuesto que restrinjamos el foco de la discusión a la salud pública entendida como un campo del conocimiento y un ámbito de práctica profesional, porque si nos ponemos a analizar todos los problemas de la salud de la población en las Américas y del funcionamiento de los sistemas de salud, no creo que logremos agotar estos temas tan importantes precisamente porque trascienden en mucho a los propósitos más precisos de los trabajos.

Ahora, si nos concentramos en la salud pública como un campo de investigación y de práctica profesional, yo creo que todavía no hemos realmente avanzado en nuestras ideas sobre cuál es la situación actual. A mí me gustaría retomar la propuesta que yo hago en mi trabajo de analizar cuatro elementos básicos como una guía para la discusión. Primero, tenemos que llegar a algún consenso sobre cuál es la situación actual en términos de la base conceptual de la salud pública; la base conceptual requiere que se defina específicamente el ámbito de investigación, enseñanza y acción de este campo que llamamos salud pública. Segundo, necesitamos un diagnóstico de cuál es la base de producción, o sea, de los centros de trabajo científico y práctico donde se reúnen la tradición académica y la práctica profesional de la salud pública. En tercer lugar, la base de reproducción se refiere a tres puntos específicos: la formación de nuevos investigadores, las publicaciones y la situación de las agrupaciones académicas y profesionales. Y finalmente tenemos una base de utilización de los conocimientos de la salud pública que puede asumir dos formas: como desarrollo tecnológico o como la toma de decisiones basadas en los resultados de la investigación en salud pública.

A continuación voy a expresar mi punto de vista acerca de esas cuatro cuestiones, en términos de la situación actual. En cuanto a la base conceptual, yo no estoy de acuerdo en qué no sepamos qué es la salud pública, si bien hay una pequeña crisis de identi-

dad. En realidad creo que para la mayoría de las personas que estamos en las escuelas de salud pública y en los centros de investigación en salud pública está muy claro que lo que nos distingue y nos diferencia de las escuelas de medicina es el hecho de que asumimos un nivel de análisis poblacional.

Sería lamentable que la conclusión principal a la que llegáramos es que no sabemos qué es salud pública. El término va a cumplir cien años de estar siendo utilizado y a lo largo de cien años, como muchas otras palabras, ha dado lugar a significados múltiples. Sin embargo, pienso que sí hay bastante consenso sobre lo que es, y en particular creo que la idea de una nueva salud pública enfatiza una definición mucho más enfocada hacia su característica distintiva que es lo poblacional. Entonces creo que allí hay una crisis de identidad en los límites precisos, pero no en términos de que no sepamos lo que es salud pública.

Pasando al segundo punto, a la base de producción, creo que si estamos usando el concepto de crisis simplemente para movilizar voluntades, perfecto; pero si lo estamos usando como un descriptor de lo que ha ocurrido, no creo que sea preciso. En los años ochenta en América Latina en particular hubo una expansión notable de la base de producción de conocimientos en salud pública. En mi país, el número de publicaciones en esa década creció más de cinco veces, el presupuesto asignado a la investigación y a la formación de recursos humanos se multiplicó también, y esto lo vimos también en muchas otras naciones. Siguen existiendo graves problemas respecto a la calidad de la investigación y a su institucionalización. Siguen presentándose problemas de estructuras claras de carrera y de salarios. O sea que, si bien aún hay muchos problemas en la base de producción, también debemos reconocer que ha habido un desarrollo muy notable, al menos en la última década.

El tercer punto que requiere de un diagnóstico preciso es la base de reproducción. Allí la situación sí es un poco más variada, pues en la educación de nuevos investigadores hubo un gran movimiento—al menos en México—a fines de los setenta y a principios de los ochenta; pero eso se ha ido agotando y desgastando. Desgraciadamente muchos Ministerios de Salud y muchas agencias internacionales han recortado sus asignaciones para formar personal de salud pública, y no solamente investigadores. Allí sí empezamos a enfrentar una situación crítica en donde la curva de producción de nuevos investigadores y profesionales se ha estabilizado. En publicaciones también hay una situación muy grave—una escasez de títulos de alto nivel—y lo mismo ocurre en lo que se refiere a agrupaciones académicas y profesionales. Creo que por ejemplo ALAESp requiere un gran fortalecimiento. Así que en la base de reproducción, al menos en esos tres puntos, sí veo una situación bastante crítica que

habría que analizar y que estoy seguro vamos a discutir con más detalle en el resto de la reunión.

Finalmente, la base de utilización es quizás otro punto donde la salud pública en América Latina no ha encontrado todavía todos los canales necesarios para influir sobre las políticas en el ramo. De manera que sigue existiendo un divorcio importante entre los conocimientos que se generan en las escuelas e institutos de salud pública, y la toma de decisiones. Pero aun allí en varios países—Brasil sería un ejemplo destacado—es notable el aumento del número de personas con formación explícita en salud pública que ocupan puestos donde se toman decisiones del más alto nivel. Lo mismo sucede en mi país, donde empezamos a ver mucho más utilización del conocimiento generado por la salud pública en la toma de decisiones.

Lo que estoy tratando de lograr es que esta palabra *crisis* deje de ser simplemente un descriptor para movilizar las conciencias, y la convirtamos en una categoría más bien analítica para ver cuáles son sus verdaderas dimensiones. Sería riesgoso exagerar estas dimensiones y presentar una situación en la cual no ha habido avance cuando en realidad se han dado desarrollos muy importantes.

Dr. Edmundo Granda
(Asesor Temporal de la
OPS/OMS; Relator)

Es interesante retomar aquéllo que en última instancia está planteando el Dr. Frenk. Es decir, la crisis fundamentalmente estaría centrándose alrededor de lo que sería el ente de salud pública. Ahora, se podría privilegiar el ente, o las relaciones, o el contexto, la totalidad. La salud pública también está inmersa dentro de los grandes avances que se han dado en las ciencias sociales para el análisis de este campo, puesto que es una parte de una ciencia social que está muy permeada por ellas. Viéndolo desde una perspectiva positivista, estaríamos hablando de un planteamiento intradisciplinario, un planteamiento multidisciplinario, un planteamiento transdisciplinario.

Únicamente en función de tratar de ubicar los diferentes aportes de todos los ponentes, yo encontraría que es muy adecuado hacer una aproximación a la crisis únicamente dentro de lo "intra" salud pública bajo la conceptualización existente, tradicional, de más peso. Pero también deberíamos pensar si es que conviene hacer lo "inter" y lo "trans", o sea, tomar en cuenta las relaciones y la totalidad.

Voy a tratar de ejemplificar para hacerme entender mejor. Creo que en la exposición del Dr. Macedo subyace un planteamiento transdisciplinario donde se interpreta que la salud pública es un punto en el cual va a reflejarse toda una problemática. En esa medida la salud pública estaría visualizando el campo de la sociedad civil y de la sociedad política en general. La mayoría de la gente que está aquí presente y que envió sus

trabajos no se ubicaría en el campo que el Dr. Frenk está intentando privilegiar, sino dentro del paradigma dominante de la medicina social, de la salud pública. Por ejemplo, la profunda preocupación por lo que es la medicalización no solamente se ve en un documento sino en varios. En otros momentos se aborda el paradigma en sí; el Dr. Macedo se queja mucho del paradigma y le hace una crítica fuerte. Algunos documentos en cambio tratan de ver cómo la salud pública está ligada a la relación histórico-estructural, mientras que otros tratan de situar a la salud pública dentro de una relación sociedad civil-sociedad política, como lo hacía hace un rato el Dr. Briceno. Por último, otros toman en cuenta fundamentalmente el quehacer por fuera de la salud pública tradicional, o sea, la problemática del poder, la problemática de la democracia, la problemática de la conciencia.

Si nos quedamos únicamente en el planteamiento del Dr. Frenk, habría indudablemente mucha riqueza que explotar. Pero si se toman en cuenta algunos de los elementos que ya no están en ese nivel sino en la sociedad civil—como por ejemplo la problemática de la cultura que mencionaba el Dr. Macedo como una posible respuesta latinoamericana a la crisis de la salud, como una respuesta organizativa de la colectividad que pudo defenderse para sobrevivir—el eje de la crisis no estaría entonces en la organización del ente de salud pública sino por fuera, en la forma misma de organización de la colectividad. En esa medida tendríamos una crisis del paradigma dominante tomándolo muy a lo Kuhn, muy a la definición de Kuhn, donde el paradigma es concepto, relaciones, una pregunta directriz, y una forma explicativa.

Diríamos entonces, si es que aceptamos el planteamiento del Dr. Macedo, que hay una crisis del paradigma, y tenemos que centrarnos con más fuerza en el problema de la organización de la sociedad civil. Y si tomamos en cuenta las palabras de presentación de esta reunión en lo que se refiere a la implementación tecnológica que hemos desarrollado en la organización de la casa de la salud pública, el poder que existe allí es un poder complejo, limitado, negativo, como muchos de los documentos plantean. De lo que se trataría entonces es de organizar formas de poder, formas democráticas de diferente tipo, formas distintas de conciencia.

En esa medida, y únicamente como un lector de sus trabajos, yo vería una crisis mucho más amplia, yo vería que más bien, antes de centrarnos en un planteamiento que privilegia el ente, valdría la pena discutir esa riqueza tan grande que traen los documentos. Los planteamientos que hace el Dr. Frenk se ubican dentro del ente casa de la salud o casa de la salud pública. Pero hay muchas otras relaciones muy complejas, por ejemplo en el área de la promoción (donde se ligan sociedad-acción de

salud pública) que no pertenecen al ente en sí sino que aparecen como un eje que podríamos apuntalar. Se trata de relaciones en el plano amplio del poder, en el plano amplio de la sociedad civil y en el plano amplio de la construcción de un planteamiento distinto de carácter estatal, como nos lo propone uno de los documentos.

En resumen, lo único que me permitiría plantear aquí con mucho respeto es que valdría la pena buscar los problemas alrededor de algunas relaciones que tendría el ente —la casa de la salud pública— con una serie de determinantes que se considerarían en los documentos. Por otra parte, podríamos decir que la definición dada por Winslow es perfecta, en tanto se presenta como una definición transhistórica, es decir que los problemas actuales son los mismos que llevaron a esa definición de Winslow. Yo creo que la problemática de la definición es fundamentalmente de esencia. Reflexionando sobre los últimos setenta años, habría que ver si se puede mantener la misma definición preguntándonos si nuestros problemas esenciales como pueblos subdesarrollados—o pobres, en una palabra, como lo decía el Dr. Macedo—son iguales a los problemas que tienen los países desarrollados. ¿Es cierto entonces que la posibilidad de organización del cambio se presenta en forma similar como para privilegiar la misma definición en la misma forma? O quién sabe si en la definición de Winslow debería estar en alguna medida aquel planteamiento del Dr. Nájera sobre la felicidad o sobre la libertad del individuo, o sobre el poder...

Dr. Terris

Después de escuchar las presentaciones de los doctores Macedo y Frenk, concluyo que lo que sucede es que ellos están analizando el problema desde dos perspectivas distintas. El Dr. Macedo lo está viendo desde el punto de vista de una persona que se siente singularmente responsable por la salud de los pueblos de las Américas. En otras palabras, su preocupación principal consiste en cómo mejorar la salud de los pueblos y cómo hacerlo desde la práctica de la salud pública. Esto implica definir los cambios requeridos. Y lo que él ha hecho aquí—en una forma muy brillante, creo yo—es delinear la nueva situación mundial mostrando que el globo entero en todos sus aspectos está en crisis, y no solamente la salud pública. Y esto está ocurriendo debido a los cambios radicales que se están produciendo frente a nuestros propios ojos. Creo que es esa preocupación—si es que leo bien su mente, Dr. Macedo—la preocupación de que no estamos en la capacidad de contribuir plenamente a resolver esos problemas en la nueva situación, lo que lo lleva a hablar de una crisis en la salud pública. Me parece que este es un punto de vista sumamente válido y deberíamos explorarlo.

Por otra parte, el enfoque del Dr. Frenk es el de una persona que tiene la responsabilidad de capacitar a los profesionales en el campo de la salud pública. Y pienso que su preocupación es perfectamente legítima, si bien estoy convencido de que debe suceder a la discusión sobre cuáles son los grandes problemas de la salud pública, qué podemos hacer frente a ellos, y qué fuerzas deberían ser movilizadas para lograrlo. Y así llegamos al asunto de cuál es el papel que deberían cumplir las escuelas de salud pública y la capacitación profesional para el liderazgo. Yo creo que las dos cosas encajan bien. Sin embargo, no veo qué sentido tiene discutir el asunto del conocimiento hasta que sepamos cuáles son los problemas a resolver.

En los últimos años he visitado diferentes países y he asistido a varios congresos de epidemiología, incluyendo los de Santo Domingo, Brasil, Guatemala y Cuba. Una de las cosas que más me ha impresionado de esas reuniones, entre otras, ha sido, como lo mencionó el Dr. Frenk, el renacimiento de la epidemiología en América Latina. Los trabajos en ese campo son muchísimos y de buena calidad. Otra cosa que observé es que quienes asistían a esas reuniones no eran solamente epidemiólogos sino también trabajadores de la salud pública que venían en busca de los últimos conocimientos para poder hacer algo con ellos. No venían a aprender cómo hacer más investigación.

Sin embargo, lo que me molestó acerca de todo esto es que existe una brecha curiosa: todos los trabajos eran de tipo epidemiológico en cuanto a los factores etiológicos, pero no se presentaron trabajos sobre cómo se traducen estos hallazgos en la práctica de la salud pública. No puedo recordar ni un sólo trabajo que dijera: "Hemos descubierto esto y ahora vamos a llevar los resultados al Ministerio de Salud para que hagamos esto y lo de más allá". Así que me quedó la impresión de que, tal como sucede en los Estados Unidos, existe una brecha entre la teoría y la práctica en América Latina; que la gente que está en las escuelas de salud pública y en las escuelas de medicina vive como en una torre de marfil. Y tengo que reconocer que yo soy una de esas personas. He sido profesor durante toda mi vida y sé lo que es vivir en una torre de marfil. Es muy cómodo. No se tienen que enfrentar los problemas reales que recién mencionó el Dr. Macedo.

Creo pues que esta es una brecha que se tiene que cerrar de alguna forma. Tenemos que dar un giro que conduzca a una relación más íntima entre la epidemiología y la práctica de la salud pública; entre la investigación y el logro de metas en salud. Creo que tenemos que preguntarnos cuál es la agenda para la salud pública en un determinado momento.

En mi opinión, el primer punto de la agenda debe intentar establecer cuáles son los riesgos principales que tenemos que

atacar o prevenir. El segundo debe definir si tenemos o no el *armamentarium* para poder manejar esos riesgos. En tercer lugar, debemos tratar de saber qué es lo que nos impide utilizar ese *armamentarium*. Y aquí quiero hablar desde el punto de vista de alguien que ha trabajado intensamente en el campo de las enfermedades no infecciosas. Es necesario preguntarse cuáles son los principales problemas de salud pública en América. Pienso que hoy en día son las enfermedades no infecciosas, pero ciertamente hemos visto un resurgimiento de las enfermedades infecciosas. Y es extremadamente importante que le demos prioridad a los asuntos como el cólera y la situación sanitaria ambiental. ¿Nos han dado los epidemiólogos herramientas apropiadas para prevenir las enfermedades no infecciosas? Creo que la respuesta es claramente afirmativa; no todas, claro está, pero ya se puede prevenir la mayoría de las enfermedades. Y existe la evidencia de que esto se está haciendo en diferentes países. Por eso surge la pregunta: ¿Cómo es posible que en América Latina se haya hecho tan poco para prevenir las enfermedades no infecciosas?

De modo que tenemos que mirar qué es lo que está sucediendo en las Secretarías de Salud de América Latina. Lo que yo veo es una persistencia de las formas de organización que se concentran totalmente en las enfermedades infecciosas. Poco se ha hecho en materia de una educación para la salud que se dirija a obtener los cambios conductuales necesarios para prevenir las enfermedades no infecciosas. El meollo del asunto está en cambiar la práctica de la salud pública en la América Latina para que se actualice y utilice el *armamentarium* que ya existe. El Dr. Macedo planteó una pregunta sumamente difícil: el asunto de la crisis en lo que se refiere al aumento de la pobreza entre la población. En el *Boletín Epidemiológico* de la OPS se afirmó recientemente que, como resultado de la crisis económica y las políticas de ajuste, se ha diezmado el presupuesto de salud pública en América Latina. Y lo que yo recuerdo sobre lo que escribieron ustedes en sus trabajos es que la prevención en particular está perdiendo todos los recursos en favor de la atención médica. Eso también está pasando en los Estados Unidos. Hemos visto cómo, debido a una crisis económica que nos negamos a reconocer, cerca de 84.000 empleados han perdido su trabajo a partir de julio de 1991. Estamos viendo que los departamentos de salud se están diezmando por completo. El Director Asociado del Departamento de Salud de Rhode Island me dijo que de un total de 400 empleados, 54 habían quedado cesantes. Como Director Asociado él tenía un trabajo; ahora tiene dos. En una conversación reciente, la Comisionada de Salud del Estado de Connecticut me dijo: "Acabo de votar a 133 empleados; es un mal día". Eso está sucediendo en los

Estados Unidos, y estoy convencido de que es sólo una pequeña parte de lo que ha sucedido en América Latina en la última década. Y este es uno de los principales obstáculos para que podamos usar nuestro armamentarium.

El otro asunto de vital importancia es que, como ustedes saben, actualmente en el mundo hay una guerra ideológica. Quizás no debería usar la palabra "guerra" en relación con la ideología. Pero en todas partes vemos que están en ascenso los proponentes de la privatización y de la reducción presupuestaria en los servicios de salud para los ciudadanos. Estuve en España en un seminario donde la mayoría de la gente argumentaba la necesidad de que se redujera el presupuesto para los servicios públicos de salud y se llevara a cabo la privatización. Y esto sucede adonde quiera que uno vaya. Mi pregunta es si nosotros vamos a dejarnos ganar por esta ideología tan reaccionaria que se impone en el mundo, o si vamos a hacer algo para impedir que esto suceda.

Creo el aspecto anterior es sólo una parte de lo que dijo el Dr. Macedo. La parte que corresponde a la preocupación de que estamos entrando en una era nueva. Puede ser que una era sea muy buena para el mundo, pero muy mala para los ciudadanos del mundo. Y eso es algo que lo preocupa a él y por lo cual todos nosotros debemos estar preocupados. Espero no haber malinterpretado al Dr. Macedo.

Dr. Nájera

Frente al optimismo del Dr. Frenk, quiero permitirme la libertad de introducir en este momento el realismo del Dr. Ibrahim cuando mencionaba que en su facultad de salud pública no sabían muy bien dónde estaban, que hacían o quiénes eran. El Dr. Terris en su discurso llegaba a algo que podría resumirse en la frase "la crisis es tan profunda que está en crisis hasta la esperanza". Vivimos, pues, una crisis de esperanza. Las fórmulas conocidas que parecía daban solución o podrían haber dado solución a muchos de los problemas hace dos o tres décadas hoy no lo permiten. La crisis parece ser profunda y estamos olvidando un poco otro de sus aspectos fundamentales: el económico, el financiero. El Dr. Terris se estaba refiriendo a cosas tan concretas como la evolución de los servicios, el personal de los servicios, etc., al tiempo que el Dr. Spencer planteaba también la gran crisis del financiamiento en un país como los Estados Unidos. Ustedes todos conocen el grado de esa problemática en otras naciones de este continente. Por tanto, creo que es una buena oportunidad para seguir trabajando sobre el tema.

Dr. Ibrahim

Estoy de acuerdo con la mayor parte de lo que aquí se ha dicho en relación con la crisis y con la diferencia entre la capacitación de profesionales y la necesidad de hacer frente a los pro-

blemas reales, como bien lo dijo el Dr. Ferris. Y quisiera poner sobre el tapete un asunto relacionado, si bien este no es el momento apropiado para discutirlo. Pero sí propondría que tal vez hacia el final de la conferencia se produzca una serie de recomendaciones al respecto.

Se trata de la acreditación de los programas de salud pública, lo cual probablemente está relacionado con lo dicho por el Dr. Frenk en sus ensayos acerca de cómo y en qué áreas del conocimiento deberíamos estar capacitando la gente. Me parece que la acreditación es uno de los métodos que podríamos considerar para ayudar a identificar qué es la salud pública, qué debería ser, y cómo se abordaría el asunto de la calidad en la educación, entre otras cosas. Como ustedes saben, en este país tenemos el Consejo para la Educación en Salud Pública (CEPH), el cual está a cargo de acreditar tanto las escuelas de salud pública como los programas de medicina comunitaria y educación para la salud. Cuando se hizo público el informe del Instituto de Medicina donde se señalaba que la salud pública en este país está trastornada y que las escuelas y los programas de salud pública viven su propia vida en torres de marfil y sin contacto con la práctica, el CEPH empezó entonces a desarrollar metodologías que permitieran medir la calidad y el contenido de los programas de salud pública para asegurarse de que la educación en este campo esté relacionada con la práctica misma.

De manera que yo solicitaría que durante el curso de esta conferencia, y especialmente cuando elaboren sus recomendaciones finales, se considere este asunto de la acreditación de los programas de salud pública en los diferentes países. Sugeriría también que estudiaran lo que ha hecho este país en esta área para tomar lo bueno y dejar de lado lo inútil.

Dr. Badgley

Me gustaría hacer un aporte a la discusión iniciada por el Dr. Frenk y continuada por los doctores Ferris y Granda. Me pregunto si en este momento de nuestro trabajo no estamos tal vez prestando demasiada atención al papel de las escuelas de salud pública.

Me parece que en las discusiones que hemos llevado a cabo hasta la fecha hemos identificado asuntos claves; varios de ellos fueron presentados de manera bastante integral por el Dr. Macedo. También hemos definido cuáles son los principales riesgos para la salud y su prevalencia en las Américas. Igualmente nos hemos centrado—y debemos discutirlo aún más—en cómo organizar el cuerpo de instituciones de servicios dentro de la salud pública. Y tal vez lo más importante ha sido el abordaje de los asuntos fundamentales que afectan a todas nuestras sociedades.

El Dr. Macedo y otros han señalado algunos de estos asuntos claves, incluyendo la lucha por la democratización y el cambio.

Si colocamos como trasfondo esta fuerza social amplia, sería importante definir cuáles son sus implicaciones para una organización como la OPS y para la estructura de la educación en las escuelas del salud pública. Se mencionó, por ejemplo, que hay muy pocas mujeres en esta reunión. Y que tampoco contamos con la presencia de personas no técnicas. Entonces, ¿cómo democratizar el proceso de consulta en los grandes organismos internacionales? ¿Cómo democratizar la producción de las escuelas y sus programas de estudios si únicamente observamos, y de manera incestuosa, lo que nosotros mismos enseñamos y fallamos en diseñar nuestros programas de estudio sobre la base de algunas de las necesidades más básicas? Pienso pues que si la democratización es una de las fuerzas sociales más amplias, tenemos que estudiar muy cuidadosamente cuáles son sus consecuencias.

Otro factor identificado ha sido la tendencia muy marcada hacia la descentralización. ¿Cuáles son sus implicaciones críticas? ¿Cuáles son sus implicaciones frente al problema vital de la pobreza? Y aquí el Dr. Terris dio en el clavo. Si de hecho estamos avanzando hacia un corte reaccionario del presupuesto público en muchos países, ¿cómo es que nos centramos en un análisis costo-beneficio?

Aquí me parece que necesitamos análisis que satisfagan algunos de los criterios principales, y organizaciones que quieren demostrar cuál es la ganancia en productividad a partir de los incrementos en salud. Yo conozco muy pocos estudios que hayan comenzado a enfocar estos asuntos críticos.

Dr. Sandoval

Cuando escuchaba el planteamiento del Dr. Frenk acerca de la salud pública, la formación en salud pública y los otros puntos que él destacaba, en cierta medida yo recorría un poco el itinerario que yo mismo he hecho en salud pública. He participado activamente en este campo, aunque a veces desde posiciones muy marginales, precisamente por cuanto había un gobierno dictatorial y yo era un opositor. Por lo tanto estuve muy lejos de poder ejercer la política, que es precisamente lo que uno necesita hacer cuando quiere darle una proyección a su trabajo en salud pública. O sea que esto sigue siendo un problema cuando se quieren considerar todos aquellos agentes que pueden causar el deterioro del bienestar, de la calidad de vida, y generar enfermedad y muerte. Por lo tanto, es evidente que se tiene que trascender en el dominio de lo político y allí actuar. Y esa es la gran visión de la salud pública que muchas veces las escuelas han tratado de reducir porque han intentado hacer de la práctica de salud pública una disciplina con un conocimiento técnico acabado. Y en el arte de la política quizás el conocimiento no acabado es lo importante, o sea, la capacidad de conectarse con

otros sectores y ver los problemas en su conjunto.

En mi país, Chile, el modelo neoliberal amenaza hacer de una escuela de salud pública que durante un tiempo tuvo la ambición y la pretensión de formar especialistas en salud pública, una escuela de administradores financieros de los sistemas de salud. Actualmente han integrado un curso común con la escuela de economía de la Universidad de Chile y allí se enseña cada vez menos epidemiología y cada vez más contabilidad. Esa dimensión de la salud pública es la que tiene que ser profundamente revisada y modificada, porque esa orientación de las escuelas de salud pública refuerza el modelo de la patología y no el modelo del bienestar y la salud.

Por eso yo planteaba que nosotros tenemos que decidir de qué cosa se ocupa esta disciplina. Es evidente que se ocupa precisamente de esta visión "trans" que mencionaba el Dr. Granda y que nos planteaba el Dr. Macedo. Porque teniendo esta visión global de los asuntos sociales, económicos y políticos, hay una cosa que es indispensable hacer y que sí es propia de la profesión; los otros que no pertenecen a esta pero que sí trabajan en ámbitos que tienen influencia sobre la salud, solamente pueden ser esclarecidos y orientados por los que trabajan en salud pública y allí sí que tenemos un dominio concreto de un quehacer. Yo tengo que ser capaz de decirle al constructor y al Ministerio de Vivienda que si un 0,5% más del presupuesto de la construcción va a mejorar el aislamiento de las casas—lo que va a significar 5 grados más de temperatura dentro de ellas—eso implicará menos neumonías, menos combustible, mejor calidad de vida. Mientras que al Ministerio de Vivienda lo único que le interese sea proporcionar un número de viviendas y nosotros no le digamos qué características tienen que tener para contribuir a la salud, el Ministerio de la Vivienda va a seguir haciéndolo mal. En consecuencia, hay un conocimiento que tenemos que dominar y que se alimenta de las ciencias biológicas y de otras ciencias, y que tiene que incorporarse en la formación de quienes tienen que ocuparse de la salud pública en el futuro.

Dr. Briceño

Quisiera abordar dos puntos partiendo de la discusión sobre si se debe definir salud pública como campo profesional. Estoy de acuerdo con la intervención del Dr. Terris en el sentido de que habría que trabajar comenzando por las condiciones de salud y por las acciones que se pueden conducir, para luego pasar a lo que sería el campo de formación o el campo profesional. El camino inverso podría llevar a reforzar algo que se ha destacado acá, a saber, la brecha notable entre la teoría y la práctica, entre los resultados y las posibles intervenciones. Y quisiera analizar este punto de una manera particular porque el Dr. Macedo, al referirse a ello decía que tenemos modelos de análisis muy sofis-

tificados que no se aplican. Lo mismo puede estar pasando con la tecnología de la cual se dispone y que tampoco se aplica. ¿No será acaso que los modelos de análisis son demasiados sofisticados para lo que necesitamos? Si son demasiado sofisticados, no permiten entonces dar respuesta a lo que verdaderamente se requiere. ¿Y no será acaso que la tecnología que se intenta utilizar es también demasiado sofisticada para los problemas que se quieren resolver? Es decir, a veces pensamos que está muy bien que esos modelos de análisis sean muy sofisticados, que está muy bien que la tecnología sea cada vez más compleja. Planteándolo de otra manera, a lo mejor esa sofisticación y esa complejidad superan en gran medida las verdaderas necesidades de esas sociedades. Porque si no tenemos la capacidad técnica para aplicarlas es que esa sociedad tiene problemas; si no tenemos recursos o si no hay voluntad política para hacerlo es que las condiciones de esas sociedades no lo permiten; permiten otra cosa, es decir, aquello que realmente se requiere para resolver los problemas que hay que enfrentar.

En términos de la comunidad científica, son los modelos de análisis sofisticados los que pueden ir a las publicaciones y los que permitirán que la gente sea promovida en las universidades o en los cargos; no los resultados ni la aplicación, o la mejora de las condiciones de salud de la población. Pudiera pensarse que le quiero restar importancia al desarrollo científico o al desarrollo tecnológico. No; lo que planteo es un reto distinto; un reto al que paradójicamente podríamos referirnos como la "sofisticación de la sencillez". Y ese es un reto muy difícil.

Dr. Macedo

Antes de retirarme me gustaría hacer dos brevísimos comentarios. Como lo dije en mi intervención inicial, es verdad que estamos haciendo progreso, particularmente en nuestra capacidad de explicar el proceso de enfermedad y de intervenir en él en términos de control, prevención, tratamiento y rehabilitación. También hemos hecho un progreso muy grande en términos de aumentar nuestra capacidad de explicar el propio proceso de salud, aun cuando lo identificamos con el bienestar, así como en lo que concierne a la capacidad de intervención, si bien ésta se ha quedado casi exclusivamente circunscrita a los aspectos de promoción, también relacionados a enfermedades o riesgos específicos.

Sin embargo, estos progresos no han sido suficientes para acompañar el cambio en el contexto, y por lo tanto en las relaciones del ente—para usar la expresión de Granda—con el objeto específico de la salud pública, que dejó de ser exclusivamente el problema de la enfermedad. Yo no quiero decir que tengamos que olvidarnos de la enfermedad; la enfermedad existe. Pero para considerar el problema de la salud como una totalidad, y sobre todo el problema de la salud en el contexto de

las relaciones de la salud pública con el entorno en el cual estamos trabajando, si bien todos estos progresos han sido importantes en términos de la capacidad de utilizar la ciencia y la técnica, hemos fracasado en la administración del conocimiento surgido de esa ciencia y de esa técnica. Esto tanto en cuanto a los posibles efectos iatrogénicos sobre el proceso salud o el proceso enfermedad, como en aquéllos otros aspectos no tan directamente iatrogénicos: el uso indebido de la tecnología o de la ciencia como respuesta a los problemas de vida de poblaciones en determinados nichos o contextos culturales. Allí hemos fallado hasta el momento.

En una de nuestras áreas específicas de responsabilidad creo que también el fracaso ha sido grande. El Dr. Tejada lo mencionó con más precisión de lo que yo lo había hecho; se trata del área de la organización y gestión de sistemas y servicios. Porque no podemos estar bien en ese sentido cuando hay tantas crisis en términos de los servicios. Ciento cuarenta millones de personas en América Latina y 36 millones en los Estados Unidos carecen de cobertura y acceso. Entonces allí hay una gran falla, lo mismo que en las actividades que alimentan el proceso de organización y gestión, llámese financiamiento, o producción de factores o insumos, lo cual es también expresión del fracaso en la administración de la ciencia y de la técnica. Estas son preocupaciones claves, incluyendo aquí el problema de recursos humanos y otras tantas responsabilidades de la salud pública donde los avances han sido relativamente menores o insuficientes. De allí que el eje principal de la crisis, tal como lo precisaban los doctores Granda y Terris, está realmente en las relaciones del objeto específico de la salud pública—como quiera que lo definamos—y el contexto en el cual trabajamos. Particularmente veo un gran fracaso en lidiar con la dimensión política del problema y, lo que es más contradictorio e incluso a veces casi sorprendente, es que siendo la población el objeto principal de análisis de la salud pública, hallamos fallado en abordar efectivamente esa dimensión política y social. En ese sentido hemos fracasado extraordinariamente. De allí toda mi preocupación con respecto a esas relaciones complejas entre las sociedades civil y política, y particularmente con respecto al papel del Estado en el nuevo orden. Esas insuficiencias que podemos caracterizar como crisis son las que han hecho que la salud pública en este momento esté tan debilitada para hacerle frente a los cambios del entorno y sea casi un objeto que no tiene cómo responder a la crisis global del contexto, la cual termina siendo la esencia de nuestra propia crisis. Por allí anda, por lo menos en mi opinión, el diagnóstico de la situación que estamos viviendo. Eso no excluye la preocupación por los aspectos específicos de responsabilidad directa de nuestra área. Yo les mencioné en mi intervención el

problema de la responsabilidad directa y de la responsabilidad transferida. Estoy seguro de que en lo que queda de esta reunión vamos a avanzar muchísimo, y estaré ansioso esperando los resultados.

Dr. Frenk

Brevemente quisiera decir que nadie está poniendo en duda que hay una crisis mucho más general, que las sociedades enfrentan severos problemas de toda índole, y que hay un problema grave de desarrollo en América Latina. Esa crisis general del entorno y su traducción en las condiciones de salud y en las debilidades de los sistemas de salud han sido suficientemente analizadas; si se desea podemos reiterar ese análisis, si bien este es un grupo de gente que conoce sobradamente las dimensiones aludidas. Mi insistencia en centrarnos en las instituciones sociales encargadas específicamente de la salud pública responde al interés de traducir justamente el análisis de estas condiciones críticas generales en las instituciones mismas. A mí me preocupa porque no solamente tengo yo una responsabilidad, como decía el Dr. Terris, en la capacitación de gente de carne y hueso, sino también porque tengo una responsabilidad con mucha gente en la construcción de las instituciones adecuadas para responder a este entorno de crisis. Entonces simplemente quisiera yo que no nos quedáramos en este nivel de volver a reconocer las dimensiones de algo que excede a la salud pública y que definitivamente la determina. En ningún momento quise reducir el problema o desconocer la existencia de esas determinaciones mucho más amplias; pero habiéndolas reconocido, si espero que lleguemos a aterrizar ya que todavía no hemos alcanzado un diagnóstico preciso de cuál es la situación de las instituciones específicas que se encargan de la producción de conocimiento y de recursos humanos en salud pública.

Por ejemplo, me alarma un poco que el Dr. Briceño considere que tenemos modelos demasiado sofisticados. Yo creo exactamente lo contrario. Lo que ha faltado en general son ideas que guíen la acción; a veces hay un exceso de acción, un exceso de aplicación de programas preventivos y curativos que no tienen una guía real, en tanto prevalece una ausencia de conocimientos sobre sus efectos reales; en otras palabras, se carece de intervenciones científicamente validadas. Me preocuparía entonces que llegáramos al diagnóstico de que tenemos un exceso de modelos y de conocimientos cuando pasa lo contrario. Sobran si los prejuicios, las ideas preconcebidas, las ideologías, etc.; eso sí sobra. Lo que nos falta es una cantidad fenomenal de modelos que expliquen el mundo para poder actuar sobre él y transformarlo de una manera coherente. Ese diagnóstico todavía hace falta.

Insisto que quisiera que saliera finalmente de esta reunión un documento donde se encontraran guías para la institucionaliza-

ción. El Dr. Macedo decía precisamente que una parte esencial del desarrollo sostenible es la presencia de instituciones; yo creo que en salud pública hay una debilidad institucional que tenemos que abordar de manera muy específica. Así que estoy de acuerdo en que se necesita un análisis más general, pero sí espero que logremos llegar a algo más concreto. En esta medida una propuesta que yo le haría al Secretariado es que hagamos también un diagnóstico cuantitativo—si bien se necesita también un diagnóstico cualitativo—de qué es lo que existe en el campo de la salud pública, cuántas instituciones, cuántas escuelas, centros de investigación, qué tipo de agrupaciones, etc. Hay toda una dimensión descriptiva que no conocemos bien, y en muchos de los trabajos que leí, yo lamenté detectar una visión muy basada en preconcepciones y muy poco en datos reales sobre cuál es la realidad actual de la teoría y la práctica de la salud pública, que finalmente es el tema de esta reunión. Por eso haría la propuesta de que realizáramos una descripción mejor sobre cuál es la realidad en América Latina en este sentido, y creo que el único organismo que lo puede hacer es la OPS. Quizás ya existan los elementos para ello y sería muy útil difundirlos.

Dr. Ferreira En realidad no existe esta cuantificación en la forma en que el Dr. Frenk la está proponiendo. Hemos estado trabajando con datos surgidos de observaciones muy generales en cuanto al número de instituciones académicas de formación en el campo de la salud pública. Tampoco hemos hecho en el pasado reciente ningún estudio más detallado al respecto; el único que existe en el momento, y que creo está todavía en una etapa parcial, fue promovido por el Dr. Nájera en Argentina hace poco. Nos sorprendió en cierta forma, porque en la investigación inicial se encontró que había en la República Argentina 76 programas académicos en 45 instituciones. Así es que nos quedamos con la idea de que había que estudiar el asunto en mayor profundidad.

Dr. Nájera Bueno, yo creo que es el momento oportuno para cerrar esta primera fase de la discusión de la sesión inicial. Quiero agradecerles a todos el interés con que han participado en el trabajo. Creo que hemos cumplido con el objetivo fijado, por lo menos en este segmento, donde debíamos superar muchas de las dificultades que siempre entraña el comenzar un proceso de debate frente a personas que muchas veces piensan en forma contraria pero que son viejos amigos. Ahora que se ha roto ese hielo, las sesiones venideras serán seguramente más ricas y más dinámicas.

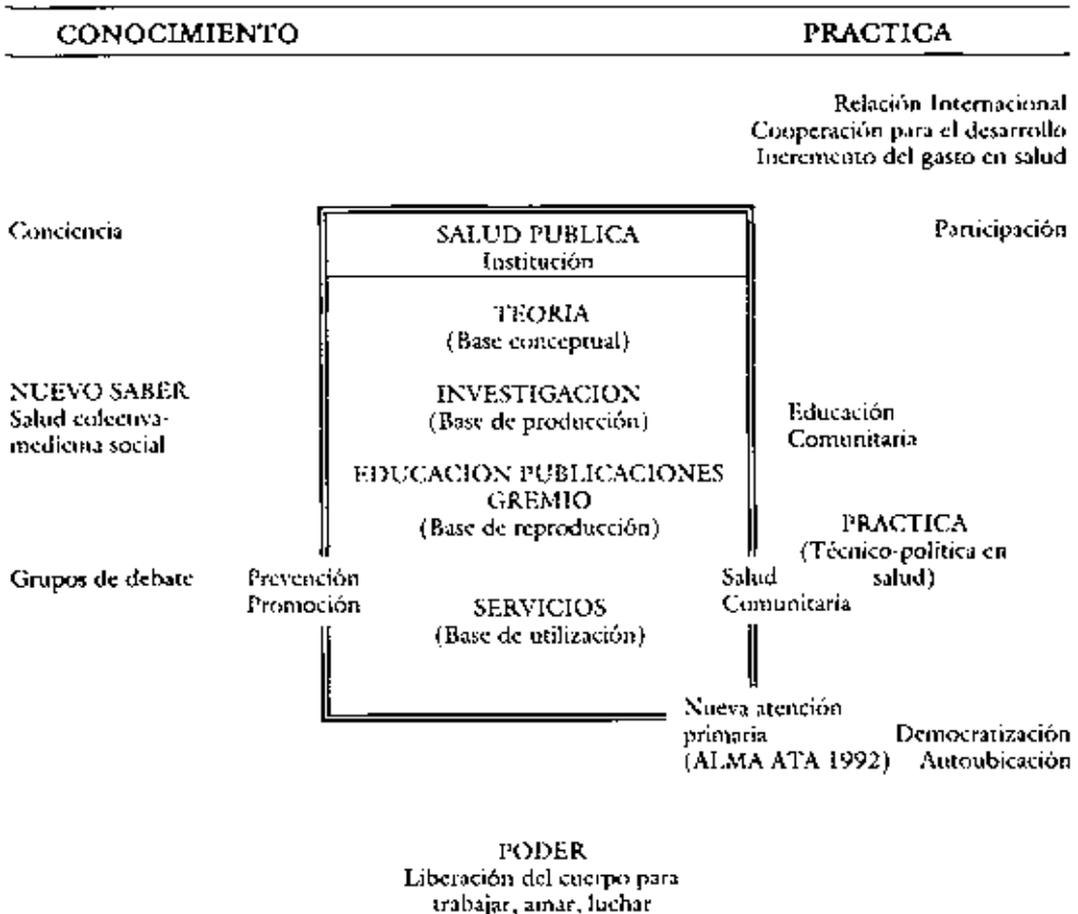
TENDENCIAS DE LA TEORIA

Moderador:
Dr. Robin Badgley

Dr. Badgley La segunda sesión considerará la evolución y las tendencias en la conceptualización de la salud y de la salud pública, los factores que explican la situación y sus implicaciones operativas. Me parece que el Dr. Granda ha hecho una revisión y un resumen de los trabajos preparados por todos los consultores aquí presentes, y me gustaría que como punto de partida nos diera una visión general de los diferentes asuntos que los autores trajeron a colación.

Dr. Granda Unicamente con el fin de rescatar de alguna manera algo de la inmensa riqueza que traen los once trabajos, nos hemos permitido con el Dr. Oscar Feo hacer este pequeño diseño para colocar en forma de mapa las reflexiones que ustedes consignaron en sus trabajos.

TERMINOS Y CONCEPTOS QUE SE PRIORIZAN EN LAS PROPUESTAS DE CAMBIO DE LA SALUD PUBLICA



Uno de los aspectos fundamentales que tiene que tomarse en cuenta cuando se hace el estudio de los diferentes aportes planteados por los autores es dónde se ubicaron esos diferentes aportes. Yo he tratado de dividirlos en dos campos. Uno está conformado por las personas que hicieron una reflexión muy profunda alrededor de lo que es el origen de la salud pública, sus relaciones histórico-estructurales y cómo ellas definieron en alguna medida el ámbito, los aspectos que se priorizaron en la salud pública, la extensión de la misma, los conceptos fundamentales, etc. Dentro de este campo encontramos una reflexión muy extensa en uno de los artículos alrededor de la medicalización, de cómo lo médico tuvo tanto peso en la constitución de la salud. Alrededor del eje de la medicalización se tratan de explicar los diferentes problemas de la crisis en salud pública.

Otro trabajo aborda fundamentalmente la crisis de un paradigma—sus conceptos, sus relaciones, sus teorías explicativas, y sus preguntas directrices—también sobre la base de la medicalización y la tecnología. Tal paradigma se viene abajo en este momento porque no logra dar cuenta de lo que está ocurriendo en el área de la salud pública.

Desde el segundo campo surgen otros tipos de análisis y aquí nos hemos permitido con el Dr. Feo hacer una reflexión que sale desde la práctica, pero una práctica muy referida a lo que le decíamos al Dr. Frenk sobre el ente, ese ente salud pública que maduró y que ahora se nos presenta como tal. Entonces, tendríamos primero el ente, o sea, el ser de la salud pública que estaría conformado fundamentalmente por la descripción, la investigación y el diagnóstico de la situación de salud, y segundo lo que sería la respuesta, la cual surgiría de una decisión, unida a la investigación, a la educación, y a los servicios. En relación con estos aspectos fundamentales—decisión, investigación, educación y servicios de salud pública—es que se ha realizado la mayor parte de la reflexión.

Ahora bien, este ente se ha ampliado mucho con respuestas que han tratado de ser estratégicas y que algunas de las personas aquí presentes abordan en términos de atención primaria, SILOS y descentralización, diagnóstico de atención comunitaria, y una reflexión muy profunda sobre el medio ambiente. Es interesante notar que tales estrategias se han movido fundamentalmente en el campo de la organización estatal, mientras que las estrategias en el plano epidemiológico no han tenido mucho peso. A excepción del aspecto de la prevención.

Por lo general, quienes se expresaron cuestionando la génesis de la salud pública proponen también una práctica alternativa, diferente, pero que en ningún momento llega a ser totalmente acabada ni tiene la instrumentación metodológica y técnica suficientemente profunda como para constituirse en un plantea-

miento paradigmático. Todos ellos tocan en alguna forma la rectificación, o una forma distinta de acumulación del poder. Por lo tanto, estos artículos estarían planteando tomar la relación entre el poder político y el ente; un nuevo contrato social, si es que se quiere. Otros hacen un planteamiento de un nuevo saber para una nueva práctica. También se establecen en casi todos los artículos nuevas formas de ver la participación. Los que plantearon prioritariamente la presencia de una crisis profunda son aquéllos que buscan un redireccionamiento de la práctica, en tanto no están de acuerdo con que la actual sea la más adecuada y piensan que debería ser reformulada.

De acuerdo con los planteamientos de algunos de los artículos, la práctica administrativa aquí sería instrumental y debería ser movilizada por una práctica política, para que el quehacer administrativo y burocrático que muchos critican tenga mayor vigencia, mayor humanidad, y un mayor componente de construcción del hombre, de la libertad, etc. Eso requeriría el surgimiento de un poder distinto no sólo a nivel de la sociedad política sino de la sociedad civil a través de la participación de la colectividad.

Dr. Badgley El Dr. Granda hizo un excelente trabajo al resumir y convertir en una bolsa de seda una mezcla muy compleja de documentos. Me pregunto si no sería conveniente llevar a cabo una discusión general del paradigma. O a lo mejor podríamos realizarla posteriormente, y en el entretanto ir haciendo notas sobre cuáles son las modificaciones claves que quisiéramos hacerle a ese paradigma, o sugerir otras alternativas.

Dr. Tejada No me voy a referir al paradigma. Quisiera hacer una reflexión que pudiera servirnos de marco general en esta etapa en que estamos transitando del análisis situacional actual hacia una interpretación de la parte teórica; hacia las tendencias de la teoría. Y esta reflexión la hago sobre la base de lo que he escuchado hasta el momento. Cuando estamos tratando con un campo social como es el de la salud pública, hay cosas que quisiéramos omitir pero no lo podemos hacer. En primer lugar, es inevitable caer en un plano de interpretaciones ideológicas; no creo que se pueda ver la salud pública desde un punto de vista a ideológico. Incluso quienes han pretendido enseñarnos una salud pública eminentemente neutra en lo ideológico están defendiendo una posición ideológica, a lo mejor sin saber. Cuando estamos hablando precisamente del concepto de salud pública surge esta situación de ideología, y cuando tratamos de ajustarnos a alguna definición nos estamos poniendo límites que si bien nos facilitan la discusión sobre un campo más o menos preciso, nos pueden impedir una interpretación más amplia y

general. Al fin y al cabo de lo que estamos hablando es de la salud de la población, y la salud de la población se puede ver también en forma diferente desde diversos puntos de vista ideológicos.

El Dr. Macedo fue muy claro al decir que el problema de salud en los países de América Latina no se deriva solamente de las altas tasas de morbilidad y mortalidad, sino de las grandes disparidades sociales. Nosotros—la mayor parte médicos—hemos sido deformados profesionalmente; las facultades de medicina nos han deformado, las escuelas de salud pública nos han deformado, de tal manera que nos hemos acostumbrado a tener una visión promedial nacional ajena a las grandes disparidades y diferencias sociales.

En el caso de mi país, Perú, quiero referirme a cosas concretas como la mortalidad infantil. Este es un asunto grave porque las cifras oscilan entre un reconocimiento oficial de 82 por mil nacidos vivos, y las cifras estimadas por gente que ha estudiado el problema y que lo plantean alrededor de 125. Sin embargo, eso no es el problema; el problema es que en las zonas residenciales de Lima la mortalidad infantil está entre 14 ó 15 por mil, mientras que las zonas urbano-marginales de Lima está en 250, y en las zonas más alejadas de los Andes, donde está Sendero Luminoso, seguramente llega a 500 por mil nacidos vivos en algunos lugares. Y allí está la explicación de la subversión; y allí está la explicación de otros problemas. De manera que querer ver la salud de la población en una forma ideológica es no verla. Lo que estoy planteando es que es inevitable que nosotros tengamos que abordar los aspectos ideológicos y lo hagamos con base en alguna definición ideológica de la salud si pretendemos desarrollar la teoría y la práctica de la salud pública. Por comodidad, por tranquilidad podríamos dejar ésto de lado, pero estaríamos cometiendo un grave error.

El segundo aspecto también guarda relación con lo anterior, y es que no podemos evitar que al actuar en el área de la salud pública como campo social, estamos metidos, querámoslo o no, en un proceso político. Sin embargo, no nos han enseñado a actuar en un proceso político. Nos han deformado en el sentido de que se nos ha dicho que hay que rechazar todo lo que es político porque somos exclusivamente técnicos, y existe una separación, un divorcio, entre lo técnico y lo político.

El proceso político se da en todas partes; el proceso político se da hasta en los conventos de monjas cuando se tiene que elegir una madre superiora y se recurre a los peores procedimientos políticos... El proceso político se dio en la corte celestial porque si no Luzbel no se hubiera rebelado y no sería hoy día condenado a ser el representante del diablo; de tal manera que el proceso político es absolutamente inevitable. Sin embargo ¿nos han

enseñado en las escuelas de salud pública a hacer un análisis político? Yo estoy hablando no sobre la base del estudio de documentos que he leído, sino sobre la base de una experiencia personal vivida directamente.

Yo comencé mi vida como político muy joven; fui dirigente estudiantil universitario, estuve preso y fui deportado. Continué mis estudios en Chile, y después regresé como profesional y me metí en el campo técnico. Luego de veinte años en el campo técnico volví al campo político por las circunstancias; se suponía que yo debía tener un conocimiento del proceso político y efectivamente tenía alguna formación; pero no tenía la vivencia de la política. Me encontré de Ministro durante dos años creyendo que la verdad del conocimiento científico, la verdad del diagnóstico, la verdad del enfrentamiento lógico eran suficientes. Sin embargo, puedo decir—y se trasluce en mi trabajo—que el balance personal autocrítico de mi gestión como Ministro durante dos años fue de fracaso, en tanto no logré lo que yo quería hacer.

Vengo de nuevo ahora al campo técnico después de trece meses de vivir intensamente la vida política en el manejo directo de la reestructuración de un partido que después de 55 años de existencia llegó al gobierno y salió de él en condiciones precarias. Y esta tarea que acabo de terminar me ha permitido conocer el proceso político, el monstruo político por dentro, así como también conocí el monstruo de la OMS/OPS por dentro, y como se conocen todos los monstruos institucionales por dentro. Pienso ahora que si hubiera tenido, no el conocimiento, sino la capacidad del manejo político que tengo ahora en el partido, mi gestión ministerial hubiera sido total y absolutamente diferente. No basta predicar, no basta convencer; en política lamentablemente lo que importa es poder hacer las cosas. Eso es lo fundamental, pero no nos lo enseñan en las escuelas de salud pública. Uno tiene que aprenderlo indudablemente, y lo aprende en la medida en que le vaya perdiendo miedo al proceso político en el cual estamos inmersos.

Mucho de lo que nosotros vamos a discutir en esta reunión tiene que ver con decisiones políticas y con las formas prácticas de poder traducir un modelo conceptual en una práctica efectiva. El Dr. Macedo lo expresaba en términos de cómo reducir la brecha entre el desarrollo de los esquemas teóricos y los modelos, los paradigmas, y cómo no solamente entender el instrumental que podamos utilizar sino también hacer factible y viable políticamente su aplicación. Aquí surge otro problema que también es importante, y es que nosotros no tenemos la oportunidad simultánea de poder vivir estos dos aspectos: el aspecto del desarrollo teórico de un campo social tan complejo como es la salud, y la práctica de ejecutar acciones en un proceso igual-

mente complejo, sobre todo cuando se quieren introducir cambios.

El fracaso de mi gestión como Ministro consistió en que yo no quise administrar el Ministerio, cosa que seguramente podría haber hecho bien. Yo lo que quise fue hacer cambios fundamentales; y hacer cambios fundamentales lleva a enfrentarse a una serie de intereses, y si no se tiene la capacidad de lidiar con esos intereses, uno está perdido porque al final lo derrotan. Lo derrota la industria farmacéutica, lo derrota la profesión médica que defiende sus intereses, y lo derrota una serie de factores. De tal manera que yo creo que tenemos que considerar todos estos elementos. Mi reflexión es un llamado a que no nos quedemos en el facilismo de creer que basta un esquema conceptual sólido, completo, coherente, consecuente, para que el problema esté resuelto; no es así.

Quisiera terminar esta intervención haciendo alusión a lo que dice una fuente que no comparto: el Marxismo-Leninismo-Maoísmo. Sin embargo, el librito rojo de Mao decía una cosa muy interesante que creo nos viene a la medida: "No se puede caminar sino con dos pies; un pie es la teoría, el otro pie es la práctica y no se puede caminar saltando en un sólo pie." En otras palabras, no hay que esperar a redondear el esquema teórico; la práctica alimenta a la teoría, la teoría afina la práctica, y esa es una gran lección que tenemos que aprender. No nos agotemos en la concepción teórica; veamos mas bien hasta qué punto la práctica nos va corrigiendo las hipótesis y nos va haciendo conocer mejor las cosas.

Con estos comentarios cumplo con mi deber de compartir con ustedes una serie de frustraciones que son explicables si se tiene en cuenta que es muy fácil para un experto indicarle a un gobierno qué es lo que se debe hacer (y yo he pasado por esa etapa); es muy fácil enseñarle a los alumnos qué es lo que deben hacer. Lo difícil es hacerlo. Ese es el gran reto que tenemos: cómo poder combinar la investigación, el desarrollo, y por lo tanto la consolidación del conocimiento, con la práctica, y cómo la práctica puede realimentar todo eso.

Dr. Badgley

La elocuente intervención del Dr. Tejada nos ha recordado asuntos críticos que debemos considerar: la necesidad de tener en cuenta la perspectiva ideológica y todas las implicaciones políticas, así como de utilizar el conocimiento inductivo y deductivo en la medida que avanzamos en la discusión. ¿Otros comentarios?

Dr. Frenk

La intervención del Dr. Tejada fue un recordatorio muy importante sobre la necesidad de incorporar las ideologías y la práctica política. Yo lo que quisiera plantear es que, respecto a

los avances en la teoría de la salud pública, esta dimensión de la crisis a mi modo de ver tiene dos aspectos que conviene diferenciar. Uno es la generación de una teoría sobre la salud, lo cual de alguna manera estaba implícito, si entendí bien, en el lado izquierdo del esquema de síntesis que se nos presentó de los trabajos. Allí se expresa la necesidad de tener marcos explicativos mucho más generales e integrales de los que hemos utilizado hasta ahora, incluyendo los aspectos que comentaba ahora el Dr. Tejada, o sea, la forma en que las ideologías, los conjuntos de valores y creencias de las personas y las prácticas políticas determinan tanto las instituciones de salud, como las condiciones de salud de la población.

Sin embargo, pienso que allí hemos pasado de ciertos marcos parciales a otros igualmente parciales, y quizás la constante ha sido el reduccionismo. En ocasiones se transpira en algunos de los trabajos el paso de un reduccionismo biologicista a un reduccionismo que pretende negar la dimensión biológica de los procesos de salud-enfermedad. Los dos reduccionismos son criticables, y me parece que se requiere allí un marco mucho más integral. No creo que sea ahora el momento ni el foro para discutirlo; pero pienso que la necesidad de un abordaje que realmente integre los distintos niveles de análisis—desde los macrosociales, pasando por los institucionales, los que ocurren a nivel de los hogares, hasta el nivel individual de los procesos biológicos y conductuales—es quizás uno de los puntos críticos. Creo que este grupo de consulta podría llegar a señalar la urgente necesidad de un mayor avance teórico integral que permita transitar en los distintos niveles de la determinación de la salud y de la enfermedad. Ese es uno de los grandes retos del futuro. La otra dimensión es cómo definimos y cómo ubicamos este campo de conocimiento específico que es la salud pública, dado este marco explicativo general. Y allí nos movemos en un plano más conceptual para precisar lo que es la salud pública.

La salud pública en tanto campo del conocimiento tiene como uno de sus objetos principales la primera dimensión, o sea, la elaboración de marcos teóricos que nos permitan explicar la dinámica de la salud y de las instituciones de salud. Pero además de ese objeto, o antes de abordar ese objeto, necesitamos preguntarnos qué es la salud pública. Sugiero que aquí el gran punto de confusión ha sido el adjetivo "pública", el cual ha dado lugar históricamente a una serie de interpretaciones diversas: las que equiparan lo público con lo gubernamental, las que identifican lo público con lo no personal—de manera que se engloban en la salud pública los servicios no personales de salud—, lo público con lo común—entonces decimos que algún problema de salud se vuelve de salud pública cuando afecta a mucha gente—, y así sucesivamente.

Yo quiero insistir en que la interpretación más precisa del adjetivo "pública" es para referirse a poblaciones. Y hay que hablar de poblaciones porque este es el concepto más amplio, además de que nos permite reconocer la interdisciplinariedad del área, lo cual es esencial para un concepto moderno de salud pública. Si usamos categorías alternativas como la de colectividad, estamos viendo únicamente una dimensión de las poblaciones. Yo prefiero el concepto de población porque, como sabemos, todas las poblaciones humanas están organizadas en sociedad, lo cual nos remite inmediatamente a lo social dentro de la salud. Sin embargo, no podemos desconocer que existe una dimensión biológica en las poblaciones humanas, específicamente lo que concierne a la interacción de las poblaciones humanas con otras poblaciones en marcos o en nichos ecológicos precisos. No creo que avancemos teóricamente negando la dimensión biológica. Lo que vemos en muchos trabajos y en gran parte del pensamiento en América Latina, así como en los Estados Unidos y Canadá es que, como una reacción a esa medicalización que aparecía como un tema dominante, nos estamos pasando hacia el otro extremo de pretender negar la dimensión biológica de los procesos de salud. Lo que tenemos que contemplar son marcos integrales donde veamos los límites estructurales a la variación que imponen los fenómenos de mayor agregación sobre los fenómenos de menor agregación. Este es, pues, uno de los retos fundamentales, y quizás nuestro grupo de consulta debería recomendar específicamente que se haga un ejercicio mucho más profundo en este sentido.

Dr. Sandoval

Estoy muy de acuerdo con muchas de las cosas que dijo el Dr. Tejada y quiero recoger aquella que señala que no basta con la teoría; hay que tener una práctica. Un problema muy importante hoy día en el terreno de la salud pública es que no hay una teoría; lo que hay es una práctica. Y frente a esa práctica, quienes hemos pensado en una manera global de enfrentar los problemas de salud y enfermedad, respondemos solamente a lo que sucede pero no somos capaces de formular alternativas a partir del desarrollo de un conocimiento o de un planteamiento teórico. Esto me remite a lo que decía el Dr. Macedo sobre el surgimiento de este nuevo ideologismo del pensamiento neoliberal. Tal ideologismo se apoya en una cosa que es extraordinariamente fuerte ante los ojos de la población, y es que si se es eficiente, si cada uno hace bien lo que le corresponde, y si cada institución, o cada organismo del Estado o de la sociedad civil funciona bien, al final todo resulta. Se trata pues de sumar los esfuerzos de individuos o instituciones que hacen bien lo que tienen que hacer y quieren demostrarlo por muchos medios.

En mi documento yo planteaba, por ejemplo, lo que resultó del estudio acerca de los efectos de la contaminación del aire en Santiago sobre la salud, que a mi juicio es realmente un escándalo desde el punto de vista de salud pública, pero es realmente un éxito desde el punto de vista de la población. Es decir, que se haya definido que la mayor mortalidad se debía a los niños que se obstruían, y que secundariamente se infectaban y hacían una neumonía, y que ésto se haya resuelto organizando servicios de urgencia para obstruidos es en realidad la más mala de las soluciones desde el punto de vista de salud pública. Pero es la mejor de las soluciones desde el punto de vista de una madre que tiene un hijo cianótico y que sabe que a cualquier hora del día o de la noche va a llegar a un centro donde le proporcionan oxígeno, broncodilatadores y le enseñan las maniobras para poder vaciar las secreciones que se han acumulado en los bronquios de su hijo. Ese es un modelo extraordinariamente eficaz y frente al cual nosotros tenemos poco que decir.

Este año en Santiago se registraron concentraciones de partículas en el aire por períodos superiores a tres días que superaban los 600 microgramos por metro cúbico, cuando el máximo permisible es 90 microgramos por metro cúbico. Y el techo que no debe superarse nunca o solamente una vez al año son 150 microgramos por metro cúbico. Sin embargo, la persistencia de ese fenómeno se ha acompañado de una disminución de la mortalidad y de la gravedad de los niños que se enferman por obstrucción bronquial. Y es realmente un problema que en la discusión que se lleva a cabo en la actualidad sea muy difícil lograr que aquéllos responsables por tomar decisiones lo hagan en el sentido de solucionar radicalmente este problema tomando en cuenta todo lo que requieren en términos de acción y concertación social. Me refiero al modelo de ciudad en que la gente quiera o pueda vivir, al modelo de transporte, es decir, todos los hechos de civilización que son los que están condicionando este fenómeno de salud y que no se discuten. Y no se discuten tampoco porque el modelo de pensamiento que está imponiendo la teoría neoliberal con sus análisis de costo-beneficio, costo-eficiencia y tasa interna de retorno de las inversiones, todos estos elementos que se han incorporado en el lenguaje de todo el mundo no incluyen un factor esencial para nosotros en salud pública que es el factor tiempo. Un economista neoliberal, si uno lo hace pensar a cinco años sufre una ecefalca, y si piensa a diez años atrapa una meningitis, y si ya uno se lo plantea a veinte años se le produce definitivamente un tumor cerebral. Frente a ese acontecer del desarrollo de modelos teóricos de pensamiento neoliberal y de búsqueda de soluciones a los problemas que vive la sociedad es donde nosotros tenemos una gran falla y es la de no ofrecer también una teoría consecuente.

Podemos decir que la salud está condicionada por fenómenos sociales, económicos, de comportamiento, de educación, de nivel de vida, de ésto y lo de más allá; pero es necesario que convirtamos eso en una noción que sea compartida y socialmente aceptada. Y también se requiere que socialmente se defina qué y cómo se hace lo que hay que hacer en salud. Como nosotros no lo definimos, la otra parte del modelo que se institucionaliza en nuestras sociedades, ni es modelo ni ofrece una teoría; ofrece una práctica donde da elementos de satisfacción al tiempo que introduce la salud en todo el manejo económico de los negocios. Y la salud se ha convertido en un buen negocio. El negocio de la salud es buen negocio pero es mala salud. Eso nosotros no podemos contrarrestarlo porque nos encontramos con todas las fuerzas que señalaba el Dr. Tejada y porque, frente a ese buen negocio que es muy concreto, muy real, nosotros no ponemos ni siquiera el esbozo de un cuerpo de ideas bien organizado, es decir, una teoría con todos los componentes ideológicos que pueda tener.

Dr. Badgley Han surgido con claridad las cuestiones atinentes al poder político que mencionó el Dr. Tejada, y que subyacen como una causa de preocupación a los comentarios del Dr. Sandoval, así como la necesidad de que nuestro campo de conocimiento y acción dé lugar a una política pública saludable. El Dr. Sandoval también ha arrojado el guante diciendo que no tenemos teoría, y que tenemos únicamente práctica. A lo mejor los académicos quisieran pronunciarse al respecto.

Dr. Nájera Creo que estamos llegando a uno de los momentos cruciales de la discusión. Estoy de acuerdo con el Dr. Sandoval en que hemos sido incapaces de generar una teoría. Probablemente la situación de crisis en que nos encontramos a finales de este siglo se debe a nuestra incapacidad de generar esa teoría. Si uno fuera absolutamente honesto en la crítica de su propia labor—como lo ha sido el Dr. Tejada—podría decir que este ha sido el *siglo perdido*, así como también se habla de la década perdida de los ochenta en cuanto al desarrollo económico. Estamos terminando de perder un siglo en cuanto al desarrollo teórico de la conceptualización de lo que es la respuesta social ante la salud. Puedo atreverme a decir ésto porque estamos intentando analizar cuál ha sido la tendencia del proceso. A lo mejor hubiera sido preferible analizar primero las tendencias antes de haber hablado de la situación. En cualquier caso, no es factible separar lo uno de lo otro, porque no podemos entender la situación sin mirar hacia atrás para ver cuál ha sido la tendencia y cómo han evolucionado los problemas y las formas de interpretarlos.

Brevemente quiero hacer dos citas, una del siglo XV y otra del XVI, para que veamos que no estamos descubriendo absolutamente nada, y menos yo. Cervantes, a finales del XVI, decía en boca de Euristela en *Pérciles y Segismunda*: “Los varones prudentes”—y espero que se incluyan las señoras—“por los casos pasados y por los presentes juzgan los que están por venir”. Ya en el siglo XVI y desde la literatura se ve cómo es necesario mirar hacia atrás para poder ir hacia adelante. Y la otra cita, que puede parecer cómica pero en realidad es trágica, es el epitafio de Don Gil de Robles y dice más o menos así: “Yace en este santo lugar el bienamado Gil de Robles que hizo este santo hospital pero antes hizo los pobres”. De nuevo está clarísimo que los problemas de la salud están allí donde Gil de Robles los hacía y permitía que se generaran. La génesis de los problemas está allí; no podemos buscarla en otro lado. Seguramente que a Don Gil le ayudó algún elemento biológico, pero lo que les quiero indicar con ésto es que tenemos que mirar verdaderamente lo que ha ocurrido, por lo menos en este último siglo de desarrollo o de intento de desarrollo de una teoría de la salud pública, para empezar a entender esta situación de crisis y para valorarla en sus dimensiones según las diversas ideologías, como lo decía muy bien el Dr. Tejada.

Indudablemente es imposible hacerlo de otra forma, y el que pretenda, como él muy bien decía, afirmar que es apolítico, que es aideológico, realmente está escondiendo o no quiere confesar su propia ideología. Si hemos llegado a una situación que para unos es de crisis profunda, mientras que para otros es de éxito total, quiere decir que hay algo que discutir.

En este siglo—que yo considero perdido—se nos presentan grandes éxitos de la salud pública, grandes logros, cuando en realidad se ocultan grandes fracasos, o cuando en la mayoría de los casos se cimentan los éxitos en falacias; falacias que por lo general tienen como base la pretendida ciencia de la epidemiología que no se ha desarrollado todavía como tal. No se ha desarrollado más que en la utilización de un nombre, probablemente porque Hipócrates, o Villalba, o Angelario lo utilizaban; pero es una ciencia que nunca ha cumplido su función. Hasta ahora la parte esencial de la palabra epidemiología, el “demos”, sigue sin desarrollarse; estamos haciendo epidemiología de lo individual, lo cual quiere decir que no estamos haciendo epidemiología. Entonces, la epidemiología puede ser en este momento la ciencia básica de las ciencias de la salud o de las ciencias de la salud pública pero sólo en teoría porque todavía en la práctica no existe; no se ha desarrollado. Estamos haciendo una “telepatología”, si así se puede llamar a lo que hacemos en cuanto al descubrimiento de la patología fuera del individuo, es decir, a las relaciones externas de la patología.

Al mismo tiempo nos estamos alimentando de los éxitos que reflejan los indicadores cuando muestran disminuciones en la mortalidad, disminuciones que luego son difícilmente explicables cuando los parámetros no se comportan como nosotros quisiéramos. En España se redujo la mortalidad infantil en los años más críticos y más negros de la posguerra civil, cuando todos los indicadores económicos cayeron por debajo de las cifras anteriores a los años veinte. Este fenómeno se ha repetido en algunos otros países en situaciones más o menos semejantes, como lo comentaba el Dr. Macedo al referirse a la disminución de las tasas de mortalidad a pesar de la crisis económica de la década de los ochenta. Sin embargo, se quieren ignorar esos parámetros para cimentar cambios teóricos y también falaces sobre el patrón epidemiológico, cambios que nunca ocurrieron, pero que se manejan como tal. El análisis de la situación exige de este colectivo que revise pormenorizadamente todo lo que ha ocurrido en este último siglo, o tal vez en siglo y medio, o tal vez en dos siglos, según se requiera con el fin de entender el fenómeno actual.

Lo que sí parece evidente es que hemos venido utilizando la enfermedad como un elemento negativo frente a la salud o al bienestar y la muerte, como elemento de poder; y cómo nuestra profesión, tanto la médica como la de salud pública, ha vivido de ella, por eso ha tenido que reforzar el paradigma del éxito de la reducción de la muerte o de la enfermedad para asegurar su poder. Cuando el Dr. Terris nos recordaba la definición de Winslow, en ella aparece uno de los elementos esenciales que nos están indicando esa deformidad de la que también hablaba el Dr. Tejada en cuanto al aumento de la vida—el obtener una mayor longevidad—cuando no hay teóricamente por qué aumentar la vida. Eso sería algo indudablemente para discutir, pero no se puede desear aumentar la vida cuando no sabemos lo que estamos aumentando.

En este momento podría ser importante abordar la existencia o no de una teoría de la salud pública, de una teoría pública de la salud que se pueda recuperar para desde allí construir lo nuevo, como se pudo talvez haber hecho a finales del siglo pasado cuando se comenzaron a sentir las raíces sociales de los fenómenos. Igualmente podríamos ver cómo, en esa lucha a la que aludía el Dr. Ferreira entre aquéllos tres grupos de conocimiento que competían en los Estados Unidos a principios de este siglo después de Flexner, triunfó una de las tendencias y no por casualidad, lo cual sin embargo desvió la posibilidad de construir una teoría de la salud pública.

Dr. Tejada

Muy brevemente yo quisiera decir, sin ánimo de entrar en discusión, especialmente con el Dr. Sandoval, que yo no creo que

hayamos vivido solamente una práctica de salud pública sin teoría. Pienso que hemos vivido una práctica de salud pública con una teoría no explicitada; pero que ha existido una teoría, no hay duda. En lo que sí estoy de acuerdo es que hasta ahora no hemos sido capaces de articular el inicio de una teoría diferente, nueva, si bien estamos dando los pasos necesarios en ese sentido.

El otro punto que quiero mencionar también es que hoy en día, para poder decidir qué es lo que se debe hacer no solamente hay que mirar hacia el pasado, sino también hacia el futuro. Existe un peligro muy grande de seguir consolidando ciertas cosas del pasado desde el momento en que estamos utilizando categorías de análisis del pasado, y a lo mejor eso nos impide entrar en nuevas áreas. Por ejemplo, actualmente—y esto se aplica tanto a salud como a otros campos—la clasificación de las acciones de la sociedad, y principalmente del Estado en función de sectores económicos y sectores sociales que sirvió en determinado momento para una distribución de responsabilidades, a lo mejor no tiene vigencia. Probablemente el sector salud, tal y como está definido, no corresponde a lo que debería ser un sector salud de acuerdo con una nueva teoría de la salud pública, y a lo mejor la división entre sectores económicos y sectores sociales, así tan tajante, es la que está condicionando precisamente el surgimiento de una serie de nuevas ideologías, o de nuevos planteamientos que privilegian lo económico y que le exigen a todo el quehacer social una serie de condicionamientos que solamente funcionan en el ámbito económico. Lo cual a su vez contradice la base fundamental de esos planteamientos económicos porque, al fin y al cabo, la economía está al servicio del hombre; sin embargo, en la práctica es el hombre el que está al servicio de la economía. Indudablemente, en mi país hoy en día se está produciendo una recuperación económica; la inflación ha disminuido significativamente, y ciertamente la reinserción en la economía mundial le podría permitir obtener créditos para la inversión. Pero ¿qué es lo que pasa con el costo social? El desempleo y el subempleo han aumentado, mientras que el poder adquisitivo de los salarios en un año se ha reducido en 25%. A los sectores sociales como la salud se les exige eficiencia, eficacia, retorno de inversión y todo lo demás. Nosotros, dentro del marco de una nueva teoría de salud pública, tenemos que replantear las cosas. ¿Por qué no se le imponen condiciones de eficiencia social o de eficacia social también a las políticas económicas?

Volviendo a lo que decía el Dr. Nájera, creo yo que hoy en día, para hacer un diagnóstico de situación que consolide lo que queremos cambiar, a lo mejor tendremos que escoger categorías de análisis que no correspondan al pasado sino a una idea; me refiero a lo que los franceses llaman una "imagen-objetivo" del

futuro que queremos alcanzar, lo cual tiene también una tremenda connotación ideológica.

Dr. Badgley

Me gustaría recapitular brevemente la discusión que ha tenido lugar sobre la evolución y tendencias en la conceptualización de la salud pública, y sobre los factores que determinan la situación actual, con el fin de hacer consideraciones de tipo operacional.

El Dr. Granda nos presentó un excelente paradigma provisional que trata de sintetizar los puntos más importantes de nuestros trabajos. También nos recordó algunos de los determinantes históricos como la medicalización, el dominio económico internacional y los poderosos intereses que se mueven en nuestro campo. Su presentación también abordó las dimensiones actuales que afectan la situación de salud globalmente, para pasar a ver tanto sus implicaciones particulares como generales. Entre las primeras el Dr. Granda identificó algunos de los elementos más preocupantes que afectan el estado de la salud pública en el mundo, y las agrupó en términos de sus consecuencias para la investigación, la educación y los servicios, colocando como trasfondo la atención primaria de salud, la descentralización y el medio ambiente.

En lo que se refiere a las implicaciones de carácter general, la síntesis del Dr. Granda abordó las dimensiones de la conciencia social y las tendencias hacia la democratización, junto con sus implicaciones en términos de la creación de esquemas de colaboración con las organizaciones comunitarias de la sociedad civil. Finalmente, en su resumen el Dr. Granda consignó el asunto no resuelto del ejercicio y el alcance del poder social en su relación con la salud pública, preguntándose qué influencia puede tener ésto en la configuración de las políticas de salud.

Por su parte el Dr. Tejada, en forma muy elocuente y precisa, señaló la necesidad de que haya una mejor comprensión sobre los elementos del poder social. También nos recordó que la teoría y la práctica deben de ir de la mano en la evolución de la salud pública, y fue enfático al puntualizar que la salud pública es una ideología, lo cual tiene que ser reconocido y explicitado.

El Dr. Frenk, uno de nuestros teóricos y líderes académicos más brillantes, nos dió un consejo muy sabio que creo debemos seguir. Nos recordó que el paradigma conceptual con el cual estamos operando involucra elementos ideológicos, sociales y ambientales, y que tenemos que comprender con claridad las interrelaciones y procesos dinámicos que allí se dan. También llamó la atención sobre las fronteras conceptuales y sobre la clase de público al cual nos queremos dirigir.

El Dr. Sandoval afirmó categóricamente que no tenemos ninguna teoría de la salud pública sino únicamente experiencia práctica. Su ejemplo sobre la polución del aire en Santiago nos

presentó un cuadro excelente sobre la irresponsabilidad en el campo de la salud pública y el liderazgo social. También nos recordó, al igual que lo hizo el Dr. Granda en su paradigma, que nos debemos centrar más en el rol que debe cumplir la salud pública en el desarrollo de una política pública saludable.

Finalmente el Dr. Nájera demolió varios de los íconos generalmente aceptados en salud pública, y retó nuestra integridad intelectual afirmando que el último ha sido un siglo perdido para la salud pública en términos de haber logrado avances. También afirmó que era una falacia que se usara la epidemiología como la ciencia básica de la salud pública.

Habría que ver entonces en qué quedamos. En primer lugar, estamos todavía divididos en cuanto a los factores que tienen que ver con la conceptualización de los elementos de la salud pública, y en segundo lugar, hemos abordado solamente en forma parcial los asuntos que surgieron del paradigma presentado por el Dr. Granda.

Creo, sin embargo, que hasta el momento hemos colocado sobre el tapete tres preguntas amplias. La primera es si estamos de acuerdo en cuanto a un marco de referencia conceptual para la salud pública. Por una parte tenemos el modelo de Alma Ata. Pero también hay otros, tal y como se refleja en los trabajos de los doctores Terris y Frenk. Históricamente estamos en deuda con Winslow, Mackewon y Roemer, entre muchos otros. Y creo que las preguntas que debemos abordar son las siguientes: ¿Puede un único marco de referencia conceptual contener un campo tan diverso como el de la salud pública en sus múltiples partes? También tenemos que prestar atención a lo que queremos decir con la palabra concepto. Una teoría es algo diferente. Pero para tener claridad sobre lo que es un concepto, busqué su acepción en los diccionarios Oxford y Webster. El primero lo define como "una idea de noción general", mientras que el segundo lo define como "una idea abstracta que tiene implicaciones universales; una idea que contiene los atributos esenciales de una clase o fenómeno". Entonces, ¿a qué nos referimos cuando hablamos de la conceptualización de la salud pública? ¿Existe en realidad alguna teoría, como se lo han preguntado los doctores Sandoval y Nájera? ¿Podemos separar la teoría de la práctica?

La segunda pregunta que tenemos que abordar la plantearía yo en los siguientes términos: ¿Qué tanto poder tiene la salud pública? ¿Es suficiente? ¿Cuál es la bondad de un poder subsumido en esta área y del mandato que nos hemos fijado para nosotros mismos? ¿Cómo podemos influenciar el desarrollo de políticas públicas sanas en el área de la salud pública? ¿Necesitamos más poder?

La tercera pregunta concierne al liderazgo, un asunto que fue abordado en los trabajos del Dr. Terris y otros. ¿Cuál es el papel

del liderazgo de la salud pública en la identificación de necesidades y prioridades? ¿Hasta qué punto puede operar la salud pública por fuera o a la vanguardia de su propio campo? Como sociólogo, creo que tenemos que entender mejor cómo es que la sociedad ha ido moldeando la salud pública, cómo ésta última le puede servir mejor a la sociedad, y cómo se puede crear un esquema de colaboración más fuerte. Yo creo que en lugar de tomar el camino de identificar necesidades para luego decirle al público cuáles son y lo que debe hacer al respecto, deberíamos hacer la misma secuencia pero en reversa. Y en vez de decirles, deberíamos mejor dialogar y escucharlos.

Dr. Terris

Hablamos mucho de la teoría pero, ¿qué es lo que queremos decir con eso? Yo creo que una teoría es una hipótesis basada en la experiencia. Si la teoría es correcta no solamente debería poder explicar la experiencia, sino que tendría que mostrar el camino hacia una práctica efectiva. Ahora, si fracasa en alcanzar tal objetivo, consideramos que la hipótesis es inadecuada y entonces buscamos hipótesis o teorías alternativas. La teoría y la práctica interactúan. La teoría se basa en la práctica y después la influencia.

Les voy a dar dos ejemplos desde el punto de vista de la epidemiología. En el siglo XIX se dio la controversia entre la teoría del miasma y la teoría de los gérmenes. Dos antagonistas: Farr, un teórico del miasma, y Snow, un teórico de los gérmenes. Farr sostenía que el hecho de que hubiera una incidencia tan alta del cólera en la parte baja de Londres cerca del río Támesis, mientras que ésta disminuía cuando se llegaba a la parte alta de la ciudad, se debía a que la afluencia venenosa del Támesis se diluía cuando llegaba a la parte alta. Snow, por otro lado, en su trabajo clásico sobre el cólera, criticaba el trabajo de Farr afirmando que su teoría ni tenía en cuenta los hechos ni se ajustaba a la realidad porque había muchos sitios altos donde había mucho cólera y otros localizados en la parte baja donde la incidencia era poca. Snow probó en forma definitiva que era el agua contaminada la causa principal del cólera en Londres.

Esta demostración de lo acertado de la teoría de los gérmenes tuvo lugar 20 años antes de que Pasteur y Koch la confirmaran mediante el descubrimiento de organismos, lo cual condujo a una práctica enormemente efectiva, a la edad de oro de la primera revolución epidemiológica, a la conquista de muchas enfermedades infecciosas.

La teoría de los gérmenes sirvió para poder explicar las enfermedades infecciosas y confirmó su efectividad en las medidas que se tomaron con base en la epidemiología. Pero después surgieron problemas cuando no pudimos explicar enfermedades como la pelagra y el beriberi con base en la teoría de los gérmenes. El beriberi constituye un ejemplo excelente. La teoría de

los gérmenes aplicada al beriberi prevaleció hasta 1910. Se encontraron entre 40 y 50 microorganismos causantes de esa enfermedad, sin que ninguno de ellos pudiera explicar el comportamiento del beriberi. Y finalmente se desarrolló una nueva teoría con base en la epidemiología del beriberi y enfermedades similares, y de la teoría de la deficiencia nutricional. Es así como obtuvimos una nueva teoría que explicaba el beriberi. Sabiendo que era una enfermedad de origen nutricional, se pudo contrarrestar corrigiendo las deficiencias de esa índole.

Los ejemplos aludidos indican la naturaleza del proceso. Con base en la experiencia desarrollamos una hipótesis. Tratamos de explicar con nuestras hipótesis la epidemiología de una enfermedad particular, y si las acciones basadas en tal hipótesis nos permiten prevenir la enfermedad, entonces la aceptamos como una teoría válida aceptada por la comunidad científica.

En la práctica de la salud pública hay una instancia de lo que yo considero una teoría exitosa. Ocurre en el campo de la atención médica y se refiere a la teoría de Henry Sigerist sobre los orígenes del seguro nacional de salud. Según Sigerist, con la industrialización surgió una clase trabajadora sin tierra u otra propiedad productiva, y sin ninguna seguridad en cuanto a empleo, enfermedad, atención médica, etc. Así es que tuvimos, primero, la industrialización; segundo, el desarrollo de una clase trabajadora con toda suerte de inseguridades; tercero, la formación de los partidos políticos que representaban a esa nueva clase, y cuarto, un evento desencadenante que representó una amenaza manifiesta para el orden social establecido. Me explico: Alemania pasó la primera ley del seguro nacional de salud en 1884, bajo los auspicios de un gobierno muy reaccionario como fue el de Bismarck. ¿Por qué? De acuerdo con el análisis de Sigerist, hubo una industrialización enorme en Alemania en ese tiempo, junto con el desarrollo de una clase trabajadora muy grande y la formación del Partido Socialista. Bismarck trató de destruir al Partido Socialista declarándolo ilegal. Pero la táctica no le funcionó porque el Partido Socialista continuó creciendo. Así que finalmente decidió matar el movimiento con suavidad, para eliminar de raíz el descontento que fomentaba la actividad de la clase trabajadora. La causa desencadenante fue precisamente la Comuna de París de 1870. Hablar sobre la Comuna de París era algo que creaba una tensión enorme dentro de las clases privilegiadas en Europa, preocupadas como estaban por el precedente que sentaba este primer intento organizado de derribar el sistema económico y político. Esto fue lo que hizo que en 1884 Bismarck creara el seguro nacional de salud y otras leyes sobre seguridad social.

Algo similar sucedió en Gran Bretaña, donde hubo una segunda revolución industrial en la última década del siglo XIX,

con el surgimiento de la electrificación, la formación de la clase trabajadora, y la formación del Partido Laborista a comienzos del nuevo siglo. Aquí la causa desencadenante fue la Revolución Rusa de 1905, la cual generó olas de temor en toda Europa. Y Lloyd George, que no era radical sino el jefe del Partido Liberal, creó el seguro de salud y otros mecanismos de seguridad social en 1911.

Sigerist señala que después de la Primera Guerra Mundial, en Europa surgieron otras formas de seguridad social que fueron adoptadas por muchos países del continente a raíz de la Revolución Rusa de 1917, la cual aterrorizó al establecimiento europeo. Yo sugeriría que el mismo proceso también ha tenido lugar en América Latina, y es por eso que ustedes tienen seguridad social y seguro nacional de salud.

Sigerist también se preguntó en 1943 por qué no existía un seguro nacional de salud en los Estados Unidos. Las condiciones ciertamente estaban dadas. Había industrialización y una clase trabajadora con tremendas inseguridades, sobre todo en cuanto a la atención médica. Estudios conducidos por el Comité sobre Costos de Atención Médica habían demostrado la falta de acceso a los servicios de cuidado de la salud por parte de grandes sectores de la población, lo cual había sido confirmado por las investigaciones realizadas por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos en los años treinta. Sigerist igualmente indicaba que el factor desencadenante, a saber, el temor al comunismo, era más fuerte en los Estados Unidos que en cualquier otro país del mundo. Solamente faltaba un ingrediente: la existencia de un partido político de la clase trabajadora. Es claro que los gobernantes realmente no tenían nada de qué preocuparse porque no había ninguna oposición política, y por lo tanto no tenían que hacer concesiones.

Por otra parte, me parece que la razón fundamental por la cual Canadá sí tiene seguro nacional de salud es precisamente el desarrollo de la Federación de la Mancomunidad de Saskatchewan y Manitoba, que posteriormente se convirtió en el Nuevo Partido Democrático, un partido socialdemócrata. Y fue el fortalecimiento de este partido político el que hizo que los liberales y conservadores de Canadá estuvieran en favor del seguro nacional de salud.

En los Estados Unidos todavía no tenemos seguro y dudo que lo tengamos hasta que exista un nuevo partido político. Pero, como Sigerist siempre advertía, la historia no siempre se repite. Está por verse si su hipótesis continuará siendo válida, según y como se desarrollen los acontecimientos en los Estados Unidos.

Por último quisiera referirme a la prevención y presentar una teoría muy tentativa al respecto. La teoría general es que las medidas preventivas representan la aplicación del conocimiento

epidemiológico a la práctica de la salud pública. Mi hipótesis inicial es que la adopción de tales medidas va a depender del siguiente complejo de fuerzas. Utilizo la palabra "complejo" también en el sentido de que no va a ser nada sencillo:

- La fuerza de la evidencia;
- la magnitud de los cambios que se requieren (esfuerzo, costo);
- la naturaleza de los beneficiarios potenciales;
- la naturaleza de los oponentes potenciales;
- la movilización de los beneficiarios potenciales;
- la contra-movilización de los oponentes potenciales; y
- la lucha política que da lugar a un resultado.

El principio básico de esta teoría es que, así como la epidemiología es diferente para cada enfermedad o tipo de lesión, la constelación de fuerzas es diferente para cada una de las medidas preventivas específicas. Y entre paréntesis agregaría que tal especificidad depende también de cada entidad política, sea esta una nación, una provincia, o una localidad. Tengo algunos ejemplos que paso a listar para demostrarles que cada uno de ellos se puede analizar en estos términos: aislamientos y cuarentenas los siglos XIX y XX; la vacunación contra la viruela; las medidas sanitarias en Inglaterra y en América Latina; el hábito de fumar, el consumo de grasas saturadas y colesterol, el control de la hipertensión, y los riesgos ocupacionales y ambientales.

Todos los ejemplos anteriores varían en cuanto a las fuerzas complejas de carácter social, político, económico e ideológico. Las cosas no se hallan en estado puro. En la sesión anterior, por ejemplo, se dio la tendencia de pasar de la economía a la mortalidad. Varios de los aquí presentes trataban de explicarse por qué, con la mala situación económica de América Latina, el panorama de la mortalidad había mejorado. Y se sorprendían de que no hubiera una línea recta entre una cosa y otra. El caso es que cada fracción de mortalidad se tiene que analizar en términos de su propia epidemiología; y su propia epidemiología no está basada únicamente en factores económicos. Me gustaría entonces que se debatiera lo que he expuesto hasta aquí.

Dr. Badgley

Me parece que hemos tenido una presentación muy elocuente y completa sobre el tema que nos ocupa. Quisiera hacer una pequeña anotación. Henry Sigerist tuvo una oportunidad inmediata después de su seminario de 1943 de poner en práctica algunas de sus ideas. A mediados de la Segunda Guerra Mundial fue invitado por el Parlamento Canadiense—el cual ya tenía elaborados algunos planes para introducir un programa amplio de seguridad social—para que expusiera su pensamiento frente a un

comité. Un año más tarde, cuando un partido socialcristiano rural ocupara el poder en la provincia occidental de Saskatchewan, ésta fue totalmente diezmada por la Depresión. Se trata de un área más bien agrícola que en aquella época dependía de las exportaciones de trigo. La economía y el nivel de vida cayeron en un 85%.

De modo que es interesante que el ministro baurista convertido en Primer Ministro invitara a Henry Sigerist a escribir un informe sobre la situación de seguridad social y a hacer las recomendaciones del caso. Ciertamente es que aún no las hemos seguido, y no creo que lo hagamos nunca porque sospecho que no hay tanta bondad en la sociedad canadiense. Con todo, es un bonito ejemplo sobre la oportunidad que él tuvo para ejercer su influencia sobre el diseño de políticas.

Dr. Frenk

La discusión que abre el Dr. Terris es muy interesante. Yo quisiera decir—siguiendo la línea en esta sección sobre tendencias y situación de la teoría de la salud pública—que en la tradición científica hay dos grandes vertientes. Por un lado hacemos construcciones mentales sobre el mundo, y por otro lado entramos en contacto con nuestra realidad externa. Las construcciones mentales asumen generalmente la forma de conceptos—como los definió el Dr. Badgley—o de teorías, que yo entiendo son conceptos interconectados a través de afirmaciones sobre relaciones de causalidad, y por lo tanto de allí derivamos hipótesis. Como lo planteó el Dr. Terris, las hipótesis demuestran su poder mediante la segunda vertiente del pensamiento científico, que es el contacto con datos de la realidad externa. Ese contacto puede asumir la forma de datos, sean éstos cuantitativos o de otra índole. La forma más común es a través de expresiones cuantitativas, pero también pueden ser manifestaciones cualitativas sobre la realidad. Lo importante es que el pensamiento científico comprende estas dos vertientes.

Sugiero entonces que la salud pública se ha debilitado cada vez que ha enfatizado una de estas vertientes a expensas de la otra. Todos conocemos ejemplos de investigaciones que proponen un reduccionismo empiricista, donde simplemente se recaban datos y quizás se establece alguna correlación, sin que éstos se incorporen en un marco más general de construcciones mentales de conceptos y teorías. Creo que mucha de la investigación que se hace en los Estados Unidos tiene esta característica. Sin embargo, también tenemos el problema de las vertientes de investigación que únicamente enfatizan las construcciones mentales y no solamente evitan entrar en contacto con la realidad de una manera verificable, sino que de hecho desprecian este contacto. Esta ha sido una corriente muy común en América Latina, en donde a veces se incurre en una adjetivación—por lo

demás incorrecta—de llamar positivistas a quienes buscan establecer relaciones con la realidad. Se que estoy haciendo una polarización que es mucho más compleja en la práctica, pero podemos ubicar estas dos fuentes de debilidad. Los ejemplos que ofrece el Dr. Terris ilustran lo mejor de la tradición científica en salud pública. En el caso de Snow, por ejemplo, a partir de una construcción mental bastante elaborada—no sofisticada sino elaborada y compleja—se logra una confrontación con hechos concretos de la realidad externa.

Quisiera proponer esta dualidad como un punto para el análisis de las debilidades de la salud pública en la Región de las Américas. Por último, quisiera ejemplificar esta debilidad con la forma en que muchos trabajos presentados al grupo de consulta utilizan algunos conceptos que se introducen en el discurso, no realmente como categorías analíticas, sino como elementos puramente ideológicos. Es el caso del concepto de medicalización; se lanza pero no hay ningún referente empírico que lo sustente; se utiliza como una palabra ideológica y no como una categoría analítica que permita confrontarlo con la realidad. Lo menciono ahora porque fue uno de los puntos que apareció en la síntesis inicial del Dr. Granda, y estoy de acuerdo con él en que es uno de los temas reiterados.

Me inspiró la intervención del Dr. Terris sobre Sigerist porque me preocupa sobre manera que la implicación lógica del discurso sobre la medicalización sea que los servicios médicos no tienen importancia y que tenemos que abandonar toda la lucha tradicional del movimiento de la salud pública por lograr, por ejemplo, seguros nacionales de salud o acceso universal. Esa es la consecuencia lógica de lo que Paul Starr llamó el nihilismo terapéutico. De hecho, en el trabajo del Dr. Nájera es casi un punto explícito.

Me preocupa la implicación práctica de este uso ideológico y no analítico del concepto de medicalización porque nos llevaría a la anterior conclusión. Y es curioso que sea justamente éste el argumento que han esgrimido muchos de los gobiernos más derechistas del mundo, incluyendo el de la Sra. Thatcher, para recortar los costos y los presupuestos: la idea de que finalmente no hay que medicalizar las cosas porque todo es un problema de conductas y en razón a eso podemos recortar. El maravilloso recordatorio que nos hizo el Dr. Terris sobre Sigerist y el poder analítico de su teoría, y sobre el surgimiento de los seguros nacionales de salud, debería hacernos reflexionar sobre la validez del uso de conceptos sin que se les confronte de manera metodológicamente rigurosa con hechos de la realidad.

Dr. Nájera Yo creo que es importante reflexionar nuevamente sobre lo que supone la evolución de los conceptos y de las teorías alrede-

dor del tema que nos ocupa. Creo que la exposición de Dr. Terris seguramente nos hará reflexionar sobre la necesidad de hacer un análisis histórico de las teorías y de las prácticas, sobre todo en este último siglo. Ciertamente todo no empieza con Snow, ni mucho menos. Además, habría que analizar eso con un sentido mucho más crítico, agudo y capaz de enseñarnos algunos elementos importantes en el desarrollo de las teorías.

El conflicto Farr-Snow no está resuelto. El conflicto Farr-Snow no hizo otra cosa en aquél momento que darle un pequeño éxito a Snow; sin embargo, su teoría tardó casi setenta años en convertirse en una auténtica práctica. Hoy leemos la historia de una forma muy simple, muy amontonada, muy compacta, pero no fue así. Tanto, que realmente hasta Flexner, es decir, hasta 1910, no penetra de verdad toda la teoría de la infección y la teoría biológica de los gérmenes. Esta fue impulsada, no por la teoría de Snow, sino por una nueva industria que nació: la industria farmacéutica, la industria de los medicamentos. Es decir que la historia, el desarrollo de las teorías y de las prácticas que de aquéllas se derivan, es enormemente compleja. Si Snow tuvo éxito diciendo que la causa principal del cólera era el agua, yo estoy totalmente en desacuerdo. Estaba mucho más cerca Farr que andaba rondando, aunque no llegó, a la pobreza. La causa del cólera no era el agua: era la pobreza. El Gil de Robles que yo recordaba con su hospital, repetía la misma historia con siglos de anticipación. Con la pelagra más o menos ocurre lo mismo; es decir, no es el éxito de la teoría lo que lleva a Goldberger a encontrar que por fin la pelagra puede resolverse. Esta había sido resuelta desde el punto de vista práctico por Casal, más de cien años antes, en Asturias, mediante un estudio epidemiológico, es decir, de población, y no un estudio de casos.

Indudablemente esto nos está demostrando que las cosas no son blancas y negras, y que ninguno está en posesión de la verdad. Estamos buscando formas de entender los procesos que estén de acuerdo con los momentos históricos, y muchas veces los momentos históricos pierden su impulso de progreso para entrar en una vía muerta. Por eso yo me atrevo a insistir en que este ha sido un siglo perdido. Esto en términos de avanzar de aquél momento a que nos habían llevado un Casal, un Virchow y tantos otros, hacia las raíces, hacia los nichos ecológicos y sociales donde se están produciendo los fenómenos de pérdida de salud, para lograr un entendimiento mucho más holístico, mucho más completo. De estas discusiones podría surgir la necesidad de que verdaderamente nos esforzáramos, nos comprometiéramos a estudiar la historia de una manera menos simplista.

Yo no sé si me atreva a opinar sobre la incapacidad de los Estados Unidos para desarrollar en su momento un sistema de

servicios de salud que comprendiese a la mayor parte de la población. Creo que a Sigerist le faltó pensar que los trabajadores en este país eran completamente distintos a los trabajadores del otro lado del Atlántico; aquí eran migrantes, aquí eran Sacco y Vanzetti, aquí podían ser fácilmente eliminados del contexto político. Entonces la evolución sindical es totalmente diferente a la de la lucha social que ocurría en Europa. Por eso probablemente no hizo falta en este país una respuesta desde el gobierno para atender las peticiones de salud de los trabajadores.

Si yo previamente decía que le había faltado una base teórica a nuestra práctica es porque precisamente pienso que hemos carecido de esa ciencia fundamental, la epidemiología. Creo que además de hacer la epidemiología de lo individual, lo que tenemos hasta ahora es la epidemiología de la enfermedad o de las enfermedades. Primero hacemos la construcción teórica y decidimos lo que es una enfermedad para luego buscarle unas supuestas causas a través de la epidemiología, cuando realmente estamos simplificando; estamos acotando el problema, muchas veces con límites absurdos. Cuando separamos el cólera de otras enfermedades diarreicas estamos introduciendo elementos acotadores que nos están impidiendo ver el conjunto de la realidad. Cuando separamos cánceres de otros problemas nos está ocurriendo lo mismo.

Necesitamos retomar visiones más de conjunto para intentar saber lo que está ocurriendo en las poblaciones y poder llegar a un entendimiento de los procesos que ocurren. Es por eso, por ejemplo—y se ha mencionado aquí varias veces—que el análisis de la mortalidad por causas predefinidas por nosotros nos lleva a tantos errores. Cuando decimos que se está disminuyendo la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y lo consideramos como un éxito, nos estamos olvidando de que a lo mejor estamos cometiendo un error porque estamos ignorando que la mortalidad es un fenómeno necesario. En todo el desarrollo de la teoría de la salud pública hemos partido de una base absolutamente falsa, como si la mortalidad fuera un fenómeno prevenible y no hubiera que contar con una mortalidad obligada y necesaria. Deberíamos estudiar y analizar ante todo cuál es esa mortalidad y no desviar nuestra atención tratando de prevenirla, para dedicarnos a buscar los fenómenos que están afectando verdaderamente la calidad de la vida, como suelen ser las enfermedades de la edad media del ciclo vital, y no las enfermedades de la parte final de la vida. En definitiva, lo que sí debería preocuparnos, lo que sí debería obligarnos de alguna forma a seguir trabajando, es el análisis de la evolución de los conceptos y las teorías. Esto para poder derivar de allí reflexiones que nos sirvan para elaborar una nueva teoría en el futuro, o para reconstruir lo que tenemos en este momento.

Dr. Paim La presentación del Dr. Terris genera algunas otras preguntas sobre ese campo de la teoría de la salud colectiva, de la salud pública. Cuando pensamos que la salud pública ha trabajado desde sus orígenes con diferentes denominaciones, con la cuestión de la intervención del Estado, y orientada hacia el conjunto de las poblaciones, podríamos de alguna forma prever la imposibilidad de tener una teoría para la salud pública. Precisamente por su naturaleza dual de reflexión e intervención—como lo sugerían las palabras finales del Dr. Nájera—podríamos tener tantas teorías sobre la salud pública como visiones haya sobre el asunto de la intervención estatal o de los conjuntos sociales, es decir, de qué maneras se puede entender la sociedad, así como la relación de ese Estado con esa sociedad. Las teorías que se construyeron sobre esos dos conceptos estuvieron sujetas a las influencias de los momentos históricos en que fueron pensadas. Son teorías que están marcadas por las ideologías que competían por las prácticas de los hombres, y por las necesidades de intervención para reproducir la sociedad de una determinada manera.

Una posibilidad a la que nosotros debemos estar abiertos es que no haya vigilancia epistemológica que dé cuenta de la cuestión de la salud pública. Por su propia naturaleza, por su propia inserción en las prácticas sociales, la salud pública siempre va a estar marcada por la existencia de una serie de teorías que compiten por explicar esta realidad. Tratándose de un campo interdisciplinario, varias disciplinas podrán contribuir a ello. La misma epidemiología, que es una disciplina básica de la salud pública, viene sufriendo progresivamente cuestionamientos desde la perspectiva de sus estatutos epistemológicos, los cuales no están resueltos. Aun si ésta hubiese posibilitado una intervención técnica, desde el punto de vista del propio conocimiento, del propio concepto de sus métodos y de sus técnicas, todavía tiene puntos de interrogación. De modo que cuando nosotros vemos la cuestión de las intervenciones prácticas de la salud pública, esas intervenciones se dan en diferentes espacios. Tenemos un espacio más general, un espacio de una formación social que no se puede explicar, un espacio a través del conocimiento de la teoría epidemiológica, ese espacio social que nosotros tenemos que examinar como movimiento, como historia. De la misma manera es imposible—y allí entiendo la preocupación del Dr. Frenk—explicar el comportamiento de bacterias y virus a partir de un referencial implícito en relación a la historia o al desarrollo histórico. Eso sería una equivocación desde el punto de vista epistemológico.

Existen diferentes niveles de análisis, de lo general a lo particular y a lo singular, y también diferentes niveles de profundización de la realidad. Desde el nivel empíricamente más observable (una muerte, una dolencia, sea ello cuantificado o no por

indicadores) hasta otros niveles más profundos donde se encuentran las reglas básicas de la sociedad—para usar una expresión de Carlos Matus—que no aparecen tan evidentes ante nuestros ojos. En la medida en que podamos construir por lo menos esquemas o paradigmas que contemplen esos diferentes niveles, esos diferentes espacios, podríamos evitar que cuestiones que están en un plano determinado se transfieran a un nivel más simple, o que aquéllas que están en un nivel más amplio se coloquen en un plano menos complejo. Estas son situaciones que tendríamos que examinar en cuanto a esa preocupación de entender la salud pública como un campo epistemológicamente puro, aunque no tengamos todavía las respuestas necesarias. En esa área de insuficiencia teórica, en esa área de indagaciones epistemológicas, nosotros tenemos mucho que hacer si es que consideramos esos diferentes niveles de análisis y de intervención.

Dr. Ibrahim

Quisiera aterrizar la discusión para abordar asuntos un poco más prácticos relacionados con la teoría y la práctica de la salud pública. Se trata de la dicotomía entre una y otra, similar tal vez a la que confrontamos cotidianamente en las instituciones académicas entre la investigación y la enseñanza, por una parte (o lo que podríamos llamar los esfuerzos académicos), y la práctica profesional y el servicio público, por otra. En los últimos 10 ó 20 años tal dicotomía se ha hecho más compleja en las instituciones académicas, en la medida en que las escuelas de salud pública están inmersas en universidades que han hecho de la investigación su función primaria. Así, el profesorado que lleva a cabo trabajo de investigación y enseña en una institución académica obtiene ascensos y reconocimientos, mientras que el profesorado que se dedica a la práctica profesional o al servicio público generalmente no recibe ese mismo tipo de incentivos.

Traigo a colación este asunto porque, por lo menos en los Estados Unidos, no hemos podido convencer al profesorado que ejerce su práctica profesional de que lo que está haciendo es tan importante como lo que hacen quienes se dedican a la investigación. Y por eso a veces se nos acusa de ser un tanto hipócritas, pues insistimos en que la investigación, la enseñanza y el servicio público tienen la misma importancia, y en que el proceso se regirá de acuerdo con este principio. En la práctica, sin embargo, es el profesorado que se dedica a la investigación el que recibe los ascensos más rápidos.

Por lo tanto, lo que decimos y lo que hacemos crea una brecha de credibilidad en las instituciones académicas de salud pública. La respuesta a este problema no es sencilla, y algunos de nosotros en varias universidades estamos tratando de hacerle frente. Me parece que un elemento clave de la solución sería elevar la práctica y el servicio público a un status académico, otorgándole un título de doctorado a

quienes se dediquen a ello para que sean respetados en las instituciones académicas. Creo, pues, que el asunto de la práctica investigativa de carácter académico versus el servicio público es un problema concreto que se presenta en las instituciones de formación, por lo menos en los Estados Unidos.

Dra. Spinola

En mi concepto existe una teoría de la salud pública—teoría como un conjunto de conceptos probados—si bien ésta puede o debe ser enriquecida con algunos nuevos conceptos. Ese enriquecimiento de la teoría se daría en función de los vacíos y necesidades existentes, y en razón a los cambios en los sistemas de salud y en la situación de salud de la población. También considero como premisa cierta que todo conocimiento existente o producido tiene una base ideológica, conciente o inconciente, porque el conocimiento mismo se genera en un determinado medio social. Como dicen los sociólogos, estamos todos sujetos al proceso de socialización, es decir, impregnados de los valores culturales del momento histórico, de la situación en que se vive. Pero el hecho de que exista un fundamento ideológico detrás de las teorías no invalida su aplicación.

Lo que me parece importante señalar es cómo, existiendo teorías para la acción o para la práctica, su aplicación adolezca de dificultades. Yo diría, sin embargo, que estas dificultades son normales, en la medida en que la utilidad de un nuevo procedimiento implica cambios, y todos los cambios están asociados a un proceso de resistencia mayor o menor que proviene de varias fuentes, sean ellas políticas, ideológicas, o académicas. Tendríamos que pensar un poco en cómo administrar esas resistencias naturales para cualquier proceso de cambio, provengan del sistema político, del sistema de salud o de los administradores sanitarios. ¿Dónde se localizarían esas resistencias o barreras? Me parece que se podrían ubicar en tres puntos: en los responsables por la toma de decisiones, en los responsables por llevar a cabo la modificación del caso, y en la población misma, la cual, como ya se dijo aquí, tiene su forma propia de pensar y reaccionar. Para cada acción preventiva de salud pública hay una constelación de fuerzas diferentes, en el tiempo y en el espacio, y por lo tanto existe la necesidad de crear una teoría de la salud pública que desarrolle conceptos, estudios, e investigaciones que llenen, también en determinado tiempo y espacio, las lagunas existentes. Pienso entonces que existe una teoría de la salud pública que requiere que se le considere en su propio contexto, siempre teniendo en cuenta que su aplicación va a generar alguna resistencia por parte de algunos grupos.

Dr. Terris

Permítanme darles algunos ejemplos concretos. Me refiero al aislamiento y cuarentena del siglo XX, y al trabajo de Charles

Chapin. A principios del siglo XX, ya era claro para los microbiólogos y epidemiólogos que, en el caso de muchas enfermedades infecciosas, nos enfrentábamos con infecciones no evidentes. Esto fue analizado por Charles Chapin, un practicante que durante 30 o 40 años fue Oficial de Salud en Providence, Rhode Island. Chapin escribió un libro titulado *Sources and Modes of Infection*, un clásico de la epidemiología americana donde sostiene que, de acuerdo con los hallazgos de esta nueva epidemiología—el descubrimiento de infecciones no evidentes—el aislamiento y la cuarentena no funcionaban para el caso de muchas enfermedades, porque éstas no estaban siendo transmitidas por portadores sintomáticos sino por personas que no estaban enfermas. Alrededor de 1914, las ciudades fueron abandonando el aislamiento riguroso y la cuarentena que ordenaba el código sanitario: el trabajo de Chapin causó una verdadera revolución en la práctica sanitaria.

Veamos ahora este caso desde el punto de vista de las siete fuerzas involucradas. Primero, aquí la fuerza de la evidencia era clara y sólida. La magnitud del cambio requerido era mínima; de hecho, significaba únicamente abandonar actividades costosas y poco efectivas que representaban más bien una molestia para el Departamento de Salud y para la gente, y no servían de mucho. En cuanto a los beneficiarios potenciales, se trataba de la población en general. Los oponentes eran los burócratas que se aferraban a sus antiguas formas de pensar y operar, lo cual ocurre siempre que se proponen cambios. La movilización de beneficiarios no requirió que Chapin se dirigiera al público sino a los expertos, a los encargados de tomar decisiones, a los alcaldes, y también a la comunidad científica de la salud pública con un libro mediante el cual se difundieron las novedades al respecto. Chapin también hizo mucho trabajo experimental y demostró que cuando él suspendió el aislamiento y la cuarentena en Providence, la tasa de incidencia de la enfermedad no se elevó. Los oponentes potenciales eran precisamente los funcionarios ignorantes de la salud pública, quienes fueron ganados para la causa. Aquí la lucha política fue mínima y el resultado se produjo de manera rápida y efectiva. Este es el primer ejemplo.

Otro ejemplo, aunque un poco más difícil, es el de los riesgos ambientales y ocupacionales. Y el Dr. Sandoval aquí puede atestiguar lo que digo. La fuerza de la evidencia para algunos riesgos es muy fuerte, mientras que para otros es dudosa. Vamos a hablar del campo de la industria en general, y dejaremos de lado el medio ambiente para concentrarnos en el aspecto ocupacional. Los beneficiarios potenciales son los trabajadores fabriles. Los oponentes potenciales son los industriales, los gerentes. Y esto de la naturaleza de los oponentes es clave porque se trata de personas poderosas que tienen una gran influencia en el

gobierno estatal, local y federal de los Estados Unidos. La movilización de los beneficiarios potenciales requirió que el movimiento laboral luchara porque se pasaran leyes sobre el derecho a saber. Y han logrado que se les garantice el derecho de saber cuál es el daño potencial de las sustancias que manejan en las fábricas. La contra-movilización de los oponentes se dio de la siguiente manera. Cuando Reagan llegó a la presidencia, su administración trató de dismantelar la Oficina de Administración de Salud y Seguridad Ocupacional (OSHA); la debilitaron, disminuyeron el número de inspecciones, y así sucesivamente. ¿Por qué? Pues por el inmenso poder político que tenían las grandes industrias que apoyaban la presidencia de Reagan. La lucha política continúa y el resultado hasta ahora no ha sido muy bueno para la salud pública. Así es como yo analizaría esta situación en los Estados Unidos. Y creo que podría decirse lo mismo de muchos otros países, donde predomina la confrontación entre el capital y el trabajo. He discutido este asunto con académicos que se desempeñan en este campo y ellos sienten que están en una posición muy difícil. Se hallan en el medio de dos fuerzas formidables: el capital y el trabajo. En fin, creo que cualquier medida de salud pública se puede analizar en el marco de los 7 puntos que he esbozado, aunque el resultado será distinto para cada una de ellas según el país y las circunstancias locales.

Dr. Badgley Un elemento que podría introducir el Dr. Terris, y que es de gran preocupación en Canadá y los países del Caribe y América Latina, es la internacionalización del mercado, evento que le quita mucha autonomía a la fuerza laboral.

Es afortunado que el Dr. Granda, quien inició esta reunión con un paradigma provisional, haya ido revisándolo de acuerdo con la evolución de nuestras discusiones. A continuación nos ofrecerá una breve sinopsis como prólogo a la siguiente sesión, la cual versará sobre las tendencias de la práctica.

Dr. Granda Con el fin de que podamos retomar algunos de los elementos que traían los documentos preparados por ustedes, la Secretaría ha creído conveniente que, así como lo hicimos en la primera sesión, se rescaten las ideas surgidas en esta segunda sesión sobre las tendencias de la teoría. El Dr. Feo y yo hemos tratado de hacer una síntesis que, si bien es esquemática, podría ayudarnos a comprender mejor lo que se ha dicho hasta ahora, con el fin de ver si es que podemos colegir, o acercarnos en los puntos divergentes que existen. Asimismo queremos ver cuál es el aporte que podríamos sacar de cada uno de los planteamientos teóricos, con la intención de encontrar un espacio más amplio para la salud pública. Haciendo énfasis esta vez en la parte teórica, con-

tinuaremos con el mismo esquema (ver página 63), el cual se deriva de sus propios trabajos.

Quisiera comenzar con una frase que aparece en el documento de introducción presentado por el Dr. Ferreira, y que dice lo siguiente: "Crisis es un momento de verdad en el que el objeto se aferra al espacio actual y a la emergencia evolutiva de un espacio potencial". Creo que en América Latina, como lo propuso en su intervención la Dra. Spinola, tenemos una teoría, una teoría que estamos buscando reformar desde múltiples campos para que nos dé mejores contestaciones a los nuevos problemas que van surgiendo. Los doctores Terris y Paim también estarían de acuerdo con este planteamiento. Es decir, tenemos una teoría básica y estamos buscando reformulaciones. Entonces, si es que esa teoría se mueve en un espacio actual, como un mundo de lo significativo, y de allí queremos salir hacia el futuro, tenemos una visión que está surgiendo desde múltiples espacios. He tratado de pintar estos planteamientos en verde, el color de la esperanza, para ver si ésta también está en crisis, como lo decía el Dr. Nájera.

En algunos de los trabajos de ustedes hay un énfasis bastante grande en la aprehensión, mientras que en otros el énfasis está en la explicación. En el ámbito de la explicación, creo que hay documentos que más que nada tratan de validar o demostrar, mientras que otros buscan la transformación y por lo tanto se concentran en la eficacia. Este sería un punto bastante importante para analizar porque la ciencia en nuestro quehacer, en la epidemiología y en la salud pública, ha estado muy consolidada a través de lo que es la validación. Por lo tanto, la lógica construida—que es una lógica aristotélica inductiva—pasa a ser el elemento de validación de lo que es verdadero y lo que es falso. Ahora bien, esta lógica, como nos explicó el Dr. Terris, fundamentalmente ha estado basada en los grandes avances que se han hecho desde la epidemiología en el plano del estudio de lo biológico y en la teoría del Estado como administrador.

El Dr. Frenk, pedía que separáramos lo que es nuestra disciplina, lo que es una acción del Estado y lo que es la población, mientras que el Dr. Alberto Pellegrini decía que lo viéramos junto. Yo creo que es conveniente verlo junto, porque separadamente la salud pública tendría un pensamiento sobre la salud-enfermedad centrado alrededor de lo biológico, que es lo más tradicional. Segundo, un pensamiento sobre el quehacer sería un quehacer administrativo, que no es más que una teoría de la acción de la política del ejecutivo. Sólo estamos embarcados en una interpretación epidemiológica y somos políticos, somos políticos de un ejecutivo, de un poder ejecutivo. En esa medida la salud pública es una suma de un planteamiento sobre la salud, de una teoría de la acción, una teoría de la acción de administra-

ción sobre la base de una política central de un Estado. Si es que es así, lo que se nos pide siempre es eficiencia; no tanto eficacia, sino eficiencia. Esa eficiencia la logramos a través de la tecnología, tecnología que tiene que introducirse en la investigación, en la organización, en la gestión y en la docencia. Si vemos el planteamiento de Winslow o el planteamiento que se hace en cualquiera de los campos, de eso se trata.

Ahora bien, ¿de dónde vienen las críticas? Las críticas vienen desde un punto de vista de la aprehensión que ustedes plantean en los documentos de forma diferente. Hay documentos en donde se hace una crítica sobre lo que es el abordaje de lo biológico y del sentido de lo biológico. Se hace una crítica diciendo que únicamente se ha tomado al hombre como máquina, al individuo como máquina, y no se le ha tomado como signo. En otras palabras, se le ha dado un especial peso a la biología pero no se le ha dado al sentido, no se le ha dado al aspecto humano. En esa medida la biología, según uno de los documentos, ha constituido un ente y este ente ha olvidado las relaciones que están ancladas en la cultura y en las entidades mediadoras en sí. O sea, la crítica que hacen algunos documentos, sobre todo uno, es que la biología fundamentalmente ha tomado la parte del cuerpo que es la entificación biológica.

¿Cuál es la otra crítica que se hace en los documentos? Se dice que la salud pública tiene que ver con el Estado y la sociedad, y por lo tanto se interpreta que el planteamiento estatal es un planteamiento dominante, razón por la cual hay que buscar en la sociedad misma la forma cómo se trabaja y sobre todo la práctica, porque en la práctica estaría la posibilidad del significado y del signifiante; en la práctica estaría como significado el mundo en el que nos movemos, y como signifiante o como sentido la acción que nosotros proponemos para transformar. Esta práctica estructura relaciones y estas relaciones podrían constituir un Estado; una suma de relaciones que sería un Estado interpretado en sentido lato.

¿Cuál sería el planteamiento que está haciendo la salud pública en este momento? Yo no lo encuentro. Hay una crítica muy fuerte, pero yo no encuentro una práctica. Porque de lo que se trata es de hallar este espacio potencial al que alude Bejin, de crear una nueva fuerza o poder, o un Estado diferente. Estaríamos en la reflexión sobre el poder: los siete pasos que sugería el Dr. Terris. Este poder sería un poder distinto que humanice a través de la participación, de la democratización de la conciencia y de los movimientos sociales, como se ha dado en el caso del movimiento sanitario al que se refería el documento de Brasil.

Desde este poder distinto se podría crear una nueva tecnología: no una como la que ya existe y que constituye el imperio de las cosas sobre los hombres, sino una que dé lugar al imperio de

los hombres sobre las cosas. Entonces se trataría, no de negar el planteamiento epidemiológico y administrativo de la salud pública, sino de enriquecerlo; enriquecerlo desde un planteamiento de poder distinto. El espacio de lo actual, como siempre ocurre, es un espacio de un planteamiento paradigmático mucho más fuerte y más establecido, mientras que el espacio verde de la búsqueda todavía no tiene todas las categorías resueltas. El Dr. Badgley hace un planteamiento sobre participación, de lo que falta, y encuentra muy poco de lo que tenemos para hacer una participación distinta en salud. La democracia queda como un planteamiento, porque no hay una instrumentación clara de lo que sería la lucha democrática para construir una nueva tecnología, si es que se quiere que la epidemiología salga de su biologismo y que la administración salga de su instrumentalismo. Durante veinte años en América Latina se ha estado llevando a cabo una reflexión al respecto, y todavía queda una gran cantidad de planteamientos inacabados, tanto teóricamente como en lo que se refiere a sus elementos prácticos operativos.

En fin, hemos tratado de hacer una interpretación de los documentos, y es posible que hayamos dejado muchas cosas por fuera. Pero al menos hemos hecho un intento.

**TENDENCIAS
DE LA PRACTICA**

*Moderadora:
Dra. Aracy Spinola*

Dr. Frenk Cuando hablamos de la práctica, espero que no nos estemos refiriendo solamente a la acción directa de los individuos que se dedican a la profesión de la salud pública, sino también a la construcción y desarrollo de las instituciones que permiten el trabajo de esos individuos. Realmente hay un continuo entre el desarrollo de las teorías y los conceptos básicos de la salud pública, y la práctica. Sin embargo, existe este espacio intermedio, esta mediación que son las instituciones, las organizaciones que construimos y que desarrollamos para que pueda haber generación de conocimiento y práctica. En términos de la división que yo hago en mi trabajo, y a la que me referí anteriormente, creo que estamos hablando tanto de las instituciones que se dedican a la producción y a la reproducción del conocimiento, como a la interfase entre estas instituciones y aquellas que se dedican a desarrollar programas de salud pública.

Quiero empezar con esto porque de alguna manera lo que voy a mencionar es un poco más amplio que la práctica, entendida ésta como la acción de individuos específicos. Insisto en que tenemos que rescatar este espacio, esta intermediación que hacen las instituciones. Y lo enfatizo porque a mí me preocupa que esta conferencia no llegue a hacer recomendaciones concretas y que se desgaste en cuestiones relativamente generales como muchas de las que se han estado discutiendo hasta ahora. El siguiente reto es ver cómo traducimos eso en acciones específicas que nos permitan elevar el nivel de la salud pública en nuestros países. Aquí vale la pena señalar también la heterogeneidad de los trabajos, que creo refleja también la heterogeneidad de las preocupaciones de los autores. Varios de ellos son académicos, pensadores, o funcionarios internacionales, pero no están directamente involucrados en el proceso de la construcción de organizaciones e instituciones de salud pública. Yo, que sí vengo de este proceso, lo tengo como preocupación central. Por eso quiero que se entienda también que los que sí estamos en la trinchera de constituir instituciones que produzcan cosas socialmente útiles, y que dependemos de esa validación social para obtener nuestros recursos, necesitamos aterrizar la discusión. Debemos bajar a un nivel mucho más concreto porque sino ésto habrá sido simplemente un ejercicio intelectual sin trascendencia alguna.

Como puente hacia las cuestiones directamente relacionadas con la práctica, quiero tocar un último punto que se discutía en la sesión sobre la teoría. Así como creo que es negativo el reduccionismo biológico, pienso que también lo es el reduccionismo sociológico. El Dr. Paim lo planteó muy bien cuando sugirió que estamos hablando de distintos niveles en la teoría. En mi opinión, la riqueza distintiva de la salud pública está en su capacidad de incorporar los varios niveles y, volviendo al comen-

tario que hacía con anterioridad, en la capacidad de integrar las ciencias biológicas, las ciencias sociales y las ciencias del comportamiento alrededor de objetos específicos. Espero pues que en la relatoría final y en las recomendaciones se pueda capturar la necesidad de esta visión un poco más tolerante y más abierta, menos dogmática que la que aparece en varios documentos que tienden a descalificar las visiones diferentes a la propia. Si algo debe caracterizar a la nueva salud pública es justamente la posibilidad de tener esta perspectiva mucho más integral y no exclusionista, de tal manera que bajo un mismo techo coexistan y colaboren—como nosotros lo tenemos en nuestro Instituto en México—científicos biomédicos, epidemiólogos y científicos sociales en la formulación de teorías que explican los distintos niveles del proceso. La riqueza de la salud pública está en su capacidad de integrar niveles de análisis; si decimos que la única teoría válida es la que opera en la explicación de los fenómenos macrosociales—eliminando del campo de la salud pública la explicación de fenómenos en otros niveles de análisis—yo creo que estamos empobreciendo el área.

Con respecto a la práctica, creo que el reto es crear además instituciones que permitan una interacción no exclusionista y no dogmática de los distintos enfoques de la salud pública, rompiendo tanto con las teorías como con las prácticas hegemónicas que se han instituido con base en la exclusión de otras. Yo en mi trabajo afirmo que la salud pública siempre se ha visto como un campo de conocimiento y un ámbito para la acción. Como campo de conocimiento, yo la defino como la aplicación de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento a la comprensión de todos los fenómenos de salud en las poblaciones, reiterando aquí la idea de que la característica distintiva de la salud pública es el nivel de análisis poblacional. Como campo para la acción, la salud pública comprende también la perspectiva poblacional e incluye la movilización de todos los recursos, especialmente la información y sus sistemas de difusión, para cumplir con los objetivos expuestos en la definición de Winslow-Ferris, a saber, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y también la organización integral de todos los servicios de salud, incluyendo los de tratamiento y rehabilitación.

El gran reto que tenemos ciertamente en América Latina es construir instituciones de alta calidad, y creo entonces que es crítica la certificación de las instituciones formadoras de recursos humanos que, como lo dijo el Dr. Ibrahim, son los agentes de la práctica de la salud pública. A mí me preocupa la explosión reciente de ese tipo de instituciones y organizaciones en América Latina. El Dr. Ferreira nos habló de 70 o algo así en Argentina; en otros países no sabemos. En México también ha habido un crecimiento súbito, cuando al mismo tiempo carecemos de

mecanismos de control de la calidad en la enseñanza.

Ojalá podamos aterrizar nuestras discusiones más abstractas en puntos concretos referentes a las demandas que nos está haciendo hoy en día la institucionalización de la salud pública, que consiste en la creación de organismos tanto para generar conocimiento como para actuar sobre la realidad. Allí también hay otro aspecto que deberíamos discutir, mencionado previamente por el Dr. Ibrahim. Se trata de la necesidad de crear estructuras de carreras e incentivos en las instituciones cuya misión central es producir y reproducir el conocimiento, para que se le dé el peso específico a la interacción con la toma de decisiones, es decir, con la utilización del conocimiento. Cuando hablamos de toma de decisiones no nos referimos únicamente al funcionario público, ni hay que reducir la práctica de la salud pública a los espacios creados por el gobierno. En este proceso de enriquecimiento del conocimiento y en la institucionalización de los mecanismos para lograr su utilización hay una interacción mucho más rica—cada vez más evidente en los institutos y escuelas de salud pública—con organismos de la sociedad civil como organizaciones comunitarias, partidos políticos, sindicatos. Desgraciadamente, nuestras estructuras académicas no reflejan ni valoran este puente extraordinariamente importante.

Resumiendo, propondría entonces que se discutieran estos dos temas que planteó el Dr. Ibrahim y que son críticos: el de la creación de mecanismos específicos y concretos para asegurar la calidad de las instituciones, sobre todo las que están encargadas de la formación de recursos humanos, y la creación de estructuras e incentivos de carrera que permitan la profesionalización de la investigación y la enseñanza en salud pública, y a la vez valoran el nexo con la utilización del conocimiento.

Dr. Paim

Cuando discutimos la cuestión de la práctica en salud pública debemos pensar por lo menos en dos situaciones, aunque sea en forma esquemática. En la primera existe una propuesta de formación o implementación de un sistema único de salud en que las acciones de prevención, promoción, protección, recuperación y rehabilitación están organizadas de forma complementaria. En la segunda existiría un modelo de organización del sistema de salud en que se da una nítida separación entre lo que es prevención y promoción de la salud, y aquello que corresponde a la recuperación y rehabilitación. En esa segunda situación, el sistema confinaría las acciones preventivas al ámbito del Estado llamado salud pública, y redireccionaría acciones curativas y de rehabilitación al área médica privada. Nosotros pensamos que la organización del sistema de salud, para ser más eficaz y eficiente, tendría que pautarse por el primer modelo, es decir, un sistema único de salud. Cinco tópicos vienen siendo discutidos en el

seno de organismos internacionales y por investigadores interesados en reorientar dicho sistema.

El primer tópico, mencionado ya por el Dr. Macedo, se refiere al desarrollo de infraestructura (incluyendo equipos y fármacos) y a la formación de recursos humanos. La segunda es el área de financiamiento; la tercera comprende la organización de recursos; la cuarta se refiere a la gestión, y la quinta tiene que ver con la prestación de servicios propiamente dicha, y a lo que nosotros llamaríamos modelo de atención, lo cual engloba las prácticas de salud.

En esa perspectiva, la reorientación del sistema de salud aborda cinco conjuntos de problemas, aunque solamente en el último — la organización de modelos de atención—la visión médica o la visión epidemiológica prestan una contribución fundamental. Para dar cuenta de una reorientación del sistema de salud, los instrumentos de que nosotros disponemos como personas de salud pública, profesionales, especialistas estarían situados fundamentalmente en el quinto nivel. Este quinto nivel puede ser considerado como el más importante por el hecho de que se relaciona directamente con la población usuaria de los servicios, y allí es donde la epidemiología puede hacer una contribución importante para la reorientación del sistema de salud, en la medida en que recupera la dimensión poblacional o colectiva de los problemas. En síntesis, creo que para reformular el sistema de salud que se mencionaba en la primera situación—un sistema único de salud—tendríamos que discutir nuevamente la cuestión del modelo de atención, y particularmente el conjunto de prácticas económicas, políticas e ideológicas que lo conforman.

Dr. Tejada

Uno de los problemas que tenemos, por lo menos en América Latina, es que cuando discutimos la teoría nos elevamos demasiado y cuando discutimos la práctica nos caemos también demasiado. Y allí puede estar una de las explicaciones de por qué hemos separado artificialmente la teoría de la práctica. Entonces, ¡los pragmáticos se rebelan frente a quienes hacen planteamientos de tipo general llamándolos teóricos! Al teórico se le condena en tanto se le ve como un tipo que no vive las realidades; ¡está en las nubes! Por otro lado se dice que aquéllos que se dedican a la práctica están perdiendo la perspectiva. Los teóricos les dicen que si bien están actuando eficientemente, no saben en qué dirección marchan; son buenos albañiles pero no son arquitectos; no saben qué edificio van a construir ni para qué va a servir.

Lo que tenemos que hacer es precisamente bajarnos del plano teórico para colocarnos en la frontera con la práctica, al tiempo que mantenemos la práctica muy vinculada también a la teoría. Dentro de esta línea hay algunos puntos que nos obligan a ver la cuestión con más realismo. Lo cierto es que mientras acá esta-

mos discutiendo y satisfaciendo una serie de inquietudes intelectuales y profesionales, en el Perú en este momento el 40% de la población no tiene absolutamente ningún cuidado de salud, y hay un 20% adicional que no tiene acceso a los servicios de salud; y en caso de que lo tuvieran no le serviría para nada porque la persona no tiene dinero para comprar los medicamentos que le receta el doctor. Por otra parte, cuando se piensa que la crisis económica va a aumentar la demanda de servicios porque las condiciones de salud se deterioran, nos damos cuenta mediante la información estadística disponible que un número menor de gente está yendo a los consultorios de los servicios de salud. ¿Por qué? Porque la gente va cuando tiene alguna posibilidad de poder actuar.

Actualmente en el Perú, aproximadamente entre el 70% y el 75% de los recursos dedicados a la salud tanto por el gobierno como por la sociedad civil, está concentrado en la ciudad de Lima, y la mitad de la población de la ciudad de Lima no acude a esos servicios. Aunque el 85% del presupuesto de los servicios de salud está dedicado al pago de salarios, el personal no médico está ganando en este momento 60 dólares mensuales y un médico entre 200 y 300 dólares mensuales, lo cual los hace privilegiados en comparación con otros. Yo me pregunto entonces si este sistema funciona en la práctica. Esto es de sumo interés porque plantea una serie de cosas muy importantes. En primer lugar, los grandes cambios se producen por capas. Así como la evolución geológica de la tierra deja ver una serie de cortezas, también en el campo de la evolución de todo el quehacer social se van produciendo capas; determinadas cosas son superadas. La práctica de la salud pública en América Latina—cualquiera que sea la teoría que la sustente, sea explícita o no—no da para más. ¿Cómo puede funcionar la práctica cuando el 60% de la población está abandonada y cuando todo se ve desde el punto de vista de los proveedores de servicios? Peor aún, si en este momento se duplicara el presupuesto del Ministerio de Salud, todo se dedicaría a pagar el personal que está muy mal pagado y nada quedaría para los servicios a la población.

El Dr. Grandá planteó en su esquema algo que me parece es la clave en toda la práctica y la teoría de la salud pública. Se trata del sentido, la dirección, hacia dónde vamos, qué gran paradigma tomamos, qué elementos de valor adoptamos. O tomamos la excelencia técnica—y aquí el peligro es que cuando uno se inclina hacia un lado se piensa que ha abandonado lo otro o se opone a ello—o la justicia social. Creo yo que en este momento pesa más el enfoque de la justicia social. Porque, ¿cómo es posible, aceptable, tolerable que en un país el 60% de la población no tenga ningún acceso al cuidado de su salud? ¿Cómo es posible que en un país los recursos de toda la sociedad

vayan solamente a las clases que menos los necesitan? ¿Cómo es posible que en un país siga en vigencia un sistema que está totalmente en crisis y no se haga nada para cambiarlo? El problema allí es de sentido, de direccionalidad, y por consiguiente es allí donde está la teoría.

Uno de los problemas que tenemos que revisar es el que mencionaba el Dr. Frenk respecto a la institucionalidad. Y allí tenemos que preguntarnos: ¿Hacia dónde se dirigen nuestras instituciones? ¿Con qué sentido están actuando? Seguramente en los países en desarrollo o en países de América Latina que no están pasando por una situación como la que atraviesa el Perú, por ejemplo, no se entiende la tremenda presión social que existe ahora, como tampoco se entiende la desesperación y la urgencia de buscar una nueva dirección. Porque así como está abandonada la salud está abandonada la educación, está abandonada la agricultura... Entonces el Estado está siendo desafiado y, dentro del Estado, las instituciones públicas y no públicas están siendo igualmente retadas.

Sugiero entonces que veamos el problema con una cierta urgencia. Sinceramente creo que de esta reunión no pueden salir solamente medidas concretas de eficiencia administrativa cuando hay problemas sociales de mucha mayor repercusión y trascendencia que tienen que ver precisamente con la direccionalidad que le demos a la teoría y a la práctica de la salud. Lo que tenemos que ver nosotros como dirigentes de salud del continente, o como personas que tienen alguna capacidad de influenciar opiniones y decisiones, es el sentido de las proporciones. Ahora, en eso también radica parte de la crisis que estamos viviendo. Porque sucede que los llamados a resolver estos problemas, que son los niveles políticos, tampoco se dan cuenta de la situación de la salud, y lo que es peor, no tienen conciencia de la situación social, de la situación económica. Yo comentaba con algunos amigos políticos en Perú que los enfrentamientos políticos que se dan entre los partidos y entre los dirigentes se parecían a la lucha por el mejor camarote en un barco que se está hundiendo...

Por eso quiero hacer un llamado para que no nos mantengamos en el plano teórico de que los problemas son demasiado complejos e intocables. Obviamente que lo son pues la realidad es compleja; lamentablemente es así. Hay que hacer algo, y yo no creo que en este momento los problemas más urgentes sean aquéllos relacionados con la excelencia técnica, con la eficiencia administrativa. Pienso que hay problemas más fundamentales de dirección, de dirección política, de dirección ideológica. Es necesario escoger si seguimos con este sistema injusto—y que otros resuelvan el problema de alguna otra forma—o si lo transformamos. En el caso del Perú, si nosotros no somos capaces de

resolver el problema lo van a "resolver" los movimientos subversivos. Ellos tienen un programa a largo plazo, tienen una idea clara de lo que quieren. Ellos quieren destruir el sistema y están actuando en consecuencia; mantienen coherencia, están pensando en grande. En cambio nosotros estamos detenidos en los pequeños detalles, en las minucias. Y tenemos que recuperar la perspectiva real de los problemas. Es muy bonito estar acá, en New Orleans, en el Hotel Monteleone, discutiendo estas cosas. Sin embargo, a mí me hubiera gustado que esta reunión se hubiera hecho en los Andes del Perú, o de Bolivia, o de Ecuador, para que viéramos exactamente cuáles son los problemas y cuáles son las urgencias.

Quiero hacer un último comentario. Tengo razones para temer la eficiencia *per se*, en situaciones como las que vivimos cuando un sistema no funciona, cuando el sistema es injusto, negativo. Introducir la eficiencia *per se* es darle un poco más de vida, consolidar la injusticia, consolidar el sistema que hay que cambiar. Por eso reitero mi llamado a que veamos las cosas en su verdadera dimensión y en su verdadera proporción.

Dr. Nájera

La intervención del Dr. Tejada no sólo es muy importante sino además enormemente oportuna, en un momento en que estamos tratando de hablar sobre la práctica y su evolución. El decía que en el proceso de socialización, de nuestra formación, nos habían deformado. Ahora lo reafirma cuando señala la injusticia y la incapacidad del sistema para resolver los problemas. El Dr. Tejada está señalando muy puntualmente condiciones económicas difíciles en su país, pero yo no quisiera que ni él ni ninguno de nosotros cayera en el error de pensar que el problema es diferente en otros países. Puede ser distinta la magnitud relativa de los fenómenos de los grupos poblacionales, pero la incapacidad del sistema para responder a las situaciones de salud, y la incapacidad de la sociedad para pagar lo que ese sistema pretende, es absoluta y reconocida en todos los países, incluidos los Estados Unidos de América. También quisiera sugerir la idea de que esta incapacidad de la sociedad para pagar por el sistema que hemos ido creando a lo largo de este siglo no es de ayer. Indudablemente en los últimos años, incluso en las últimas décadas, se ha hecho mucho más frecuente la crítica sobre el enorme costo de los servicios médicos. Sin embargo, ya en 1952 Roberts decía lo siguiente: "Ninguna nación sobre la tierra podrá afrontar por más tiempo el financiar todas las aspiraciones de sus médicos o satisfacer las grandes expectativas que ellos crean en las mentes de las personas". Esto quiere decir que cuando el sistema que hoy prevalece estaba consolidándose después de la Segunda Guerra Mundial, ya Roberts se daba cuenta, en un análisis futurista, de la incapacidad de tal sistema para financiarse.

Pocos años después *Mechanic* también señalaba: "La contención del incremento de los costos de la atención médica se ha convertido en una de las mayores prioridades para el gobierno de los Estados Unidos, así como en muchos otros países occidentales, y hay gran escepticismo en el gobierno y en otras esferas acerca de que los incrementos marginales en los presupuestos para la atención de salud proporcionen los beneficios adecuados en comparación con inversiones similares en otros sectores". *Mechanic* señalaba cómo esa incapacidad de pagar estos servicios también tenía como contrapartida el que se pudieran obtener mejores beneficios desviando ese dinero, esa financiación, a otros sectores y no al sector específico de la atención médica.

Debemos reflexionar, como lo hace el Dr. Tejada, sobre la incongruencia del sistema y sobre la necesidad que tenemos de replantear nuestra teoría, buscando que esta última genere una práctica mucho más congruente. En esta sesión se pretende hablar de tendencias, es decir, hablar de evolución y no sólo de situación. La evolución en la segunda mitad del siglo pasado estuvo fundamentalmente dirigida hacia el control del comercio porque era lo que más preocupaba. La evolución de las conferencias sanitarias internacionales y el nacimiento de nuestras organizaciones internacionales de salud se dan en el marco del comercio y la pugna entre un imperio viejo y decadente como era el español, y un imperio nuevo y floreciente como era el británico. En esa lucha entre esos dos imperios, el español pretendía utilizar la nueva ciencia de la cuarentena científica para impedir el comercio de Inglaterra. Por su parte, Inglaterra se pasó todos esos años desoyendo y no queriendo entender la teoría de los gérmenes para no impedir su comercio; sólo cuando ya la teoría infecciosa había producido suficiente conocimiento como para no obstaculizar el comercio—las cuarentenas ya no iban a ser de cuarenta días sino mucho más cortas—el asunto dejó de importar. Además, como lo señalaba el Dr. Terris, el descubrimiento científico de los casos no evidentes también hizo absolutamente inútil la cuarentena.

Lo anterior quiere decir que en todo ese proceso de iniciación de nuestra forma de entender los problemas de salud hubo un enorme componente de lucha comercial, y ello nos llevó al inicio de este siglo donde, como señalaba el Dr. Ferreira, se define el proceso de desarrollo de la salud pública en los Estados Unidos en la competencia entre Columbia, Harvard y Hopkins. En ese momento, sin embargo, a pesar de todo el esfuerzo y el conocimiento científico que había sobre lo ambiental, a pesar de la gran filosofía teórica que existía sobre lo social, a pesar de todo ello triunfa lo individual, triunfa lo médico. Y desde entonces hasta la Segunda Guerra Mundial se va generando el proceso previo que es extensión de la concepción biomédica, de la con-

ceptualización médica, a las enfermedades no infecciosas. De ahí nacen las enfermedades crónicas para ir potenciando lo individual a través del análisis de la mortalidad. Se establece entonces que la única forma, la forma más elocuente de entender el daño en salud es a través de la mortalidad, como yo decía, desoyendo el que la mortalidad—o por lo menos una parte importante, importantísima en la mortalidad—es necesaria y obligada.

Eso quiere decir que durante los siguientes años vamos a ignorar todo lo ambiental y ocupacional, que ya se había empezado a desarrollar con fuerza, para ocuparnos exclusivamente de los problemas en los niños: la alta mortalidad infantil, la infancia, etc. Pero cuando el problema de la mortalidad alta entre los niños empieza a no tener mayor importancia en algunas zonas, saltamos de golpe a la mortalidad en los viejos e inmediatamente construimos la teoría de que la mortalidad en los viejos es la mayor. De allí surgen las listas de las diez principales causas de muerte que todos conocemos, lo cual va a conducir a esa falacia tan importante del cambio de patrón epidemiológico. De allí salen también prácticas que al final de la Segunda Guerra Mundial proporcionan los elementos necesarios en el desarrollo de los seguros sociales de atención de la enfermedad en la mayoría de los países de Europa, como lo decía el Dr. Terris. Existe suficiente conocimiento en cuanto al tratamiento de algunas enfermedades como para que, precisamente en aquellos años finales de la década de los cuarenta y principios de los cincuenta, surja o se termine de asentar el paradigma de lo individual con el nacimiento de la medicina preventiva.

Con la transformación de la prevención—ambiental y/o social—en medicina preventiva, es decir, la utilización de prácticas médicas para la prevención, se institucionaliza algo que había nacido en la ex-Unión Soviética como una ganancia social cuando Chemasko crea, después de la revolución de 1917, el primer sistema nacional de salud con un sentido social en el mundo. Lógicamente en aquel momento en Inglaterra, en una pugna entre los conservadores y los laboristas, triunfa la idea laborista de establecer un servicio nacional de salud, es decir, de llevarle cuidados médicos a toda la población. Los conservadores, probablemente por oponerse a la tendencia socialista, terminan defendiendo la idea de que, en lugar de apoyar un servicio nacional de salud, hay que apoyar mejores condiciones de trabajo, mejores condiciones de vivienda, etc. A pesar de eso triunfa la teoría de los servicios nacionales de salud y la necesidad de globalizar el cuidado médico a toda la población.

Ese cuidado médico que se globaliza, o que se pretende globalizar, se va extendiendo a todos los países, con distintas formas de financiamiento pero con las mismas características conceptuales. Incluso llega a traspasar la ex-“cortina de hierro” y los sistemas

prevalentes allí son exactamente iguales a los de todos los países.

Esa tendencia, esa forma de enfocar el problema ha producido unos costos elevadísimos sin la eficacia y adecuación correspondiente. Esto no sólo aplica a las poblaciones más pauperizadas de algunas zonas de Perú, sino a cualquier población, incluidos los grupos más ricos quienes, aunque puedan pagar, no están obteniendo los beneficios que se creen apropiados por el precio que están pagando. Como decía Roberts en el año 1950, son las expectativas que los médicos han creado en la sociedad, y no una mejor salud, lo que los ricos están pagando. Por eso creo que deberíamos reflexionar sobre la evolución de los procesos y no tanto sobre la situación en que estamos. Debemos saber cómo hemos evolucionado, cómo hemos llegado hasta aquí, porque sólo reflexionando profundamente y despacio sobre cuál ha sido el camino que nos ha llevado a esta situación podremos salir de ella en busca de otras formas que en algún momento empezaron a aparecer pero que no pudieron desarrollarse; aunque tampoco es forzoso que sean las mismas. El mundo es distinto; las sociedades son distintas, y por lo tanto estamos obligados a buscar otras formas de hacer, en lugar de hacer arreglos que, como lo decía el Dr. Tejada, incluso pueden ser contraproducentes.

Dr. Sandoval

Esta es una parte muy importante de la discusión y, al contrario de lo que plantea el Dr. Frenk, yo creo que, más que llegar a algunas conclusiones concretas, lo que hay que hacer es abrirle vías al pensamiento. Todos estamos sumergidos cotidianamente en lo concreto y son pocas las oportunidades que tenemos de tratar de mirar desde afuera nuestro quehacer para tratar de construir uno nuevo.

La práctica de la salud pública hoy día está instrumentalizada por el modelo medicalizado, y está orientada hacia lograr una mayor eficiencia de los servicios de atención médica. Actualmente se enseña y se forma a la gente en cómo obtener el mayor provecho y la mayor rentabilidad de los recursos físicos y del personal de que se dispone para ejecutar las acciones que se han planificado, desde el punto de vista de prestaciones directas de atención médica. En consecuencia, la salud pública ha perdido una visión global del problema de la salud y opera con instrumentos al servicio de la enfermedad porque la atención médica no tiene que ver con la salud, tiene que ver con la enfermedad. La visión que predomina es la del patólogo y no la del que busca situar al hombre en un entorno que le permita dar lo mejor de sí manejando un nivel aceptable de actividad sin padecer dolencias y con la posibilidad de pasarlo bien, de gozar. Contra eso es que nosotros tenemos que tratar de buscar una nueva práctica, señalándola a partir precisamente de una elaboración teórica. Confieso que ésto me resulta extraordinariamente difícil.

Voy a dar un ejemplo sobre los dilemas de la nueva práctica. Si se hace una encuesta entre los trabajadores que hacen turnos, o sea aquéllos que en el área industrial o de servicios tienen que trabajar en distintos horarios—mañana, tarde y noche alternativamente durante una semana—se encuentra que aproximadamente entre un 12% y un 18% de ellos sufre dolencias como gastritis, reflujo gastroesofágico, úlcera péptica. Estas son disfunciones provocadas por su trabajo de turno, por su cambio de horas de comida y demás alteraciones de la rutina diaria. Si se hace una encuesta entre todos los trabajadores que tienen más de 20 años laborando en turnos, se encuentra que prácticamente el 100% de ellos ha sufrido o sufre uno de estos trastornos y/o del llamado colon irritable. La solución a eso es evidentemente fácil. Se formula un bloqueador de la secreción gástrica y el sujeto que se lo toma experimenta un bienestar, se siente mejor. Ahora, resulta que para continuar haciendo sus turnos el individuo tiene que seguir tomando esos medicamentos y por lo tanto pasa a ser un elemento incorporado a la industria de la salud, como lo llaman algunos, o al negocio de la salud, como decía yo anteriormente. Ese sujeto depende del medicamento en cuestión, y en la práctica le costará mucho dejar de usarlo, si es que algún día puede hacerlo.

¿Cuál sería nuestra respuesta si quisiéramos hacer otra salud pública? ¿Decirle que no trabaje haciendo turnos? ¿Proponer que el trabajo no se organice de esa manera, que no haya turnos en ninguna parte? Lo veo difícil. En la industria textil en Chile un telar funciona aproximadamente 6.500 horas al año; para eso tiene que haber gente todo el tiempo. Desgraciadamente todavía no estamos al nivel de Hong Kong donde los telares funcionan aproximadamente 8.500 horas al año. En consecuencia, la competencia obliga a que el telar chileno también funcione 8.500. De otra manera, la industria textil de Chile no va a ser competitiva con la de Hong Kong, con la de Corea, países que están inundando los mercados textiles del mundo. En consecuencia, nosotros nos quedamos sin discurso y la salud pública no tiene una respuesta para ese problema. ¿Le vamos a decir al trabajador que no tome famotidina y que siga con su gastritis? ¿Le vamos a decir que no trabaje en turnos y se incorpore al 10%, 15% de la fuerza de trabajo desempleada en nuestros países? ¿Le vamos a decir que se organice de manera que el trabajo en turno sea menos pesado? Pero resulta que se ha demostrado que mientras más años pasa una persona trabajando en turnos, más duro se hace el trabajo porque no hay adaptación biológica. Uno podría decir entonces "mire, solamente puede trabajar en turnos la gente entre los 18 y 30 años porque es más flexible, puede adaptarse, responder".

Yo les pongo estos ejemplos porque en cierta medida reflejan mis preocupaciones. Tenemos un diagnóstico, pero frente a ese

diagnóstico no tenemos instrumentos para operar de una manera distinta, así que tenemos que seguir instrumentalizando nuestro saber, nuestro conocimiento, en el sentido de alcanzar los objetivos que evidentemente son beneficiosos y que la gente nos agradece. Pero estos son objetivos que se enmarcan fundamentalmente en el espacio de la atención médica. Nuestra acción sigue limitada al ámbito del quehacer médico y eso es lo que a mí preocupa. ¿Cómo nos salimos de allí y elaboramos una nueva práctica a partir de una nueva teoría?

Dr. Frenk

Seguimos incurriendo en polarizaciones innecesarias y en falsos dilemas. Creo que gran parte de la crisis de la salud pública estriba en este tipo de polarizaciones. El tener objetivos claros sobre la necesidad de lograr reformas profundas a mediano plazo—que incluso trascienden con mucho al sistema de salud y se refieren más al sistema social en su conjunto—no está en contradicción con lograr la excelencia técnica en los servicios. Yo quisiera que me demostraran que son dos objetivos rivales. Para usar el ejemplo tan concreto que nos da el Dr. Sandoval, no creo que el garantizar el derecho de acceso de ese trabajador de turno a la atención como un objetivo se dé a expensas de plantearse una reforma mucho más radical en el mediano plazo en los determinantes más profundos de la salud de ese individuo, así como en las condiciones sociales más generales en que se inserta. Gran parte del problema de la salud pública en América Latina ha sido precisamente caer en esos falsos dilemas y decir entonces que no debemos hacer nada en lo inmediato y lo concreto porque tenemos que esperar el gran cambio de lo mediano y lo genérico. También reconozco que hay técnicos con visiones muy inmediatistas que descuentan o anulan la posibilidad de actuar sobre las estructuras sociales más profundas que determinan la salud y por lo tanto se centran en lo inmediato. Pienso justamente que la recuperación de una tradición vigorosa en salud pública pasa por encontrar este equilibrio.

Estoy de acuerdo con el Dr. Tejada en la necesidad de crear modelos innovadores muy distintos a los que han existido hasta ahora; modelos que además implican una reforma radical de la manera en que están estructurados actualmente los sistemas, y coincido con él en que el principio de justicia social aquí es crítico. Me parece que una gran parte del problema de los sistemas de salud en América Latina—ciertamente en México—ha sido que éstos se han desarrollado sobre una base de segregación de la población con criterios ocupacionales. En consecuencia se accede a sistemas diferenciados—seguridad social, Ministerios de Salud o sistemas privados—que tienen niveles de recursos y de calidad muy distintos. Eso ocasiona uno de los problemas críticos de los sistemas de salud en América Latina, y es que éstos se

han vuelto instrumentos de reproducción de la desigualdad social, cuando su profunda razón de ser debería consistir en reducir esas desigualdades. Por eso creo que el planteamiento del Dr. Tejada—basado además en una experiencia tan rica como la suya—es incuestionable. Esa es la lucha fundamental que el sistema de salud debe dar; además, como él mismo lo dijo, es una lucha de carácter político.

Insisto en que no creo que dar esa lucha esté reñido con la preocupación por lograr que los recursos que existen en este momento se utilicen más eficientemente y que los servicios disponibles sean de la mejor calidad posible. Porque también es cierto que junto con esas disparidades de recursos tenemos la realidad del desperdicio, de la gran cantidad de procedimientos que carecen de eficacia demostrada, del dispendio de recursos al lado de la pobreza. Parte de nuestro problema como grupo profesional de salud pública es lograr desarrollar métodos específicos que funcionen para obtener resultados visibles en el corto plazo, sin perder la perspectiva y las banderas de largo plazo. Nosotros en nuestra institución abordamos, escribimos, militamos, actuamos en aras de lograr un sistema de salud universal y equitativo que sea instrumental en la reducción de la desigualdad social. Al mismo tiempo, sin embargo, desarrollamos metodologías, datos, intervenciones específicas que eleven la calidad—que creo es incluso un objetivo más importante que el de la eficiencia—así como la eficiencia en la utilización de recursos. Abandonar la lucha del corto plazo y decir que la atención médica finalmente no sirve para nada está a un paso, y muy tenue, de la posición más conservadora y no nos conviene irnos en esa dirección.

Los servicios médicos tienen un valor que ciertamente no es el de reducir la mortalidad. Nadie, que yo sepa, ha dicho que los servicios médicos individuales tengan ese objetivo; el que lo diga no conoce los sistemas de salud. Quizás esa sea la impresión que persiste en el público general, pero yo no creo que el grupo de expertos aquí reunido todavía piense que los servicios médicos tienen como función principal salvar vidas o reducir la mortalidad de las poblaciones; sabemos que esa no es la función. Los servicios, sin embargo, producen muchas otras cosas, entre ellas la información, que es un recurso que le da poder a la población, como lo señalaba el Dr. Macedo cuando se preguntaba por qué ha bajado la mortalidad en tiempos de crisis. Se cuenta con bastante evidencia acumulada de que existe la incorporación de información en los hogares y su traducción en prácticas que previenen la mortalidad. Los servicios de atención médica producen información, y si están bien organizados y se prestan con calidad, le permiten al individuo acopiar algo de información sobre su propia experiencia. Y aunque a esto Illich

lo llame "medicalizar la existencia", creo yo que es preferible socialmente explicar un síntoma en función de una enfermedad que hacerlo en función de un pecado, que es una explicación alternativa, o de un crimen, que es otra explicación alternativa. Entonces, a mí me parece que esa es una función; el alivio del dolor es otra. En el caso del obrero concreto que se planteó en el ejemplo del Dr. Sandoval, la reducción de esa molestia es muy importante. Y no me parece que el plantear los límites de la atención esté reñido con el seguir luchando por tener sistemas de atención médica eficientes, de alta calidad, financiados equitativamente, que satisfagan las necesidades de los usuarios, donde haya una participación y un control de decisiones por parte de éstos últimos. Concluyo así mi exposición sobre esta postura, que veo es bastante minoritaria en este grupo.

Dr. Sandoval

A mí me gustaría invitar al Dr. Frenk a que visitara el hospital y el servicio donde yo trabajo. Allí yo dirijo un programa orientado fundamentalmente hacia accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que cubre un millón de trabajadores de todas las actividades. En ese servicio, la tasa de enfermedades profesionales es de 37 casos por cada 10.000 trabajadores, cosa que es preocupante en relación con otros países de América Latina (México tiene 3; Colombia tiene 7). Estamos, pues, en un tipo de programa orientado hacia la investigación de los casos de enfermedad profesional, asumiendo que aquéllos nos van a llevar al sitio de trabajo, donde podemos intervenir para mejorar las condiciones y evitar nuevos casos o que el sujeto en cuestión vuelva a enfermarse. Tratamos de optimizar la utilización de los recursos, de planificar y de intervenir en la causa de la enfermedad. Los resultados que hemos obtenido son bastante impresionantes: las tasas de silicosis hoy día son menos de un décimo de lo que eran hace 20 años; hemos logrado realmente rebajar el número de casos de las enfermedades profesionales más importantes.

El problema no está en la eficiencia en el uso de los recursos; los enfermos van a existir siempre, y prestarles la mejor atención con el máximo rendimiento es una obligación y forma parte de nuestro compromiso como especialistas o profesionales de la salud pública. En eso yo estoy totalmente de acuerdo. Lo único en que estoy en desacuerdo—y no sé si a lo mejor no lo expresé bien—es en que esa sea nuestra única respuesta. Mi preocupación fundamental es que no transeendamos hacia otras esferas del quehacer social para poder intervenir sobre los problemas de la génesis de la enfermedad de una manera totalmente distinta, sobre todo cuando hemos avanzado mucho en el conocimiento de los mecanismos de la enfermedad y podemos saber cómo pesan o como influyen los distintos determinantes en ella.

Esta disociación que existe entre nuestra capacidad de conocer y nuestra capacidad de hacer está obnubilada quizás por los determinantes de la estructura socioeconómica de las sociedades, y por la forma de poder hegemónica. En la práctica lo que nos sucede es que, frente a los obstáculos y dificultades, al final nos quedamos en la atención médica, porque en últimas, por algo tienen que reconocernos; y si damos una buena atención médica vamos a tener un reconocimiento social.

En consecuencia, no creo que el dilema sea que estemos planteando la atención médica versus otra posibilidad, sino que estemos planteando la atención médica como exclusivo quehacer en este momento de la salud pública, sobre todo cuando surgen otros problemas que todavía no hemos identificado, como son los relacionados con el ambiente, como lo planteó el Dr. Terris, y que creo yo también son una fuente de un enfoque diferente de la salud pública en el futuro.

Dr. Badgley Si me lo permite la moderadora, quisiera preguntarle al Dr. Sandoval cuál es la situación de la legislación sobre seguridad industrial en Chile.

Dr. Sandoval Desde 1952, con el surgimiento del servicio nacional de salud se creó un departamento bastante importante de higiene y seguridad en el trabajo. Posteriormente se instauraron formas de administración de los seguros de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, los cuales incluyen el tipo de organización donde yo trabajo que es una mutualidad. La mutualidad es una organización de empleadores donde ellos mismos manejan el dinero que tendrían que pagarle al seguro. Se administra mediante un consejo paritario donde hay tres representantes de los trabajadores y tres de los empleadores. Este consejo es el que dirige el quehacer de estas instituciones sin fines de lucro, las cuales tienen la obligación de invertir en la institución misma los excedentes operacionales que se generan en el ejercicio presupuestario. Es una forma de administración privada que se mantuvo durante la dictadura porque pertenecía a las tradiciones de la institucionalidad de la salud en Chile; incluso se mantuvo la representación de los trabajadores en la misma forma que estaba concebida antes de la dictadura.

La legislación al respecto es muy frondosa, como resultado de una fuerte tradición de higiene y seguridad en el país. Tanto así que en 1988, bajo el gobierno de Pinochet, logramos que se aprobara la ley del derecho a saber, similar a la norteamericana, que evidentemente no ha sido aplicada con toda la fuerza que debiera pero que de todas maneras está vigente.

¿Eso contesta?

Dr. Terris Quisiera responder a lo dicho por los tres últimos oradores y en lo fundamental manifestar mi acuerdo con sus posiciones. Mi propia visión teórica es que la salud de la gente está principalmente determinada por tres factores. Los dos primeros—en igualdad de importancia—son la prevención y el nivel de vida. Mi formulación sugiere que en el corto plazo la prevención adquiere mayor importancia, en la medida en que en ese terreno se puede hacer muchísimo, no solamente para evitar la mortalidad, sino también la incidencia, la enfermedad y la discapacidad, todo ésto a un costo muy bajo. Aquí la relación costo-beneficio es enormemente favorable en comparación con la atención médica.

De manera que en el corto plazo y teniendo en cuenta la escasez de fondos, opino que el mandato principal de la OPS y de los Ministerios y Departamentos de Salud de todos los países consiste en dirigir sus esfuerzos hacia la prevención, y ésto sin tener que gastar enormes cantidades de dinero en un período de crisis económica aguda. Según el *Boletín Epidemiológico* de la OPS, lo que está sucediendo en América Latina y el Caribe es que lo poco que se está haciendo en prevención se está recortando, mientras que el presupuesto de atención médica permanece igual. Es increíble que eso esté ocurriendo allá y también en los Estados Unidos.

Quisiera abordar ahora lo que se sacó a relucir referente al nivel de vida. Aquí estamos hablando de problemas sumamente difíciles de organización política, social y económica. Yo personalmente no sé mucho acerca del gobierno del Perú, pero sé un poco acerca del gobierno de Guatemala. La verdad es que yo no creo que vaya a haber muchos cambios en la organización socio-económica y política de ese país, habida cuenta la gente que actualmente detenta poder. Yo no sé qué piensen ustedes acerca del Perú, pero yo tampoco sé qué medidas tengan que adoptarse para cambiar la estructura social de un país y mejorar el nivel de vida de su población. Obviamente existen diferentes enfoques teóricos acerca de cómo lograr este tipo de cambios. Para mí que nosotros en salud pública tenemos que preocuparnos por esas cuestiones.

En ese sentido la OPS está adelante de la OMS en sus planteamientos. La OPS dice abiertamente que un problema fundamental para la salud en este hemisferio es la pobreza. Yo también lo creo así. Los documentos de la OPS lo sostienen, y me parece que el Dr. Macedo también lo ha expresado aquí. Es por eso que tenemos que encontrar medios que nos permitan cambiar la situación en América Latina y mejorar el nivel de vida del pueblo en beneficio de la salud. Me parece que esa es la formulación de la OPS, y pienso también que como trabajadores de la salud pública, tenemos que unir fuerzas con quienes estén dedi-

cados a mejorar el nivel de vida en todos los países. Esto significaría hacer coaliciones y estar dispuestos a seguir el consejo del Dr. Tejada sobre la necesidad de llevar a cabo una acción política.

En realidad, lo que a mí más me preocupa acerca de América Latina es la falta de atención que se le da a la prevención. Antes de que el Dr. Sandoval hablara, no se había mencionado para nada la institucionalización de la prevención en las Secretarías de Salud en los países de América Latina. Pienso que es una tarea de importancia vital para la OPS el asegurarse de que se creen las divisiones de servicios preventivos de salud en los Departamentos o Secretarías de Salud, y de que éstos adquieran una gran importancia. A mí me gusta referirme a ello como la "primacía de la prevención", lo cual debería ser un compromiso sagrado para la OPS: la primacía de la prevención en la institucionalización de los servicios de salud.

Unas palabras más sobre la prevención. Al escucharlos a ustedes percibo que la palabra prevención usualmente está asociada a la atención médica, cuando en realidad la mayor parte de la prevención no tiene nada que ver con ella. Si uno mira todas las enfermedades infecciosas y no infecciosas, las principales medidas preventivas que tienen que adoptarse no tienen nada que ver con la atención médica, si bien esta participa en ciertas áreas. La atención médica cumple su papel en la prevención, pero el rol principal de esta última consiste en cambiar el medio ambiente físico y social. Es allí donde hay que hacer el énfasis, porque estas son las fuerzas principales con las que tenemos que tratar.

Y finalmente, en cuanto a la atención médica, yo soy un firme creyente en el servicio nacional de salud. Creo que tenemos que desarrollar, como lo dijo el Dr. Frenk, un servicio en el cual no se perpetúen las inequidades prestando diferentes clases de atención. En México, por ejemplo, ni siquiera hay un sólo sistema de seguridad social; existen varios sistemas diferentes para los trabajadores. También hay un sistema de cuidado médico tremendamente inadecuado para los campesinos, los trabajadores agrícolas, los cuales constituyen la mayoría de la población mexicana. Y aparte de esto existe obviamente un sistema privado para los más ricos. Por eso creo yo que México tendría que empezar a evolucionar hacia un servicio nacional de salud. Cuba lo tiene; y Costa Rica, que no es un país socialista, sino capitalista, también lo tiene. Y me parece que los otros países también lo tienen.

Si se me permite el atrevimiento, pienso también que la OPS debería tratar de orientar a sus estados miembros hacia la adopción de un sistema que incorpore el aspecto de equidad en los servicios nacionales de salud. Claro que esto no va suceder mañana. Pero yo estaría de acuerdo con el Dr. Frenk en que no

podemos abandonar esta cuestión de la atención médica, porque también es muy importante. Tenemos que trabajar en este campo. Como él lo ha señalado, la mayor parte de la atención médica se desperdicia y no sirve de nada. Tenemos pues que hacer una limpieza del sistema de atención médica. Yo diría que los epidemiólogos tienen mucho que ofrecer en este campo.

Así que debemos operar en todos esos frentes. Tengo la sensación de que saldremos perdiendo si no institucionalizamos, si no tenemos unas divisiones fuertes de epidemiología y servicios preventivos en todos los países de las Américas. Podría agregar, por cierto, que una de las razones por las cuales los Estados Unidos han hecho un buen trabajo en el campo de la prevención en el pasado ha sido la gran solidez de nuestro Servicio de Salud Pública, el cual ha tenido una larga tradición. Y creo que América Latina tiene que construir esa tradición. Según lo que he escuchado sobre lo sucedido en México, veo que ese país está tratando de construir esa tradición a través del Instituto Nacional de Salud y la Escuela de Salud Pública.

Dr. Tejada

Con respecto al comentario del Dr. Ferris, yo quisiera aclarar que cuando me refería al asunto de la pobreza y la miseria, no lo planteaba como un problema que tengamos que resolver nosotros en el campo de la salud pública. Lo he planteado como un problema condicionante de una situación. Ahora, creo que la reorientación del sistema no es de largo plazo; es de corto plazo, es urgente, no es de mañana, es de ayer. Yo suscribo plenamente lo que ha planteado el Dr. Ferris. Existe un campo extenso para realizar acciones de tipo promocional y de tipo preventivo, pero eso no se puede hacer hoy día el sistema tradicional médico-reparativo acapara todos los recursos, y eso es lo que hay que cambiar. El campo es grande y no solamente a nivel institucional, sino también por fuera de lo institucional. Tenemos que ver exactamente por qué ese 60% que no tiene acceso a las instituciones todavía sobrevive, y qué efecto están teniendo algunas medidas que pudieran ser mucho más efectivas si nosotros canalizáramos recursos para proporcionarle a la gente información, conocimientos, destrezas para que ella misma actúe.

Dr. Oscar Fco
(Asesor temporal,
OPS/OMS; Relator)

Para continuar discutiendo el problema del desarrollo de las tendencias en la práctica de la salud pública, yo quisiera referirme a un planteamiento hecho por el Dr. Macedo que me parece de gran importancia pues repercute profundamente en la práctica de la salud pública en nuestros países. El Dr. Macedo señalaba un rasgo común a varios países de América Latina, y es que en estos momentos están sometidos a unos programas de ajuste económico que responden al proyecto neoliberal e influ-

yen directamente en las políticas de salud. Ese modelo que en lo económico privilegia el desarrollo de la iniciativa privada, en el terreno de la salud propone una redefinición del papel del Estado en la sociedad y plantea que el bienestar social y la salud pertenecen al ámbito de lo privado. Así que ésta última debe resolverse en el ámbito de las relaciones entre el individuo—la familia—y la iniciativa privada.

La concepción que hasta ahora ha primado en nuestros países es que la salud es un derecho fundamental de la población y por tanto debe ser responsabilidad del Estado. Es evidente entonces que hay una contradicción entre esa concepción que trata de imponerse ahora, y lo que han sido hasta el momento las políticas sanitarias de los Estados latinoamericanos. La imposición del modelo de ajuste económico está planteando un cambio profundo en las respuestas del Estado hacia el sector salud, y eso ya lo estamos viendo en la disminución sustancial del gasto en esa área. Tal reducción se ha expresado en el desfinanciamiento y consecuente deterioro de los programas y las instituciones. El proceso que de aquí se ha derivado es precisamente el de privatización, que le ha dado una importancia inusitada a lo que acá se ha llamado la industria de la enfermedad, a saber, la industria de los seguros. Esta corre paralela al resurgimiento de algunos de los problemas de salud que se habían controlado en nuestros países, entre ellos la malaria y la tuberculosis.

Por otro lado, el proceso cíclico de crecimiento y desarrollo de nuestros pueblos se ha detenido. Esto se manifiesta en la disminución del peso, talla y perímetro cefálicos de los infantes, en la medida en que ha ido aumentando la pobreza crítica. Se ha generado entonces un gran dilema en nuestros países, el cual impacta directamente la práctica de la salud pública. Y es que en estos momentos las políticas sanitarias no se diseñan en gabinetes técnicos sino que son determinadas en algunos casos en organismos internacionales y son afinadas a nivel nacional en gabinetes fundamentalmente de tipo económico.

En Venezuela teníamos una discusión muy importante planteada por nuestros técnicos en el Ministerio de Salud. Ellos sentían que su discurso iba por un lado, mientras que el discurso del modelo global de ajustes económicos iba por otro. Nuestros técnicos, que se oponen al proceso de privatización porque durante toda su existencia han concebido a la salud como un derecho que debe ser garantizado por el Estado, se enfrentan a una tendencia que es fundamentalmente privatizadora. En el terreno de las prácticas de salud pública, esto plantea un reto fundamental que nosotros tenemos que abordar en esta discusión. A mi juicio, es necesario que nos opongamos firmemente a ese proceso privatizador, y que diseñemos una política de salud y de salud pública profundamente democrática, participativa,

que entienda realmente lo que significa la descentralización y que asuma como una prioridad el garantizar el derecho a la salud de la población por parte de nuestros Estados.

Dr. Terris Yo no sé realmente qué tanto poder logre tener una declaración por parte de este grupo. Lo que yo quisiera saber es cuáles son los pasos concretos que se pueden tomar en cada país para luchar en contra de la privatización y de la reducción del presupuesto de salud. Creo que en cada país podemos ofrecer algo diferente para movilizar a los beneficiarios. ¿Qué sugieren ustedes?

Dr. Feo Yo creo que esa es una muy buena pregunta para promover una discusión sobre ese punto.

Dr. Badgley El mandato de esta sesión es que miremos la evolución y tendencias en las acciones de salud pública. Creo que hasta el momento hemos tenido una discusión muy amplia a nivel macro, y que los marcos de referencia propuestos alternativamente por los doctores Frenk y Terris nos han recordado la gran complejidad de los asuntos a tratar. Me disculpo además por haber tirado un poco la rienda en la sesión anterior cuando el Dr. Terris estaba delineando su enfoque. Pero como finalmente citó muchos puntos en las variaciones a las cuales se refirió, yo me sentí satisfecho.

Uno de los dilemas claves cuando se miran los conceptos de cambio, acción e intervención, es colocarlos tanto dentro del contexto de los problemas globales a los que se enfrenta la salud, como dentro del ámbito particular del abordaje más adecuado para cada intervención específica, y también teniendo en cuenta la diversidad de situaciones que se presentan en cada país. Como lo sostengo en mi trabajo, pienso que cualquier marco de referencia globalizante tiene dilemas inherentes cuando trata de ofrecer una explicación completa sobre lo que está sucediendo.

En el documento me referí a la muy conocida declaración de Alma Ata de 1978. Y si bien los presentes ya han escuchado bastante sobre esa declaración, pienso que Alma Ata es todavía el abordaje que más se utiliza a nivel internacional cuando se habla de cambio. Se trata de un documento humanitario y muy idealista. Considerando la historia reciente de Rusia donde ésto se enmarcó, y el tipo de sociedad que lo produjo, es irónico que contenga principios democráticos que requieran equidad dentro y entre los países.

La declaración se puede criticar en muchos aspectos, siendo uno de ellos sus limitaciones conceptuales. Pero a partir de 1978 los puntos que de allí surgieron han venido siendo ampliamente elaborados. Y ahora contiene algunos de los asuntos que aquí se han venido discutiendo, a saber, el cambio que se

requiere en términos de la reorientación de prioridades al interior y entre los países, y la reestructuración de los servicios. Creo que a estos dos aspectos ya nos hemos referido ampliamente. Un tercer punto, al que en el documento de Alma Ata no se le dio mucho peso, es el papel de la participación comunitaria. Y es precisamente a ese nivel más micro al cual me gustaría que nos refiriéramos ahora para que nuestras ideas al respecto se incorporen en el documento final.

Recuerdo que en el punto cuarto de su presentación, el Dr. Macedo se refirió a los cambios radicales que están ocurriendo a raíz de la democratización de los países de las Américas, lo cual podría propiciar la adopción de una nueva dirección en el ejercicio del poder en la Región. Ciertamente, cuando pensamos en el asunto de la participación comunitaria, creo que hay gran ambigüedad. Hace parte de nuestra retórica, pero no nos hemos tomado el tiempo intelectualmente o en la práctica para definir cómo ocurre. Yo no conozco más que parcialmente el rango del trabajo que ha llevado a cabo la OPS en esta área. Sé que se inició hace varios años, y el Dr. Ferreira se refirió a una compilación que se hizo sobre las labores desarrolladas en 16 comunidades y 8 países. También sé que se le ha dado un énfasis muy fuerte a los Sistemas Locales de Salud (SILOS) como canales de descentralización y autonomía.

Tenemos, creo yo, un rango muy rico de enfoques distintos a los mencionados sobre participación comunitaria a nivel internacional. Existe un buen número de estudios de casos en Finlandia, en los Estados Unidos, etc. Pero por lo que me he dado cuenta leyéndolos, la mayoría de los esquemas participativos funcionan de arriba hacia abajo y son iniciados institucionalmente. Otra característica es que muy pocas veces se les evalúa críticamente. Casi nunca hay una especificación clara acerca de cuáles son los factores que conducen a obtener ciertos resultados, de modo que cuando miramos los estudios que se han conducido y evaluado de manera más organizada en el campo de la salud del corazón, los autores están prestos a reconocer que no pueden establecer con certeza el origen de los cambios directos y más bien tienen que atribuírselos de manera más general al rango de acciones que se han conducido.

Mi relación con esta área ha sido de reciente ocurrencia en mi carrera académica. Actualmente presido en Toronto dos coaliciones de salud comunitaria. Es así como he logrado experimentar de primera mano aspectos que conocía sólo intelectualmente. Una de las coaliciones representa a una cuarta parte de la ciudad de Toronto y cuenta con tres hospitales principales—dos de los cuales son universitarios—además del Departamento de Salud Pública de la ciudad y el Consejo Distrital de Salud, que es el encargado de la planeación. Tenemos un consorcio

que representa a 3 ó 4 docenas de agencias comunitarias de salud. Por ahora estamos descubriendo los dilemas de trabajar juntos.

Los hospitales en Canadá tienen excelentes estadísticas. Poseemos un sistema de seguro nacional de salud que funciona con un mecanismo de pago de tarifa por servicio, de manera que todos nuestros costos médicos están clasificados individualmente, lo mismo que los de gastos hospitalarios. Es decir que tenemos una gran cantidad de información por esos canales, así como las estadísticas provenientes de un censo que se realiza cada cinco años. Pero nadie en el hospital se ha preguntado cuál es su comunidad, o a quién se le están prestando servicios. Nunca se les ocurre hacerse esa pregunta. Lo cierto es que el Departamento de Salud Pública, el cual ha asumido indudablemente un liderazgo en lo que se refiere a reforma social, no se ha sentado a discutir con sus médicos de cabecera cómo se puede hacer uso productivo de esa cantidad de información de modo que la coloque al servicio directo de los hospitales. Trabajando juntos hemos descubierto que no solamente hay problemas evidentes como los que ha mencionado el Dr. Terris, sino que en esa parte de la ciudad existe también el mayor número de familias destechadas, sin padre, de bajos ingresos o muy pobres. Esto quiere decir que los problemas de estas gentes son de diferente índole. Para las mujeres solas a cargo de una familia, no se trata solamente del tipo de cuidado de la salud que reciben, sino también del acceso a ese cuidado, o de servicios que les permitan obtener ese cuidado tales como guarderías donde dejar sus hijos en el entretanto, o medios de transporte que las conduzcan a los centros de atención.

En referencia a los estudios de la OPS, quisiera aludir brevemente a mi trabajo porque veo que algunos de los problemas que allí destaco son los más característicos. "Primero, cuando se habla de la idea de participación social, participación comunitaria, vinculación, conceptos que están incluidos en políticas nacionales"—y aquí estoy leyendo de un informe de la OPS—"en realidad no se ponen en práctica. Los sistemas de salud tienen un espacio muy limitado para la participación comunitaria y han fracasado en su intento de trabajar con organizaciones de base en impulsar sus iniciativas". Yo estoy completamente de acuerdo con esta afirmación. En el caso de Canadá tenemos un rango amplio de organizaciones voluntarias de la comunidad que permanecen en el anonimato. Y las autoridades de salud no han trabajado de cerca con esos grupos.

En segundo lugar (y aquí también hago referencia a un documento de la OPS), como se ha dicho aquí existe una brecha enorme entre la teoría y la práctica a nivel operacional. Tercero, sea que exista o no la necesidad de conducir investigación-acción

participativa, la documentación de base es por lo general "impresionista". Por último, los beneficios directos que surgen de la participación comunitaria en lo que se refiere a cambios de comportamiento sanitario, control y reducción de la enfermedad y fortalecimiento de los mecanismos de prestación de servicios, están todavía por probarse; la verdad es que muy poco sabemos acerca de su impacto en términos de los resultados reales.

Yo creo que en el nivel actual de participación comunitaria hacia la acción en salud pública, lo que necesitamos es entender qué tipo de procesos están involucrados de acuerdo con los propósitos. Si se va a realizar un programa para el control de enfermedades infecciosas, y entre éstas, tipos específicos de enfermedades infecciosas, ciertamente a medida que pasamos a factores cuya naturaleza corresponde a los de enfermedades crónicas, es decir, que requieren modificación de los modos de vida, se necesita una mejor comprensión de los estilos involucrados.

En ese sentido, lo que yo he pedido en mi trabajo es que estas cuestiones se operacionalicen, y la OPS puede contribuir ampliamente a ello. Por un lado es la organización responsable por todas las Américas. Por otro lado tiene todo un caudal de programas que ha apoyado y asesorado a través de los años. Lo que falta es un síntesis analítica de estudios de caso, lo cual es compatible con lo expresado en la introducción del documento base de esta reunión, donde se sugiere que adoptemos un abordaje inductivo. Y entiendo yo que esta idea, este principio ha sido apoyado ampliamente a nivel del consejo de gobierno de la OPS. Así que esta recomendación sería sumamente congruente. Aparte de esto, en mi trabajo he incluido los elementos iniciales para un marco de referencia que se podría extender como si fuera una matriz de base para la revisión que propongo.

Dr. Tejada

Quiero hacer primero un comentario inspirado en la referencia que hizo el Dr. Badgley a la conferencia de Alma Ata de 1978. No me sorprende que los planteamientos que se hicieron allí no coincidieran con lo que ocurría en el país sede de la conferencia. Algún día se tendrá que saber que el país que se opuso con mayor vehemencia a la atención primaria de salud la primera vez que la idea se presentó en el Consejo Directivo de la OMS fue la ex-Unión Soviética. Su Viceministro arguyó que se trataba de un regreso a formas primitivas y que iba en contra de todo el desarrollo científico y tecnológico. De todas maneras la estrategia se aprobó. Pero poco tiempo después, para la Asamblea Mundial de la Salud siguiente, cuál no sería mi sorpresa cuando el mismo Viceministro al llegar a Ginebra fue a mi casa para decirme que ahora sí la Unión Soviética apoyaba la atención primaria de salud y, mas aún, estaba dispuesta a proponer una gran conferencia internacional, y que para ello podía contribuir con

2.000.000 de dólares. Ese fué el origen de la Conferencia de Alma-Ata. Agregó que no podían dejar pasar la oportunidad política de ponerse al frente de un movimiento que se veía venir, lo cual demuestra una gran perspicacia política: de opositores tremendos se convirtieron en los primeros promotores.

Por otra parte también coincido con lo que el Dr. Badgley acaba de decir. Muy poco se ha entendido lo que es atención primaria. En mi trabajo yo insisto en que todos los principios de "salud para todos" y atención primaria tienen vigencia. Lo que pasa es que nunca se entendieron; se distorsionaron, se los interpretó mal en todas partes. En lugar de ser un enfoque de todo el quehacer de la salud pública, se le convirtió o en una parte periférica de un viejo sistema, o en un programa paralelo independiente del resto.

En cuanto a las tendencias de la práctica y a lo que planteaba el Dr. Feo en el sentido de que el surgimiento del neoliberalismo, de la privatización, encuentra terreno abonado, hay que reconocerlo así. El Estado en todo este tiempo ha fracasado en cuanto a su responsabilidad por la salud de las poblaciones nacionales. En América Latina el Estado no es el Estado que debería ser; es un Estado que ha abonado las condiciones para que surjan, desde la subversión extremista de Sendero Luminoso, hasta la subversión extremista del neoliberalismo económico.

La imagen que ha proyectado el Estado en su desarrollo se ha reflejado en todos los sistemas, incluyendo el educativo y el de salud. Es un Estado altamente centralizado, autoritario, paternalista, jerarquizado, desintegrado, no coordinado; es un Estado ineficiente, ineficaz y divorciado de las necesidades del pueblo; es un Estado negligente, insensible, incapaz de reconocer lo que está ocurriendo. Tan es así que en el dilema que surge entre estatización y privatización, se hace bien difícil escoger cuál de los dos males es menor. Sobre todo si no se persigue un nuevo enfoque para lo que debe ser el rol del Estado: un Estado diferente, descentralizado, participativo, democrático, no paternalista, ni populista; un Estado imbricado con la sociedad civil y, sobre todo, con nuevas fuerzas sociales emergentes. Creo que es a partir de ese nuevo Estado que hay que ir construyendo el nuevo sistema de salud. Es necesario construir ese nuevo Estado desde abajo, movilizándolo a la propia población que de alguna manera está tratando de resolver sus problemas frente a la negligencia, a la indolencia del propio Estado.

En su deterioro, el Estado ha arrastrado una serie de instituciones sociales. Los partidos políticos están en crisis en América Latina, y cualquier independiente desconocido derrota a los partidos políticos organizados porque la gente no elige a un Presidente por sus méritos sino que castiga a los partidos políticos por

carecer de ellos. Después no se sabe qué hacer cuando tal Presidente, elegido sobre una plataforma en contra de cualquier política neoliberal, aplica una política neoliberal diseñada afuera. No hay a quien echarle la culpa; no hay a quien castigar en las próximas elecciones. Los sindicatos han perdido fuerza y hoy día no tienen poder de convocatoria. La institución que tenía mayor ascendencia—la Iglesia Católica—también ha perdido fuerza, y ya no congrega a la gente alrededor de problemas vitales.

Sin embargo, algo que está ocurriendo en el campo social y que es muy importante, es el surgimiento de un nuevo tipo de organizaciones sociales no previstas dentro de los esquemas clásicos de los sociólogos y los antropólogos. Están constituidas por la gente que migró del campo a la ciudad, la cual mantiene además un cordón umbilical con sus puntos de origen, de tal manera que es capaz de movilizar a todo un país. Con esa gente que está tratando de resolver sus problemas por sí misma es que hay que construir un nuevo sistema, asunto que será discutido en otra sesión. Por el momento sólo quiero llamar la atención sobre el hecho de que no podemos caer en el error de hablar de las tendencias de lo que está pasando en el sistema de salud sin considerar lo que está pasando en el contexto, o en los múltiples contextos donde este sistema se desenvuelve. Ni tampoco podemos pensar en medidas de solución mientras no consideremos si esas medidas de solución son viables o no desde el punto de vista político, y factibles o no desde el punto de vista económico.

Pienso también que en este momento, frente a la aplicación de políticas neoliberales, debemos trabajar dentro del margen que nos permiten las consecuencias de estas políticas. Y aquí sí tenemos que escoger; ese es el dilema. Lo que quiero decir es que hay un campo de acción para resolver los problemas de salud de las grandes mayorías si nosotros cambiamos el enfoque a pesar de la crisis económica, a pesar del recorte de los recursos. Yo sugeriría que a lo mejor es por esto precisamente que es posible plantear un cambio. Los grandes cambios se hacen cuando se producen las grandes crisis, los grandes desajustes, si se sabe cómo aprovecharlos. No creo pues que nuestro problema sea tratar de combatir las medidas y las consecuencias de la nueva política económica. Es la misma discusión que yo he tenido muchas veces con colegas que piensan que los problemas de salud se resolverán cuando se solucionen todos los desajustes estructurales de los países. Mi reacción ha sido siempre preguntarles qué es lo que hacen alrededor de la mesa y por qué no toman su fusil y se van a la guerrilla. Yo por mi parte me quedo en la mesa porque creo que puedo hacer algunas cosas dentro de ese campo limitado.

En resumen, hago simplemente un llamado para que nos pongamos en el justo medio de las cosas y veamos que no tenemos

total independencia de acción; tenemos restricciones y limitaciones, a pesar de lo cual hay un margen para por lo menos iniciar un proceso. No podemos quedarnos en hacer planteamientos sobre cuestiones que no corresponden a nuestras responsabilidades. Es decir, yo estoy de acuerdo con aquéllos que dicen que no debemos hacer recomendaciones que no puedan ser cumplidas; no debemos hacer recomendaciones que requieran toda una movilización política difícil de articular. En toda reunión yo por lo general digo que lo importante es lo que cada uno de nosotros nos comprometemos a hacer en nuestros respectivos países para demostrar que ciertas cosas son posibles, porque de otra manera es muy fácil hacer recomendaciones para que otras las cumplan.

Dr. Briceno

Me viene muy bien la intervención del Dr. Tejada porque quisiera mencionar un punto en relación con la conexión entre teoría y práctica, entre lo macro y lo micro, y entre las ciencias sociales y las ciencias biomédicas. Creo que uno de los factores que intervienen allí es nuestra propia participación como individuos y nuestra propia limitación como tales en el contexto de esas conexiones. Pareciera que frente a los análisis macros, se tiene la sensación de que éstos pueden permitir una buena comprensión de los problemas pero dejan muy pocas posibilidades para actuar. En la medida en que se carece de la capacidad suficiente para incidir sobre los niveles macros, surge la desesperanza de no poder hacer mucho en relación con lo que se está planteando en referencia a la situación social general. Los ejemplos que traía el Dr. Sandoval sobre qué se puede hacer para cambiar la situación del trabajo en turnos, qué se puede hacer para cambiar la situación de la contaminación del aire en Santiago, nos muestran la dificultad de actuar aun teniendo la conciencia, aun sabiendo dónde está el origen, cómo está la situación. Entonces, los diversos actores sociales tienden a refugiarse en respuestas micro que pueden ser de carácter biomédico.

Para el jefe de servicios de salud es mucho más sencillo proponer una respuesta en términos de centros de emergencia para obstruidos, lo cual también satisface a las madres. Ellas obtienen una mayor satisfacción con esto que con una propuesta global y macro. Lo que preocupa aquí es que se pueda pensar que la explicación macro pierde validez o no tiene ningún sentido porque no es posible hacer algo con ella.

El punto sería ver—y esto me lleva a la conexión de los niveles macro y micro en el terreno de la acción—cómo es posible trabajar con una perspectiva holística que pueda generar orientaciones globales para la sociedad cuando al mismo tiempo permite desarrollar acciones en el nivel individual, concreto, específico,

cuyo carácter no tiene que ser únicamente biomédico. Pueden ser, y en momentos se requiere que lo sean, de atención a los enfermos; pero no tienen necesariamente que ser de este tipo. Es una escala más reducida la que permite verdaderamente producir el cambio social. Porque lo otro es simplemente agarrar el fusil—o sea sólo hacer política—y esperar a obtener el poder. El Dr. Tejada señalaba que en su experiencia, las posibilidades de cambio vienen dadas a nivel individual, al nivel de la familia, a nivel de las comunidades, que es donde se construye verdaderamente la transformación social. Es en ese nivel donde es posible construir una perspectiva distinta porque, inclusive si existiese un vacío de poder, es allí donde surge el riesgo de reproducir lo anterior.

En síntesis, el asunto sería ver cómo generar acciones micro a nivel individual, a nivel de colectividades, a nivel de problemas parciales, pero en una perspectiva conectada a lo macro. Ahora, si se tiene la posibilidad de actuar a nivel macro, ¡estupendo! Sin embargo, estar al frente de un Ministerio, si bien permite generar ciertas políticas, no garantiza que de allí se derivarán todas las modificaciones que tienen que darse a nivel de las comunidades, a nivel de las familias, a nivel de los individuos que pertenecen a esa sociedad y que son los que pueden hacer el cambio social. Porque el cambio social se construye diariamente, se logra diariamente con pequeñas acciones. Este es el punto que quería traer a colación: la relación que existiría entre lo micro y lo macro como elemento para orientar las prácticas en salud pública.

Dr. Paim

Voy a intentar contribuir a esta discusión sobre lo que es posible hacer—aun en las condiciones actuales—pero dentro de la perspectiva de articular lo local y lo más simple con lo más complejo y general. Muchos saben que Brasil incorporó a su Constitución el derecho a la salud del ciudadano como deber del Estado. Esto ocurrió en 1988 y fue fruto de todo un movimiento de más de veinte años por la reforma sanitaria. En esa Constitución también se garantizó la implantación—por lo menos desde el punto de vista formal—de un sistema único de salud descentralizado y participativo. Esto se hizo sobre la base de un concepto de salud muy amplio que involucra las condiciones de vida desde el punto de vista social, económico, ambiental, etc. Ese es el marco general en que la reforma sanitaria fue concebida e incorporada por las fuerzas sociales a la Constitución.

De 1988 en adelante, dos procesos pasaron a ser más importantes que la organización de ese sistema único de salud. Uno—que mencionaba ya el Dr. Feo—es la privatización; el otro—de más reciente ocurrencia en el Brasil—es un proceso que nosotros llamamos "inampsización", neologismo derivado de la sigla INAMPS (Instituto Nacional de Atención Médica y Previsión

Social), institución que maneja lo correspondiente al seguro social. El INAMPS, órgano del Ministerio de la Previsión y Asistencia Social, siempre ha funcionado con una lógica que consiste en apoyar con recursos del Estado el desarrollo de las empresas privadas de medicina, paralelamente al de las que funcionan dentro del sector público. Sin embargo, el INAMPS hace mucho más énfasis en la producción y productividad de los servicios que en la resolución de los problemas de salud. Al tiempo que estas dos políticas (privatización e "inampsización") se implementaban, organizaciones que trabajaban dentro de los municipios—grupos religiosos, asociaciones no gubernamentales, entidades comunitarias, etc.—defendían una idea de descentralización y la ejercían.

En esa perspectiva, nosotros hemos trabajado con lo que internacionalmente se llama SILOS (sistemas locales de salud), aunque en Brasil se funciona más con la idea del distrito sanitario, la cual contiene también el elemento de descentralización pero no tiene la visión geográfica y gerencial muy presente en el concepto de SILOS. Aprovechando ese contexto donde convergen los intereses políticos de toda una serie de organizaciones sociales, comunitarias, etc., se ha organizado una serie de distritos sanitarios donde, además de viabilizar el nuevo modelo gerencial, se están intentando implementar transformaciones en el modelo de asistencia, es decir, en la organización de las prácticas de salud.

¿De qué transformaciones se trata? Se parte del entendimiento de que estas prácticas de salud están integradas por un objeto que se modifica históricamente por medio del trabajo, y que las hay materiales y no materiales (conocimientos que se acumulan y que son utilizados en esa práctica que se realiza también mediante el trabajo humano y que tiene una finalidad muy clara: las consultas, las internaciones, los movimientos de barrio). En fin, se trata de un conjunto de actividades realizadas para modificar ese objeto, y en estas actividades se concretan relaciones técnicas y también sociales. Se asume igualmente que cada uno de esos componentes de la práctica de salud puede irse alterando dentro de esa perspectiva histórica de ligar lo local con lo general.

Lo anterior requiere que, en la medida en que las sociedades vayan modificando el objeto de intervención—sea la muerte, la dolencia, el riesgo, las condiciones de vida, la salud o la felicidad—en función de esa definición histórica, cada sociedad o cada grupo humano puede ir generando también las nuevas prácticas de salud correspondientes. Estas experiencias se están llevando a cabo particularmente en municipios que tienen una postura política más progresista y que están aprovechando el discurso de la Constitución sobre descentralización.

Dr. Nájera

Buscando hitos en la evolución de la práctica, quiero insistir en que tenemos que analizarla como un proceso dinámico que ha estado ocurriendo y en el cual nosotros y/o nuestros antecesores hemos sido actores. Creo que se debería analizar con algún detalle y en el momento apropiado un informe conocido por todos nosotros como el *Informe Black*. Publicado más o menos en 1979, este informe contiene un análisis del Servicio Nacional de Salud inglés a finales de la década de los setenta. Y fue tan polémico que el nuevo gobierno de la Sra. Thatcher dificultó su difusión, si bien éste termina siendo publicado en edición popular por Penguin para que sea conocido en todas partes. Pero el *Informe Black* no es sólo ocultado—si se puede utilizar esa palabra—por el gobierno de la Sra. Thatcher, sino que tampoco es difundido, con toda la fuerza que debería haberlo sido en un país con suficiente libertad como es Inglaterra, por los mismos que lo habían generado, es decir, los laboristas. Esto es interesante porque lo que el *Informe Black* afirma en definitiva es que, después de cuarenta años de Servicio Nacional de Salud, no se han cumplido todos los objetivos que se habían planteado, y que las desigualdades sociales ante la salud habían aumentado en lugar de disminuir (una de las metas fundamentales del servicio cuando Lord Beveridge lo implantó).

El *Informe Black* establece con claridad que lo que en definitiva había hecho el llamado Servicio Nacional de Salud era disminuir las desigualdades ante los servicios médicos de atención a la enfermedad. Porque en realidad el servicio nunca fue Servicio Nacional de Salud sino servicio de atención a la enfermedad. Esto quiere decir que si bien se habían reducido las desigualdades de acceso a los servicios médicos de atención a la enfermedad, no habían disminuido las desigualdades ante la salud; porque evidentemente unos servicios médicos de atención a la enfermedad no pueden reducir las desigualdades ante la salud. Ambos partidos tenían interés en hacer que el *Informe Black* no se difundiera demasiado porque en él no hay contraposición, como en algún sitio alguien ha dicho. Como tampoco hay contraposición en las tesis que planteamos el grupo de Sevilla: no hay contraposición a que lo médico sea verdaderamente médico, es decir, a que el cuidado o atención a la enfermedad forme parte de los servicios de atención a la salud; lo que hay es oposición a que lo micro domine a lo macro; a que lo micro, a saber, la atención a la enfermedad, domine al cuidado de la salud que es lo macro. Y lo cierto es que lo domina de muchas formas. Nosotros tenemos que preguntarnos por qué lo domina e intentar buscar respuestas que sean válidas hoy.

El Dr. Ferris se preguntaba cómo es posible que, siendo la prevención tan barata y tan factible, no se lleve a cabo y se sigan gastando en cambio cantidades ingentes de dinero en atención

médica. Preguntémosnos por qué sucede ésto; ese es el análisis que nosotros debemos realizar para intentar mirar hacia el futuro con alguna posibilidad de tener cierta esperanza de éxito. Y buscando esas preguntas que uno se debe hacer se me ocurrían algunas posibles respuestas. En esa evolución de la que hablábamos, la institucionalización de la teoría de lo biomédico impulsada por Flexner marca un hito importantísimo (hito que en algún momento hay que defender porque Flexner reconocía abiertamente cómo el proceso de enfermar y la pérdida de salud surgían del ámbito social). Lo que pasa es que eso también se ocultó y se perdió, pues en ese momento histórico el desarrollo de la química, y por ende de los productos farmacéuticos, lleva a otro de los hitos, marcado por aquéllo que se llamó "magic bullet": la famosa droga contra la sífilis. No me acuerdo, perdónenme, si era el Salvarzan la primera droga antisifilítica que obtenía la curación de la enfermedad equivalente al SIDA de hoy. Esa capacidad de "curar" va a hacer que se refuerce y se apoye verdaderamente la teoría de las causalidades—sean multi o unicasalidades—y que de allí se empiece a presumir y a asumir la capacidad de curar (con mayúscula) de la medicina, capacidad que hasta entonces nunca había asumido verdaderamente el campo médico. Hasta ese momento la medicina había curado pero con minúsculas; había ayudado a mejorar. Pero ahora sí, ahora sí cura, cura mágicamente; por eso se le llamó la bala mágica y se le dio toda la fuerza de lo militar, de lo mágico. Sin embargo, al asumir y al presumir esa capacidad de curar es cuando se empiezan a crear las expectativas ilimitadas que yo señalaba con anterioridad, cuando aludía a una cita de Roberts.

Pero no sólo la capacidad de curar va a generar una extraordinaria confianza en la medicina por el éxito que ello supone, sino que se extrapola también a la capacidad de evitar y se presume que podemos aplicar las mismas técnicas—o parecidas—para prevenir. De nuevo surgen expectativas ilimitadas y las fomentamos mediante la creación de técnicas biomédicas como las vacunas.

Es increíble que hoy, a finales del siglo XX y ante un problema brutalmente social como es el SIDA, se esté pensando en una vacuna. El hecho de que para resolver un problema social como el SIDA se piense en una vacuna es lo que hace que nosotros pensemos en cómo esa capacidad de generar expectativas ilimitadas se ha ido manejando y se ha ido llevando a los extremos en que nos encontramos. Pero a esos extremos nos ha llevado nuestra propia teoría, o nuestra propia falta de teoría. Es decir, esa práctica agarrada a unos principios exagerados nos ha llevado a su vez a lo que analizábamos antes, y que es o debería ser un poco el *leitmotif* de nuestra preocupación porque es la que nos va a quitar la alfombra, nos va a arrancar el piso: el costo exagerado de todo este sistema que se ha generado.

Muchas veces pienso que cuando separamos o intentamos diferenciar los problemas según los distintos grados de desarrollo, según los distintos grados de pobreza de los países, podemos cometer errores porque en definitiva son los mismos. Quiero insistir en que hay poblaciones enormemente subdesarrolladas en los países teóricamente más desarrollados y dependerá, como decía antes, de la relatividad de los porcentajes, de la distribución, etc. Resumiendo, diría que es enormemente conveniente que reflexionemos sobre esta evolución de nuestra práctica para intentar arrancar del pasado alguna luz que nos permita pasar a la sesión siguiente, la cual se refiere precisamente a los cambios deseables.

Dr. Badgley

Quisiera responder brevemente a algunas de las observaciones efectuadas por el Dr. Nájera, y espero que sus argumentos no sean del tipo Norte-Sur porque entonces voy a tener que expresar mi desacuerdo con sus interpretaciones. Al citar el *Informe Black* el Dr. Nájera está planteando un dilema clásico en el que nosotros aquí también podríamos caer. Se trata de ir desarrollando una teoría grandiosa de la salud pública y de la práctica de la salud pública, e imputándole un rango de acciones e intervenciones que toda la evidencia frecuentemente se encarga de contradecir. Usted ha dicho que el *Informe Black* es limitado; ciertamente lo es.

Como todos sabemos, ese informe estuvo a cargo de un equipo excepcional conformado por un antiguo funcionario de primer orden en el servicio de salud de Gran Bretaña, el Dr. Morris—epidemiólogo sobresaliente—y por Peter Townsend, un sociólogo eminente. Repito que tiene usted la razón. En el corto plazo, el informe resultó limitado. Sin embargo, la evidencia citada no era particularmente nueva. En Gran Bretaña ha existido un registro histórico que data desde Chadwick y que fue documentado por Sidney y Beatrice Webb, Roundtree, y Abel Smith, entre otros, el cual demuestra el impacto profundo que han tenido los determinantes sociales en la salud.

En mi propio país, Canadá, así como en la Gran Bretaña, hemos tenido la costumbre de atribuirle resultados a la retórica política, y si mal no recuerdo, el *Informe Beveridge* que estableció el Servicio Nacional de Salud, buscaba implantar un sistema muy amplio de reforma social que habría exigido la transformación de la sociedad británica. Lo cierto es que muy pocas de sus partes fueron puestas en vigor mediante la legislación que se introdujo a finales de los cuarentas. Y afirmar que ese programa fue un fracaso si que sería una falacia, porque no creo que hubiera sido factible que la introducción unilateral de un programa de salud pudiera afectar algo como los enormes diferenciales en la mortalidad. Sobre todo cuando la evidencia recogida

a nivel nacional e internacional señala los determinantes sociales, entre otros, como los responsables de que continúen estas disparidades tan marcadas. Así es que si revisamos lo que nosotros mismos estamos haciendo, deberíamos aprender una lección por implicación. Es decir, que los programas que se introducen y que no son congruentes con los valores sociales básicos están predestinados, o a la implementación parcial o al fracaso.

El caso de Canadá es bastante interesante. El Dr. Terris mencionó brevemente que Henry Sigerist había ido al Canadá. Al leer su informe para el gobierno social-cristiano que había asumido el poder en Saskatchewan en 1944, él introdujo una visión muy congruente con la de Alma Ata. Con todo y que contaba con un gobierno que simpatizaba mucho con él, con el tiempo se pudieron introducir apenas algunos elementos; en otros casos, los cambios propuestos eran incompatibles con los valores preponderantes en la sociedad canadiense. Se trataba de obstáculos sociales, por así decirlo, y tenían que ver tanto con el tejido social como con la forma en que la gente vive sus valores. Es interesante—y creo que nadie aquí en el grupo necesita que se lo recuerden—que todos supongamos que la salud es un alta prioridad para los individuos, al menos en muchos de los países occidentales industrializados. Pero cuando finalmente a la gente se le pide que diga cuáles son sus prioridades, la salud generalmente se halla por debajo de muchas otras. Cuestiones como la seguridad, el trabajo estable, la vida en familia, ocupan casi invariablemente un lugar más importante que los asuntos relacionados con la salud.

Dr. Nájera Indudablemente el *Informe Black* no concluye pidiendo reformas sociales del tipo de Chadwick, por suerte. En definitiva no hace más que pedir que poco a poco se vayan refinanciando los sistemas más básicos de la estructura social, mediante la disminución del gasto en el sector salud. Esto apuntaba hacia una re canalización de fondos a sectores donde la eficacia fuera mayor, algo que tampoco es nuevo. Yo antes citaba a Mechanic, y hay tantas otras citas que se podrían hacer desde principios de siglo, o probablemente aun desde antes.

Dr. Terris Quisiera hablar acerca de la privatización y de los cortes de presupuesto en el gasto social, para responder a mi propia propuesta de hablar sobre cuestiones específicas. Me perdonarán si digo que esta reunión ha sido muy buena en tratar las generalidades, pero ha mostrado debilidades cuando se trata de abordar asuntos concretos. Cuando pedí que se discutiera directamente qué es lo que se puede hacer en cada país para luchar contra la privatización y el recorte de presupuesto, se dijo que era una cuestión de vital importancia pero nadie se ofreció a abordarla.

Tengo la impresión de que no estamos listos para tratar de dilucidar qué hacer. Por eso quisiera hacer una sugerencia.

No se trata únicamente de que la salud esté siendo privatizada o de que se estén reduciendo los presupuestos en esa área. La educación en general, que es un programa de salud muy importante—y digo “programa de salud” a sabiendas de lo que estoy sugiriendo—, también se está viendo gravemente afectada por las reducciones presupuestarias. A medida que me hago más viejo más me convengo de que no solamente la educación para la salud, sino la educación misma, es un elemento fundamental para la salud. En ese sentido me parece que deberíamos aliarnos con nuestros colegas en el campo de la educación para tratar de constituir un frente unido de oposición. Lo mismo con respecto a todas las demás áreas que están siendo afectadas por las políticas ahora en boga, y por supuesto con las gentes del pueblo mismo, cuyas vidas están siendo desperdiciadas por causa de las medidas denominadas neoliberales.

Al respecto me gustaría agregar un punto de información. En este momento la Dra. Lydia Novak (Presidenta de la Federación de Trabajadores de Salud de la Unión Soviética) y yo estamos al frente de una organización llamada Consejo Mundial de Organizaciones de los Trabajadores de la Salud para el Bienestar, la Salud y la Paz. Esta tuvo sus orígenes en una reunión realizada conjuntamente con IPPNW (Médicos Internacionales por la Prevención de la Guerra Nuclear), en Moscú en 1987. Allí se hicieron presentes muchas organizaciones de trabajadores de la salud tales como sindicatos, asociaciones de enfermeras y otras.

La reunión concluyó con una declaración que hacía un llamado a la paz, pero también a la acción en el campo del bienestar y la salud. Ahora tenemos un comité coordinador que incluye representantes de sindicatos de trabajadores de la salud de Inglaterra, Francia, Finlandia y Japón, así como a la Asociación Canadiense de Salud Pública y la Sociedad Polaca de Higiene. Desafortunadamente, los miembros del comité coordinador provenientes del Tercer Mundo tales como la Asociación de Salud Pública de la India y el Sindicato de Trabajadores Médicos y de la Salud de Nigeria no pueden asistir a las reuniones por problemas financieros. De cualquier manera, estamos tratando de crear una coalición mundial de organizaciones de trabajadores de la salud con el fin de mejorar los prospectos de bienestar, salud y paz.

En 1990, en la reunión del comité coordinador realizada en Inglaterra, pasamos una resolución muy fuerte contra la privatización y la reducción presupuestal. Pero se trata solamente de una resolución, y lo que nosotros tenemos que hacer es crear un programa conjunto para la gente en los diferentes países que

atraiga trabajadores de salud de todo tipo y de todas las orientaciones políticas—conservadores, liberales, radicales, lo que sea—que se opongan a la privatización y al corte del gasto social, y que estén interesados en mejorar la salud del público. Nos gustaría fortalecer los lazos que ya hemos creado, con el fin de jugar un papel verdaderamente constructivo en el logro del bienestar y la salud hoy en el mundo. Y apreciaríamos la oportunidad de discutir este asunto con aquellos de ustedes que trabajan activamente en las asociaciones de salud pública de sus países.

Dr. Ibrahim Dentro de lo que se ha debatido me parece que hay un punto que requiere especial atención. Aunque se ha dicho repetidamente que el cuidado médico tiene poco que ver con la salud pública—determinada ésta por un amplio rango de factores—me doy cuenta de que cuando aquí hablamos de salud pública frecuentemente se la asimila a la atención médica. Y yo quisiera asegurarme de que, en la medida en que avanzamos en esta discusión, separemos realmente la salud pública de la organización y prestación de servicios médicos.

Y a propósito de lo que dijo el Dr. Terris acerca de crear coaliciones, me parece que los documentos titulados *Healthy People* y *Healthy People 2000*—las primeras publicaciones de carácter global sobre prevención de enfermedades y promoción de salud para un país tan diverso y complicado como Estados Unidos—pueden servir como fuente de inspiración para el desarrollo de la salud pública en otros países. Como ustedes lo saben, allí se desglosa en forma detallada el cómo hacerlo tanto en la práctica como en la teoría. Y existe también un volumen adicional, *Healthy Communities 2000*, donde se especifica paso por paso cómo cada comunidad puede lograr las metas de salud fijadas para el año 2000. Pienso que estos documentos recientemente publicados podrían ser una buena guía para que nos concentremos en la promoción de la salud, en la prevención de la enfermedad y en la salud del público, y para que nos alejemos un poco de la atención médica como tal.

Dr. Frenk Estoy empezando a compartir la frustración que expresó el Dr. Terris por el nivel de generalidad con el que se han conducido las discusiones hasta ahora, y sobre todo por el hecho de que realmente hemos abordado temas que son bien conocidos por la mayoría de los especialistas en salud pública en América Latina, en Estados Unidos y en Europa. No necesitamos redescubrir o reiterar hechos que incluso han sido demostrados con investigación, como lo es el poco impacto de las acciones curativas. Sigo insistiendo en que debemos analizar las cuestiones específicas de las instituciones de la salud pública como campo del conocimiento y como ámbito de práctica profesional. Creo que si

nuestra conferencia termina en este nivel de generalidad, constituirá el mejor ejemplo de la crisis de la salud pública en la medida en que seguimos repitiendo temas que llevan cuando menos veinte años de discusión.

Una dimensión que ha determinado la crisis de la salud pública ha sido la tendencia a cerrar los espacios. Por el contrario—y ésto lo hago explícito en mi trabajo—pienso que la renovación de la salud pública exige una apertura. La salud pública durante muchos años, al menos en México, se caracterizó por encerrarse y aislarse. Se aisló del proceso de toma de decisiones, ya por incapacidad técnica para influir sobre los decisores, o por prejuicios ideológicos de que cualquier acción que tuviera que ver con el gobierno era mala. Su separación de las ciencias sociales fue otro aislamiento pernicioso, tanto como podría llegar a serlo el aislamiento con respecto a las ciencias biológicas.

Está ocurriendo una revolución biotecnológica que probablemente ofrecerá instrumentos poderosos para que una salud pública realmente multidisciplinaria los incorpore. A mí me sorprende que nos opongamos, por ejemplo, a que se desarrolle una vacuna contra el SIDA. Evidentemente todo el mundo sabe que las causas más profundas no se van a resolver con vacunas pero debemos tener cuidado de no asumir posturas antagónicas al progreso de la investigación biomédica porque es nuevamente un tipo de barrera que no beneficia a nadie. Al igual que se le cerraron las puertas a la investigación de las ciencias sociales, ahora me preocupa que vaya a producirse una tendencia similar con respecto a la investigación en las ciencias biomédicas.

También se le han cerrado las puertas al resto de las disciplinas y campos de la salud; el aislacionismo ha sido particularmente marcado en lo que se refiere a la medicina. En realidad yo preferiría que pudiéramos llegar a la conclusión—como de hecho lo hace el Dr. Terris en su trabajo—de que la medicina es parte de la salud pública. Esa sería una estrategia mucho más fructífera; me refiero a la vinculación con las instituciones que finalmente dominan gran parte del área de la salud, aun si son aquéllas que se dedican estrictamente a la atención de la enfermedad. Pienso que en el campo en que nos movemos es mucho más importante poder influir sobre ellas que simplemente descartarlas a *priori* como adversarios sobre bases ideológicas.

La salud pública también se ha mantenido aislada con respecto a los espacios universitarios—al menos las escuelas de salud pública que se crearon por fuera de las universidades—, lo cual también fué negativo y dió lugar a un anti-intelectualismo del que no hemos salido todavía. Igualmente hubo un rechazo hacia lo internacional, y eso también hay que combatirlo. Finalmente se dió la peor de las tendencias, y fue la de cerrarse hacia la comprensión real de los procesos de salud y las necesidades de

salud de la población, y a entender cómo se determinan esas necesidades, así como las concepciones y prácticas en torno a la salud.

Espero pues que en la siguiente sesión sobre los cambios descritos sí podamos ver qué transformaciones institucionales son necesarias para superar estas tendencias de encerrar a la salud pública en espacios cada vez más estrechos, y que podamos llegar a hacer algunas sugerencias concretas, porque francamente creo que el mero reconocimiento de la crisis no nos va a ayudar a superarla. El Dr. Tejada señalaba muy claramente cómo es que tenemos un espacio relativamente limitado y sobredeterminado por otras cuestiones, las cuales generalmente escapan a nuestra acción como especialistas de salud pública pero no a nuestra acción como ciudadanos o militantes de partidos políticos u otras cosas. Mi propuesta es que no cerremos más este espacio que se reconoce como limitado, y que veamos cómo lo abrimos para construir instituciones eficaces dentro de nuestras sociedades en este momento histórico específico.

Dra. Spinola

Para cerrar esta sesión sobre las tendencias de la práctica voy a intentar esbozar algunas de las cuestiones más importantes surgidas durante la discusión. Se debatieron las tensiones existentes entre los niveles macro y micro en relación con el futuro de la salud pública, y qué tipo de acciones pueden o deben ser conducidas en estos dos niveles. También se discutió en varias instancias la cuestión de la institucionalización de la práctica de la salud pública, y se señaló nuevamente la necesidad de analizar la evolución del propio concepto de salud pública; esto para poder entender mejor su posición actual y hacer las modificaciones necesarias.

La prevención, y el descuido en que se ha mantenido esta área, fue otro de los puntos centrales. Se reafirmó enfáticamente la necesidad de que se creen divisiones de servicios preventivos en los departamentos de salud de las varias instituciones. También se debatió la necesidad de revisar las prioridades de salud en las diferentes localidades, regiones y países. La operacionalización de los conceptos fue cuestionada, y se discutió cuál es el papel del sanitarista dentro del marco de las transformaciones que se consideran vitales. Otro punto que persistió en el diálogo fue el de la descentralización y cómo operacionalizarla. La falta de especificidad en la discusión de los puntos considerados estratégicos para el desarrollo de la práctica de la salud pública fue otra de las cuestiones que transpiró en el debate. Indiscutiblemente, todos estos asuntos merecerían análisis más profundos. Me permito sugerir, sin embargo, que muchas de las preocupaciones que surgieron en esta sesión encuentran sus respuestas, si bien parciales, en los documentos escritos.

Por otro lado, quiero expresar mi optimismo en cuanto a los resultados positivos de esta reunión y recordarles que es sólo la primera, de manera que tendremos otras oportunidades para discutir las cuestiones que aquí se han tratado. La identificación y subsecuente reflexión sobre los puntos que merecen atención es de por sí un gran progreso.

CAMBIOS DESEABLES

Moderador:
Dr. David Tejada de Rivero

Dr. Tejada Después de haber analizado la crisis de la salud, y las tendencias de la teoría y la práctica de la salud pública, entramos a una parte que nos obliga a aterrizar la discusión: la de los cambios descabidos. Interpretando el sentir de algunos de los participantes en esta reunión, quiero hacer un llamado para que hagamos propuestas concretas que puedan permitirnos verdaderamente iniciar un proceso de transformación que reconocemos como importante y necesario.

Dr. Badgley En nuestras discusiones, hemos venido pensando en la salud pública como una teoría global y se han debatido en gran detalle muchos de sus elementos básicos. Una dimensión que está implícita pero que no ha surgido con claridad es el papel de las ciencias sociales como los cimientos mismos de la salud pública. Este abordaje de las ciencias sociales exige un reposicionamiento de esta preocupación, tanto fundamental como suplementario. Yo creo que el cambio en mi propia carrera refleja algunas de las transformaciones más amplias que se pueden reconocer en la salud pública de hoy.

Cuando yo empecé mi carrera de sociólogo hace 30 años y decidí concentrarme en el tema de la salud, mi caso se consideraba muy excepcional. Solamente existían unos cuantos individuos que estaban siguiendo el mismo camino en algunos países. Cuando se me pidió que regresara a Canadá después de que terminé parte de mi formación en el extranjero, fui por largo tiempo el único científico social de tiempo completo en la facultad de salud pública. Y a partir de entonces nuestro gremio ha experimentado un crecimiento sustancial, de modo que ahora estamos en casi todas las facultades de salud. No creo que exista una facultad de salud—sea en el área de odontología, enfermería o farmacia—donde no haya un científico social que esté prestando una contribución importante tanto en la docencia como en la investigación. Creo que en América Latina y el Caribe se han dado desarrollos similares, aunque en forma un poco desigual.

En un momento de mi carrera trabajé en el Milbank Memorial Fund, una pequeña fundación que se especializa en robustecer la salud pública y las ciencias sociales. Mi trabajo como funcionario de jerarquía consistía en prestarle apoyo a este campo. Recuerdo haber visitado varios países miembros del comité consultivo a mediados de los sesentas. En ese momento existían muy pocos esfuerzos en ese sentido a nivel de instituciones educativas o gubernamentales. Realmente fue una lucha muy lenta. Los científicos sociales tenían muy poca capacitación de alto nivel y en estudios comparativos. A algunos se les veía como elementos políticamente peligrosos y no eran aceptables ni para el gobierno ni para las instituciones de formación. Finalmente y

de manera gradual la situación ha cambiado. El Dr. Granda, por ejemplo, me ha informado que existe una asociación de ciencias sociales y salud en América Latina que reúne cerca de 5.000 miembros, si bien recuerdo. Esto representa un cambio verdaderamente espectacular.

Creo que en relación con el tema de la reestructuración conceptual de la salud pública, sobre el cual trata esta sesión, se deberían reconocer algunas de las premisas conceptuales de las ciencias. No existe un sólo paradigma. Los modelos dominantes son varios, incluyendo la teoría del conflicto, de la desviación, y el funcionalismo estructural, entre otros. Todavía no hemos llegado a un punto en que las ciencias sociales en general puedan basarse en un solo enfoque. Pero lo que los paradigmas aludidos tienen en común—lo cual es básico para la salud pública o para la epidemiología como disciplina complementaria—es que, mientras la epidemiología comienza con la enfermedad como una entidad y se desplaza hacia el entorno, las ciencias sociales reposicionan ésto y empiezan con el individuo y las circunstancias sociales, las redes, y las instituciones en que éste está inserto.

Dr. Frenk

Yo quisiera proponer que uno de los grandes retos—obviamente no el único—de la salud pública, sobre todo en América Latina, es el de lograr el desarrollo y el fortalecimiento de las instituciones en este campo. Quiero referirme particularmente a las instituciones de investigación y de formación de recursos humanos—porque son las que conozco mejor—con el fin de tratar de plantear ciertos puntos que creo especifican algunos de los cambios necesarios en la salud pública. Para estas propuestas específicas me voy a apoyar en la organización básica que le di a mi trabajo, donde expongo que en la creación de una tradición intelectual hay cuatro bases: la base conceptual, la base de producción, la base de reproducción y la base de utilización.

La base conceptual ha sido suficientemente debatida, aunque sí creo que es necesario profundizar la discusión que aquí hemos iniciado sobre el concepto específico de salud pública. Parte de los problemas de interlocución que ha tenido la salud pública en América Latina radica en su crisis de identidad. Por ejemplo, la interlocución con la medicina ha sido especialmente problemática porque la salud pública se ha definido muchas veces por lo que no es, es decir, la salud pública es precisamente lo que no es la medicina clínica. Yo personalmente creo que a la salud pública se le puede dar una identidad positiva, que nosotros ubicamos en el hecho de que este campo particular aborda el nivel poblacional de los fenómenos de salud. Esto es muy importante porque eleva la categoría de interlocución de la salud pública, en tanto ya no se define por lo que no es sino por algo que sí es, y

además le provee el ángulo poblacional, mucho más amplio y de mayor cobertura que el de la medicina clínica basada en individuos. Me parece entonces que un primer cambio apuntaría a lograr mayores consensos en torno a la identidad específica de la salud pública.

La otra cosa que creo que la salud pública tiene que asumir plenamente—y ésto, lejos de ser una debilidad es su gran riqueza—es su dualidad de ser un campo de conocimiento y un ámbito para la acción. Y tenemos una situación—mencionada por los doctores Terris e Ibrahim—de pugna entre los que están en el lado del conocimiento—los académicos—y los que están en el lado de la acción. Por el contrario yo creo que es necesario asumir plenamente que se trata de dos vertientes muy claras y complementarias de la salud pública y que constituyen precisamente parte de su gran riqueza. El esclarecimiento conceptual y la creación de una identidad muy definida es fundamental porque no se puede construir una institución si no hay una identidad nítida. Esto no es un ejercicio estrictamente académico; es un ejercicio con un valor estratégico en la medida en que, como lo dijo el Dr. Macedo durante su presentación, apunta precisamente a establecer varios de los aspectos que nos diferencian y nos permiten hacer una contribución única al análisis de los problemas de salud.

En cuanto a la base de producción de conocimiento, es necesario reconocer que hay una gran debilidad en la investigación en salud pública en América Latina. Ciertamente en muchos países, y especialmente en la comunidad de salud internacional, hay una valoración cada vez mayor sobre la importancia de la investigación en salud. Acaba de publicarse el informe de una comisión internacional de investigación de salud para el desarrollo donde se propone que todos los países emprendan lo que se llama "investigación nacional esencial en salud." Las dos palabras críticas allí son *nacional*—el hecho que se refiere a problemas específicos de un país—y *esencial*, lo cual quiere decir que se trata de la investigación que permite generar el conocimiento indispensable para lograr las metas de equidad del sistema de salud.

Creo que hay entonces una revalorización de la investigación. En México ha sido así, y vemos que cada vez hay más recursos. Sin embargo, allí el gran problema es que carecemos de estructuras adecuadas para promover la labor de investigación, de incentivos de carrera (los salarios de los investigadores son pésimos), y de una base de apoyo financiero integral, cuestiones estas que se erigen en barreras que impiden el despegue firme de la investigación en salud pública. Yo podría más adelante, si hay interés, ejemplificar cómo es que nosotros hemos tratado de superar algunas de estas barreras, pero por ahora me limito a

señalar que necesitamos fortalecer las instituciones que se dedican a la generación de conocimiento de salud pública.

La tercera es la base de reproducción. Allí yo veo graves problemas. En algunos países como Argentina y México ha habido una expansión un poco descontrolada de las escuelas de salud pública. Yo insistiría en la necesidad de desarrollar mecanismos para garantizar la calidad de la formación de recursos humanos en salud pública. Corremos el riesgo de que pase con la salud pública lo que ocurrió con la educación médica en los años setenta, cuando se dio una expansión incontrolada que acabó generando severos desequilibrios en los mercados laborales de los médicos en América Latina; eso finalmente debilitó profundamente a las propias escuelas de medicina. Estamos viendo con diez o quince años de retraso el reflejo de ese fenómeno en la educación en salud pública: un aumento de demanda por muchas causas que no quisiera abordar ahora. El hecho es que hay un aumento de demanda por educación superior en general, o por educación de posgrado y ésto se refleja en salud pública de manera importante. Las presiones generales han dado lugar a que se abran nuevos programas en forma poco controlada.

En mi trabajo planteo varios elementos para una reforma de las escuelas de salud pública, que ahora simplemente voy a enumerar. Uno es la definición clara de la misión de las escuelas de salud pública. Estas deben ser instituciones de educación superior y no instituciones de capacitación para el trabajo, que son de otro tipo. El segundo elemento es la asimilación cotidiana de la investigación a la enseñanza, porque allí hay un divorcio importante en muchas escuelas de salud pública, las cuales no hacen otra cosa que repetir el conocimiento. El tercero es la vinculación de las escuelas con los encargados de tomar decisiones, tanto los funcionarios gubernamentales como quienes lo hacen en el nivel de las organizaciones sociales: líderes comunitarios y otros. El cuarto elemento es la renovación de las estructuras organizacionales a que ya me referí, y el quinto la necesidad de una planeación estratégica que les permita a las escuelas diagnosticar correctamente su entorno y ajustarse a él.

En la base de reproducción incluyo, además de la educación—en donde veo estas cinco necesidades de cambio—las publicaciones y las asociaciones. En materia de publicaciones la OPS ha tomado un liderazgo muy importante con el *Boletín Epidemiológico*, pero creo que este campo necesita ser fortalecido. Hay una gran ausencia de revistas realmente latinoamericanas o panamericanas sobre salud pública; las únicas que probablemente cualifiquen son el referido boletín y *Educación Médica y Salud*. Sería una buena idea crear un consorcio de publicaciones—sacrificando muchas de las más pequeñas—en aras de construir un vehículo mucho más ágil y dinámico para transmitir las nuevas

ideas, los nuevos debates (como algunos de los que hemos tenido en esta reunión) que caracterizan hoy a la salud pública y que no tienen expresión más que en revistas que se publican en inglés o en otros idiomas. Igualmente veo una debilidad notable en las asociaciones de salud pública, por lo menos en México, y creo que allí también habría que iniciar una labor de fortalecimiento.

Por último está la base de utilización que es donde se debe producir la interacción con los encargados de tomar decisiones. En esta área, las barreras potenciales son de diversa índole y tienen que ver con las diferencias de prioridades entre los académicos de salud pública y los decisores; con el manejo del tiempo por parte de los primeros (quienes requieren desarrollar sus estudios durante largos periodos) y los segundos (quienes requieren resultados inmediatos); con el lenguaje y el acceso a los resultados de investigación; con las percepciones sobre los productos finales de la investigación, y finalmente, con la integración de hallazgos sobre un mismo problema. Yo allí propongo varias cuestiones específicas, entre las cuales destaco la necesidad de contar explícitamente con decisores tanto de organismos gubernamentales como no gubernamentales en los cuerpos directivos o consultivos de las instituciones de educación y de investigación de salud pública. El diseño organizacional es un aspecto fundamental, y allí es vital la presencia de gente que está en la práctica tomando decisiones en el campo. Por ejemplo, nosotros en nuestro instituto así lo hacemos y ha probado ser muy benéfico.

Otra propuesta es la generación de vehículos—a los que nosotros llamamos “síntesis ejecutivas”—que transmitan de una manera muy eficaz y muy concisa los hallazgos de la investigación para la toma de decisiones. No entro en más detalles porque en mi trabajo le dedico bastante espacio a este problema de la utilización del conocimiento, que creo yo es crítico. Insisto en que lo conceptual, la producción, la reproducción y la utilización de conocimiento son los cuatro componentes fundamentales para lograr un desarrollo institucional sano que saque a la salud pública de su aislamiento; es necesario impedir que se siga encerrando en sus propios problemas, e impulsarla para que se abra a las necesidades de la población y a otros ámbitos que la enriquezcan.

Dr. Nájera

La sesión que iniciamos ahora tiene un título enormemente sugestivo: “Cambios deseables y necesarios”. Estos son dos adjetivos que yo diría están cargados de ideología y por lo tanto de política. Por eso se requiere establecer “necesarios” y “deseables” *para quién y para qué*. Me parece evidente que quienes han convocado esta reunión no se han propuesto obtener un consenso, sino precisamente aprovechar la riqueza del debate y

la diversidad. Y como tuve la suerte—y no dudo que fue una suerte—de haber estado comprometido con el esfuerzo desde el inicio, creo que lo que nunca se pensó es que de aquí pudiera surgir una receta, ni culinaria ni médico-farmacéutica. Porque no se trata ni de alimentar a un hambriento por más que esté hambriento, ni de ayudar a cuidar a un enfermo por más que esté enfermo. Creo que lo que se desea es promover verdaderamente la génesis de una teoría, que sería ese cambio necesario de que habla el título de la presente sesión.

Como lo decía el Dr. Macedo, es indispensable que empeemos a mirar la salud como parte del desarrollo y como un elemento que incluso contribuye o puede contribuir precisamente a ese desarrollo. Y para hacer confluir los cambios que pensamos son deseables con el desarrollo de una teoría que incorpore a la salud dentro del desarrollo social, creo que podríamos intentar promover una serie de acciones que a continuación enumero. Primero, se debería impulsar una teoría del desarrollo sociocultural, no sólo económico, que considere la salud como uno de los elementos fundamentales de ese desarrollo para tener una vida alegre, o para intentar entender qué es la felicidad. Aprovechando la presencia del Dr. Levav comentábamos cómo toda esa enorme parte del componente de salud que definimos sin precisión, pero que corresponde al reino de la salud mental, suele estar ausente de la mayoría de las discusiones cuando se habla de salud. Sin embargo, si incorporamos el elemento de felicidad y de alegría a la salud, sin duda la salud mental tendría que estar presente.

Para impulsar esa teoría del desarrollo sociocultural, creo que se podrían fomentar grupos de trabajo inter y transdisciplinarios. El ámbito de discusión tiene que abrirse a muchas facetas del saber, a muchas maneras de razonar—y no quiero usar la palabra “profesión” que ya de por sí es una concepción cerrada e interesada—dentro del campo de las ciencias sociales, dentro del desarrollo económico, dentro del desarrollo cultural. Es decir, tenemos que convertir en realidad aquello que ya se proponía en Alma Ata, a saber, la interdisciplinariedad, y si se quiere, la transdisciplinariedad. Esa debe ser la esencia de los grupos de trabajo para promover el desarrollo de una teoría sociocultural.

Dentro de esa teoría, sería importante que se intente situar el desarrollo de una capacidad analítica de las situaciones en que se generan los distintos componentes que pueden favorecer o promocionar una vida más alegre, una vida más saludable, una vida más feliz, más gozosa. Y al mismo tiempo se debe desarrollar una epidemiología que desgraciadamente hay que adjetivar con un apellido increíble, “demológica”, es decir, una epidemiología de lo social, de grupo, y no una epidemiología de los individuos y las enfermedades. Desde allí se podrían llegar a acotar las ver-

daderas relaciones—y también las menos importantes—que hay entre salud y enfermedad. Estos no son conceptos opuestos ni mucho menos; se puede ser enormemente saludable estando enfermo y viceversa. Este acotamiento de la enfermedad es necesario porque de allí va a surgir también la redefinición de la importancia del proceso de muerte como algo necesario y deseable. E indudablemente tenemos que llegar a introducir, dentro de ese concepto de desarrollo sociocultural y junto al concepto de vida gozosa y feliz, el elemento de calidad de muerte. Esa muerte con calidad probablemente nos obligue a eliminar muchos de los componentes de atención médica a la enfermedad que hoy la están haciendo imposible.

Si lo anterior se complementa con el impulso a la capacidad de cambio en la formación de recursos humanos, podríamos tener cierta esperanza. El proceso de formación de esos recursos humanos que contribuyan al cambio—que no va a ocurrir en un día—es difícil, porque precisamente son las mismas personas que tienen que decidir sobre las modificaciones en la formación quienes están imbuidas de la verdad con que tratan los procesos que pretenden enseñar.

Como estoy convencido de que el planteamiento que he hecho no es absolutamente teórico, en la Universidad de Sevilla hemos creado un grupo de trabajo al que nos referimos como "Grupo de análisis de las desigualdades sociales en salud". Se trata de una experiencia práctica en algunos de los barrios de la ciudad, donde nos esforzamos por hacer participar a la población, por involucrarla en el desarrollo de esa teoría social. Desde luego que no puedo presumir de haber logrado ningún éxito extraordinario; pero por lo menos es un pequeño esfuerzo que indica que se puede hacer algo parecido en la práctica. Sin embargo, todavía falta ese impulso de una buena teoría que lleve a modificar, a cambiar, a criticar, a analizar varios de los procedimientos que, entre otras cosas, nos han llevado a una crisis que yo quisiera insistir es fundamentalmente económica, y que está afectando radicalmente nuestra capacidad de pagar por unos servicios que yo personalmente no creo que sean los necesarios ni los deseables.

Dr. Tejada

Voy a resumir brevemente las intervenciones que han tenido lugar hasta ahora. El Dr. Badgley ha ratificado el hecho de que la salud pública es una ciencia social; de ahí la importancia que tienen entonces las ciencias sociales en la interpretación, en el quehacer y en el accionar de la salud pública.

El Dr. Frenk ha reiterado lo planteado a lo largo de su documento, a saber, que el gran reto que existe para él en este momento es el desarrollo y fortalecimiento de las instituciones, específicamente de las instituciones de investigación y de formación de recursos humanos, y ha desarrollado este tema alrededor

de las bases conceptual, de producción, de reproducción y de utilización. En la base conceptual, el punto fundamental es el abordaje de la salud pública a nivel poblacional y que se la defina como un campo de conocimiento y como un ámbito de acción. En referencia a la base de producción, el Dr. Frenk ha señalado la falta de investigación en el campo de la salud pública porque se carece de estímulos suficientes, a pesar de los esfuerzos que se vienen haciendo, entre los cuales cita los acuerdos para realizar investigación esencial y nacional en salud. En cuanto a la base de reproducción, él llama la atención sobre el peligro de que pase con las escuelas de salud pública lo que pasó con las de medicina en los años setenta, es decir, que se reproduzcan de forma desmesurada y sin control; plantea igualmente la necesidad de hacer una reforma que apunte a garantizar la calidad en la formación. El Dr. Frenk indicó cómo, dentro del campo de la reproducción, también juega un papel importante la difusión y la comunicación directa, no escolarizada, del conocimiento producido. Esto se puede hacer a través de las publicaciones y del quehacer de las asociaciones de salud pública, con el fin de fortalecer esa base de reproducción. Por último, en lo que se refiere a la base de utilización, el Dr. Frenk señala la necesidad de buscar una interacción entre quienes están investigando, quienes están enseñando y quienes toman las decisiones sobre políticas de salud. Sugiere que esto puede resolverse parcialmente con la presencia de quienes toman las decisiones en los cuerpos de gobierno en las instituciones académicas.

El Dr. Nájera ha insistido en la importancia de los cambios deseables y necesarios—yo creo que él olvidó mencionar también los cambios factibles y viables—, indicando que lo más importante en este momento es la génesis de una teoría de la salud como parte del desarrollo. Para tal fin sugiere la formación de grupos de trabajo relativamente pequeños, simples pero transdisciplinarios, que estén en la capacidad de analizar los diferentes componentes de la salud y el desarrollo. Paralelamente propone impulsar una epidemiología de lo social, acotar las verdaderas relaciones entre salud y enfermedad, y promover el cambio en la formación de los recursos humanos.

Quisiera estimular la discusión planteando que tal vez—y lo lanzo así para retar al auditorio—nadie puede estar en desacuerdo con lo dicho por el Dr. Frenk. Lo que allí faltaría sería establecer la dirección de las acciones propuestas. En lo que respecta al Dr. Nájera, habría que preguntarse qué vamos a hacer durante el tiempo que se requiere para desarrollar las teorías que él propone se impulsen desde la salud pública.

Dr. Terris

Yo apoyo los planteamientos del Dr. Frenk y quisiera hacer un par de sugerencias prácticas para la acción. La primera es que

haya cooperación entre la OPS y la ALAESP para dos proyectos. Y cuando digo colaboración de la OPS estoy hablando tanto en términos financieros como organizacionales. Lo primero es la creación de una publicación periódica latinoamericana y del Caribe sobre salud pública. Y ésto lo digo muy en serio. No creo que el boletín de la OPS sea suficiente. He visto algunas de las publicaciones nacionales, y son bastante buenas; lo que pasa es que se quedan atascadas en su propio país. Se necesita una publicación que contenga material sobre cuestiones epidemiológicas, y sobre la práctica de la salud pública y sus diferentes subdivisiones, incluyendo la salud ambiental, la salud ocupacional, la salud materno-infantil, entre otras. Me parece que la dirección a seguir es clara. Se estaría cubriendo la epidemiología así como la práctica de la salud pública, lo cual incluye la atención médica como una de sus subdivisiones.

Ahora bien, la segunda propuesta no es mía en realidad sino del Dr. Ibrahim, pero me gustaría reiterarla. Se trata de que la OPS trabaje mancomunadamente con la ALAESP en la realización de un estudio sobre la educación en salud pública en América Latina y el Caribe, y con base en ese estudio contribuya a establecer una comisión para acreditar las escuelas de la Región.

Dr. Ferreira Un pequeño comentario sobre la segunda propuesta del Dr. Terris. Allí la dificultad estriba en que la acreditación de instituciones nacionales escapa al mandato de la Organización; sólo los gobiernos pueden hacerlo, y es un área muy delicada en que nunca ha sido posible entrar; incluso no sería deseable hacerlo. Los gobiernos son soberanos en este terreno; la Organización puede cuando mucho orientar en el establecimiento de los requisitos básicos para la organización de escuelas, pero no puede intervenir en el proceso de acreditación, que sólo le compete al gobierno. Más aún, este es un problema que enfrentamos cotidianamente en la medida en que recibimos alrededor de 20 llamadas telefónicas diarias preguntando si tal o cual escuela está reconocida por la Organización. No hay tal. Ninguna escuela está reconocida ni por la OMS ni por la OPS. La OMS publica un directorio de escuelas para conveniencia de los interesados pero no tiene ningún valor de acreditación.

Dr. Terris Quisiera responderle al Dr. Ferreira. Nosotros tenemos el mismo problema en los Estados Unidos ya que todas las instituciones de educación y los títulos y certificados que otorgan son dispensados y/o acreditados por los estados. Es lo mismo que el gobierno nacional en el caso de ustedes. Ahora, estoy consciente de que la OPS como organización que representa a los gobiernos no puede involucrarse en esta cuestión de la acreditación. Sin embargo, creo que la ALAESP sí podría hacerlo,

como lo hace la ASPH. Lo que la OPS sí puede hacer es proporcionarle a la ALAESP la asistencia financiera y técnica necesaria para asociarse directamente con el proceso de acreditación. Yo creo que eso sí podría hacerse.

Dr. Frenk Con respecto a la sugerencia del Dr. Terris, si existen asociaciones nacionales de salud pública que podrían aprovechar la asesoría técnica de la OPS y de la ALAESP para crear estos mecanismos de acreditación a nivel de los países. Sería también una forma complementaria de proceder en esta dirección.

Dr. Badgley Quisiera nada más ampliar el ámbito de lo que se está sugiriendo para que, además del Caribe y América Latina, podamos también incluir a Canadá. En una sección de mi trabajo he subrayado algunos de los dilemas que enfrenta la capacitación en salud pública: existe muy poca coherencia, no ha habido una revisión significativa de los programas actuales, ni un esfuerzo por hacer corresponder los programas de capacitación con las necesidades de salud prevalentes en la sociedad. Tampoco parece haber un incentivo para llevar a cabo este tipo de revisión. Me parece que es aquí donde la OPS podría prestar una guía y liderazgo muy precisos con el fin de que cada país, incluyendo Canadá, quiera participar en este proceso de revisión. Así pues, no veo por qué este proyecto se deba circunscribir exclusivamente al Caribe y a América Latina. Y no conozco lo suficiente acerca de las escuelas de salud pública de los Estados Unidos como para saber si han hecho o no una revisión cuidadosa de sus programas de estudios recientemente, y si están capacitando a sus estudiantes para lo que realmente se necesita. Lo que sí sé es que Canadá tiene esa misma necesidad que el Dr. Frenk ha delineado tan claramente en su trabajo.

Dr. Sandoval Les voy a contar una anécdota que me conducirá a señalar tres puntos que considero básicos para dilucidar cuáles son los cambios deseables en la salud pública. En 1974, hace 17 años, en una visita que yo hice a Mali, en Africa, un epidemiólogo francés que llevaba ya muchos años residiendo en aquel país me llevó a visitar una aldea localizada en un afluente del río Níger, sin decirme por qué íbamos allí. Cuando llegamos, me demoré en darme cuenta de que él había hecho sonar la bocina de su auto para llamar la atención de la gente. Tardé en percatarme de que, en su mayoría, las personas que comenzaron a salir, y sobre todo los adultos de mayor edad, eran ciegos. Cuando finalmente me dí cuenta de aquello tuve una impresión muy fuerte; pero la preocupación aumentó cuando caí en la cuenta de que para esa gente, ser ciego era ser viejo. Enceguecer formaba parte de su ciclo natural. Eran víctimas de la oncocercosis—la filaria—que,

como ustedes saben, compromete la salud de muchos habitantes de África.

En ese tiempo se empezó a hacer una gran campaña de control y lucha contra la filaria, que consistía fundamentalmente en tratar los ríos con insecticidas para controlar el desarrollo de la mosca *Simulium* que transmite la filaria, y a su vez encontrar algún medicamento que destruyera el parásito. No sé cuál habrá sido el éxito del programa. El caso es que tal programa no estaba basado en la necesidad de mejorar las condiciones y la calidad de vida de esa gente. De otra parte, los jóvenes, cuando se daban cuenta y establecían la relación entre la filaria y la ceguera, migraban; de manera que los campos se estaban convirtiendo en desiertos. Se pretendía eliminar la transmisión de la filaria para tornar zonas económicamente improductivas en zonas económicamente productivas, es decir, para lograr que esas regiones tuvieran población y produjeran. Los que trabajábamos en la Organización Mundial de la Salud fuimos partícipes de alguna manera en esa campaña, y lo hicimos con toda la ingenuidad que surgía de nuestros deseos de controlar una enfermedad y de proporcionar una posibilidad de existencia por la vía de mejorar la situación económica de poblaciones muy pobres, muy abandonadas.

Sin embargo, nosotros estábamos metiendo allí nuestra visión de la enfermedad y no la de los afectados. Con eso me di cuenta que la enfermedad es un problema cultural. Como les digo, la gente se sentía vieja; para ellos, ser ciego era ser viejo. Entonces uno tiene que mirar este problema cultural y el comportamiento de la gente a partir de una visión también cultural y no patológica. Y allí creo yo que está el problema básico en la definición de la salud pública. Personalmente comparto con el Dr. Badgley su convicción de que la salud pública es básicamente y esencialmente una ciencia social. Siendo así, nosotros tenemos que utilizar las metodologías, las técnicas y los enfoques de las ciencias sociales para ir a desentrañar el problema de la salud y la enfermedad. La epidemiología sigue siendo un poderoso instrumento. El asunto no radica tanto en la epidemiología sino en los usos que uno hace o que es posible hacer de ella; porque evidentemente nos ha permitido comprender, incluso identificar, aquéllos nichos sociales en que la enfermedad se enquistaba. En consecuencia, el segundo elemento—el primero es que la salud pública es una ciencia social—es que nos tenemos que apoyar en una epidemiología que incorpore todos los elementos de esta ciencia social para identificar los grupos, los nichos, los lugares donde la enfermedad se anida. En tercer lugar, así como los elementos que condicionan o determinan la enfermedad son complejos, nuestra visión no puede ser simple; tiene que dar cuenta de esa complejidad y esa complejidad se recoge con la transdisci-

plinariedad, buscando que con la participación de otras disciplinas se llegue a un encuentro, a un enfoque que sea común.

Estos tres puntos básicos son los que deberían confluír hacia los cambios descabés en la salud pública. La salud es algo muy importante para dejarla en manos de los médicos, parafraseando al político francés que dijo: "La guerra es algo muy importante para dejarla en manos de los militares". Evidentemente yo pienso que hacia allá tenemos que llevar la discusión. Estoy de acuerdo en que hay algunas urgencias instrumentales pero no pienso que sea necesario fortalecer una institucionalidad que va por un camino errado.

Con relación a la escuela de salud pública de Chile, pionera de una visión global que dió origen o que reforzó la existencia de un servicio nacional de salud, pienso que hoy en día corre el riesgo de convertirse en una escuela de administradores de camas hospitalarias. Esto no sería salud pública y evidentemente habría que modificarlo. Porque consolidar tal tipo de escuela de salud pública—como lo hacen algunas fundaciones norteamericanas que están proporcionando fondos en ese sentido—es mantener un sistema de trabajo en salud que no está rindiendo, que no está respondiendo a las necesidades y a los problemas de salud que tiene la gente, mientras que si es instrumental y funcional a una industria de salud que nosotros tenemos el deber de denunciar y contrarrestar por todos los medios.

Dr. Terris

Supongo que caí en la trampa con la cuestión esta de las prerrogativas nacionales en el proceso de acreditación. Sin embargo, sigo pensando que la ALAESP sí debería desempeñar un papel en ese campo. El peligro está en que por ejemplo en Chile, el gobierno sí podría muy bien desear el tipo de escuela que ellos llaman de salud pública. Ahí sí nos quedamos atascados; no hay nada que podamos hacer. Pero si el gobierno dice que lo que existe está perfectamente bien, alguien de afuera tendría que decir que no hay tal, que esas no son escuelas de salud pública, punto. Y si alguien desea saber cuáles son realmente escuelas de salud pública, pues nosotros se lo podemos decir, porque para eso hemos conducido estudios y lo sabemos. La OPS no tiene que hacerlo pero lo podría hacer. Cuando estuve en Cuba hablando en la escuela de salud pública, se me acercó un estudiante mexicano y me preguntó que cuáles eran las buenas escuelas de salud pública en América Latina. Tuve que decirle que en realidad no lo sabía, pero estoy convencido de que alguien tiene que saberlo; alguien tiene que guiar y dirigir a los estudiantes potenciales en este sentido, y yo creo que sería perfectamente factible que la OPS ayudara a la ALAESP en el empeño de mejorar las escuelas de salud pública.

- Dr. Nájera** Dos puntos muy breves sobre el tema en discusión. Primero, yo creo que el tiempo es relativo. Entonces, las instituciones como la Organización Mundial de la Salud o la Organización Panamericana de la Salud, si queremos que sean sólidas, no deben preocuparse por el tiempo medido en unidades como los minutos, los segundos, las horas, o los años. Por eso yo creo que el tiempo no debe ser un problema. Hay que iniciar el proceso; a lo mejor se realiza en un tiempo que a algunos nos parece largo y a otros les parece breve. Es decir, creo que el tiempo no debería considerarse como un "handicap", como algo que impida iniciar el proceso.
- Dr. Tejada** Ese era el sentido de mi observación. No me refería al tiempo que pueda tomar el proceso, sino a que no hay tiempo que perder para comenzarlo.
- Dr. Nájera** Sí, sí hay tiempo, Dr. Tejada.
- Dr. Tejada** Bueno, yo no sé. Nosotros tenemos tiempo pero los que sufren las consecuencias del sistema son los que no lo tienen.
- Dr. Nájera** Pero llevan mucho tiempo sufriendolo; y si hablábamos antes del siglo perdido, pues perder otro siglo no sería tampoco demasiado grave. Otra de las anotaciones que quería hacer se refiere al conflictivo tema de la acreditación. Sin duda es algo que está en manos de autoridades gubernamentales; para muchos de nosotros no será seguramente el ideal, pero así es. Probablemente será difícil modificar ese hecho, especialmente cuando las autoridades en cuestión no nos gustan o cuando ideológicamente difieren de nosotros. Sin embargo, nos sentimos muy felices de que esté en manos de esas autoridades cuando las encontramos apropiadas; luego se trata de algo relativo. Lo que yo no sabría decir es cuál es esa autoridad que el Dr. Terris considera que está en capacidad de decidir cuáles son las escuelas de salud pública que son buenas, en tanto los criterios de cualificación varían. Por eso creo que las acreditaciones foráneas o externas tampoco son la solución, en la medida en que contienen toda una carga ideológica y política. El tema de la calidad no se define con parámetros establecidos en comités; es un tema político que se define en foros de discusión donde predomina la libertad política.
- Dr. Levav** Yo voy a participar con algún grado de ambivalencia o de duda respecto a si conviene o no que alguien que se dedica a la salud mental, como es mi caso, diferencie su área de competencia dentro de un grupo de expertos de salud pública, particularmente cuando el sesgo que yo traigo con respecto a mis colegas es preci-

samente que la nuestra es un área indivisa de la salud pública. Entonces, traer mi propio sesgo a este grupo quizás derrote el propósito. No obstante, me gustaría en esta sesión dedicada a discutir los cambios deseables hacer algunas referencias a la salud mental como parte definitivamente integral de la salud pública y no como algo diferenciado o separado de aquélla.

Existen problemas que tienen que ver con la práctica de la salud mental y por eso invito a este panel a hacer referencias a los cambios deseables que tendrían que producirse en la relación entre la "hermana mayor", a saber, la salud pública, y su "hermana menor", a saber, la salud mental. Veamos qué sucede en la práctica. Por lo general en los Ministerios, la salud mental no solamente tiene un status menor sino que tiene un equipo sumamente reducido. También es usual que los colegas de la salud pública le adjudiquen un área de competencia que se circunscribe a la organización y prestación de la atención psiquiátrica. Lo cual es paradójico si se considera que, como se ha sostenido en este foro, la organización y prestación de los servicios no debería ser—seguramente no lo es—el énfasis mayor de salud pública. No obstante, en ese peculiar encuentro entre la salud mental y la salud pública, para llamarlo de alguna manera, la primera queda reducida a la organización y prestación del cuidado psiquiátrico.

Por otra parte, son escasísimas las escuelas de salud pública que cuentan con expertos en epidemiología psiquiátrica o de la conducta. Esto quiere decir que en el área de la reproducción del conocimiento, nuevamente está ausente la salud mental de lo que debería ser enseñado dentro de una escuela de salud pública. Esta situación se hace más grave si se considera que los factores de conducta juegan un rol en las enfermedades, tanto en sus causas como en la recuperación de la salud.

Por ejemplo, en los documentos preparados para esta reunión no aparece alusión alguna a la dimensión de la conducta dentro de la promoción de la salud, donde explícitamente podría estar incorporada. Incluso en el caso que se trajo a colación sobre los obreros que están en rotación en las fábricas, poca mención se hizo de cuál era su impacto en la vida psicológica de esos trabajadores.

El SIDA es seguramente un caso paradigmático de una enfermedad producida por una conducta de determinado tipo, individual o grupal. Y ni siquiera la búsqueda y/o hallazgo de una vacuna puede obviar esa dimensión conductual. Yo quisiera entonces proponer que este grupo reconociera que la salud mental está en algún grado ausente de la práctica, de la enseñanza, de la promoción de la investigación, e incluso de los modelos de concepción de la enfermedad y la salud, y que su incorporación a los programas de salud pública es un cambio deseable y necesario.

Dr. Sandoval Di el ejemplo del trabajo de turno y el uso de la famoridina para ilustrar que esa es la única respuesta. Sin embargo, en los estudios sobre este tema, aparte de todas las dolencias que caen dentro de lo mal calificado como psicossomático, aparecen otras enfermedades de expresión básicamente mental. Por eso allí se encuentra un mayor abuso de drogas, alcoholismo, conflictos familiares, separaciones, problemas con los hijos y otra serie de cosas que son también expresión de la falta de adaptación a la vida social y de los trastornos que sufren los trabajadores de turno. Yo no lo omití porque lo ignorara, o porque no lo considere tan importante como lo otro, sino porque quería mostrar que la solución más fácil en el caso de la gastritis es dar la píldora. Aunque ciertamente también lo es en el caso de los trastornos mentales. Vemos gente que consume mucho tranquilizante para poder dormirse, o mezcla el hipnótico con el excitante para permanecer despierto cuando le toca el siguiente turno. Es evidente que este es un problema extraordinariamente importante en este tipo de trabajadores.

Dr. Terris Quiero únicamente indicarles a ustedes que he tratado este problema con el Dr. Sandoval y él me ha dicho que la solución que se propone—y parece que hay evidencia que la apoya—es tener períodos cortos de trabajo nocturno. Es decir, que el tiempo de los turnos se acorte. Lo que él ha propuesto, creo yo, es que por ejemplo la gente haga en una semana solamente dos turnos en las horas de la noche y que éstos no sean demasiado largos. Es una forma de cambiar el ambiente social para impedir estos problemas mentales. Y deberíamos prestarle atención a este enfoque de salud pública, que es de carácter preventivo y no curativo.

Dr. Frenk Dos comentarios muy breves para que no queden algunos cabos sueltos. Se comentó que debíamos entender la salud pública como ciencia social. Yo quisiera insistir en que no veamos a la salud pública como una ciencia en sí misma, sino como un campo multidisciplinario donde las ciencias sociales son centrales, dado precisamente que las poblaciones humanas están organizadas en sociedades. Estoy de acuerdo en enfatizar el papel central de las ciencias sociales pero creo que la salud pública en sí no debe ser considerada como una ciencia en el sentido en que la sociología o la economía lo son. Segundo, con respecto al comentario del Dr. Terris en el sentido de que hay que fortalecer a la AJAESP, pienso que es muy pertinente y creo justamente que ejemplos como el que nos presentó el Dr. Sandoval sobre Chile hacen necesario que exista un consenso mayor sobre qué es lo que debe ser una escuela de salud pública. La existencia de un cuerpo con autoridad moral—aunque no sea

más que moral—como podría ser la ALAESP, que sostenga que no debe haber nada que se llame escuela de salud pública si no hace un énfasis central en la enseñanza de la epidemiología, es un paso importante en el control de calidad de la enseñanza.

Actualmente se crean programas donde el *currículum* es lo que se le ocurre a alguien; puede ser algo totalmente centrado en la formación de administradores o—como sucede con un programa que se acaba de abrir en el norte de México—algo que se enfoca totalmente en aspectos de los hábitos individuales, sin ninguna comprensión realmente de las dimensiones sociales de la conducta. Y sin embargo, el grado que otorga el mencionado programa es de salud pública. En fin, hay un gran caos tanto en el diseño curricular como en la nomenclatura de grados y programas, de manera que sería vital que una instancia pudiera al menos operar como autoridad moral para controlar la calidad de la formación, aún cuando finalmente la autoridad de orden estrictamente legal y político le correspondiera a cada país.

Dr. Ferreira

Estamos llegando a la mitad de la reunión, que usualmente es un punto crítico. Se supone que de aquí en adelante nos dedicaremos ya a concretar, a finalizar las cosas. Nosotros como Secretariado hemos estado casi todo el tiempo en silencio, porque creo que la función nuestra más que todo consiste en hacer que la reunión llegue a término alcanzando los objetivos generales. Creo que ahora podríamos hacer algún comentario y prefiero hacerlo en este momento para que en la siguiente sesión podamos retomar el trabajo. Desde luego debo decir que hasta ahora esta ha sido una reunión muy rica en ideas; ideas que es necesario colocar en conjunto y concretar de alguna manera. También estoy convencido de que cada uno de nosotros ha venido formándose una concepción diferente de la que tenía en el momento de llegar aquí. Eso es importante.

En esta fase nos hemos referido a los cambios, que es lo que nos interesa más de cerca porque es lo que deberá ser revertido en nuestro trabajo. Sin embargo, me queda un poco la sensación de que, con algunas excepciones, hasta ahora nos hemos referido más a estrategias, a cómo hacerlo, que verdaderamente a los cambios que serían necesarios y deseables. En ese sentido la preocupación es que de repente la estrategia consista simplemente en hacer más de lo mismo. Para hacer todas las cosas que están siendo propuestas, esas cosas tendrían que estar incidiendo sobre las respuestas de cambio y allí tendríamos que analizar a qué cambio nos estamos refiriendo.

El Dr. Macedo nos hablaba ampliamente del Nuevo Orden Mundial que está surgiendo alrededor de la reorganización de las actividades productivas y del realineamiento del ejercicio del poder. En ese contexto resaltaba la importancia de un nuevo

desarrollo, de un desarrollo ético, de un desarrollo que idealmente pueda erradicar la pobreza, y allí insertaba una nueva salud pública. Esa nueva salud pública todavía no ha surgido; en cierta medida estamos aún con la vieja salud pública. Habría que desarrollarla, sistematizarla, y yo no voy a intentar hacer una aproximación a la nueva salud pública en este momento.

Me da la impresión de que entre las principales disciplinas de la salud pública que dan sustento a su teoría, la epidemiología se ha mantenido más o menos estable y se ha desarrollado en todos estos años, mientras que las ciencias sociales han intentado consolidarse y ejercer el papel que les corresponde. Sin embargo, no creo que en esos dos niveles se hayan producido todavía cambios significativos. La mayor alteración que ha sufrido la salud pública en los últimos 10 ó 20 años ha sido el fracaso del proceso de planificación de salud y el vacío que dejó esa planificación, el cual pasó a ser llenado por la administración; una administración con carácter más que todo gerencial, una administración sin epidemiología como se dijo acá, y que como bien lo expresó el Dr. Sandoval se convirtió en el ejercicio de administrar camas hospitalarias.

Ese es un problema muy serio. Cómo llenar esa laguna intentando caracterizar mejor los componentes sustantivos de la salud pública, donde la epidemiología y la administración aparecen como base, como pilares de la formación de salud pública. Por administración me refiero no a la planificación de antes, sino al liderazgo gerencial, al liderazgo institucional. A eso le podemos aplicar el cuadro del Dr. Granda para ver cómo podríamos ubicar la eficiencia y la eficacia en el contexto de nuestra discusión de la situación actual y futura. En definitiva yo me quedaría con la eficacia. La eficacia para mí en este momento sería la gran transformación de esa administración—que hasta ahora ha estado volcada hacia la eficiencia—apoyada por las dos grandes disciplinas que nos darían los elementos de información y de participación democrática si se les orienta hacia el proceso de toma de decisión: las ciencias sociales y la epidemiología.

No se trata de decir que la salud pública es una ciencia social; no. Se trata de decir que la salud pública en última instancia es la aplicación de las ciencias sociales en toda su amplitud—incluyendo la economía y otras áreas—y de la epidemiología. Desde luego esta es una visión mía que surge en función de lo que ustedes han venido discutiendo hasta ahora.

En relación con los cambios que son el objeto de la discusión actual, nosotros hemos estado realizando en los últimos tiempos una serie de ejercicios de planificación estratégica aplicados al campo de recursos humanos, en un intento por relacionar niveles de análisis. Aquí se ha hablado mucho sobre espacios y niveles de análisis e intervención. Desde luego los tres niveles de

análisis principales, el fenoménico, el plano de actores y el plano estructural, podrían corresponder en alguna medida, el primero a las innovaciones tanto de formación como de servicio, el segundo al cambio, mientras que el tercero corresponde a las transformaciones. Difícilmente vamos a llegar aquí a analizar transformaciones mayores pero sería importante que pensáramos realmente en la posibilidad de estudiar cambios que corresponden sobre todo al nivel político y estratégico, que es lo que más nos interesa en este proceso que estamos iniciando.

Dr. Tejada Comparto con el Dr. Ferreira la sensación de que todavía no hemos comenzado a definir el sentido direccional de los cambios, si bien hemos entrado a discutir algunas medidas que podrían perfectamente caer dentro de una estrategia. Sin embargo, creo que la estrategia no se da en el vacío; la estrategia surge precisamente en función de la dirección que uno quiere imprimirle a todo un sistema, de manera que posteriormente tendremos que abordar esa discusión.

En referencia a lo que dijo el Dr. Ferreira sobre su preferencia de la eficacia sobre la eficiencia, quisiera decir que de cualquier modo la eficacia exige tener un impacto social—una medida puede ser muy eficaz pero para quienes no la necesitan—así que sugiero sigamos trabajando en la línea eficiencia-eficacia-impacto social.

Dr. Ferreira Eficacia con equidad, ¡desde luego!

Dr. Tejada Quiero ahora darle la bienvenida al Presidente de la Asociación de Escuelas de Salud Pública de los Estados Unidos de América (ASPH), Dr. Gilbert Omenn, quien se incorpora a nuestra reunión en este momento. Esperamos que su contribución compense los días de ausencia, donde estuvo muy bien representado por el Dr. Ibrahim, quien a su vez lo reemplazará en la Presidencia de la ASPH.

Para reiniciar el debate yo sugeriría que en todo momento tuviéramos en cuenta la versión preliminar de los términos de referencia que nos han dado para esta reunión. Allí están claramente especificados los objetivos, así como los elementos conceptuales y referenciales que arrancan con un punto muy importante: "se concibe como salud pública al esfuerzo organizado o no de la sociedad que traduce su compromiso con la búsqueda de satisfacción o logro de sus ideales de salud". Allí también están especificadas las principales características de la presente línea de acción, todo lo cual enmarca exactamente nuestro terreno específico de discusión y propuestas. El mismo documento aclara cuáles son los productos o las acciones esperadas tanto de carácter final como también aquéllos intermedios. Y

finalmente está la cronología inmediata y la financiación tentativa de un proceso que concluirá en una gran reunión de consenso en 1995. Así que lo que nosotros tenemos que ver es cómo comenzar este proceso y cuáles son las líneas de acción para poder llegar a 1995, no solamente con concepciones teóricas sino con un bagaje y con una riqueza concreta de experiencias prácticas.

Quisiera también hacer hincapié en los planteamientos finales que hiciera el Dr. Macedo en su presentación inicial, y que tienen que ver con la obligación que hemos contraído con las escuelas de salud pública, con la Asociación de Escuelas de Salud Pública y con la OPS. Tenemos que movernos inevitablemente en dos planos aparentemente contradictorios. Tenemos que pensar en el largo plazo pero igualmente tenemos que actuar de inmediato, y las acciones inmediatas tienen que alimentar o corregir el largo plazo; tenemos que pensar en términos estratégicos pero también debemos desarrollar elementos tácticos de acción rápida; es necesario definir una línea de orientación y a la vez tener arranques muy concretos.

Lo expresó muy bien el Dr. Macedo al final de su intervención cuando decía que inevitablemente en la vida real nos movemos en esos dos planos, así como es inevitable que haya una teoría y una práctica, las cuales deben marchar, parafraseando a Mao, como las dos piernas de una persona: en una misma dirección. Espero que esta síntesis nos centre en los objetivos concretos de esta reunión y nos alivie de las aparentes tensiones y contradicciones que se han presentado. No solamente se trata de problemas de carácter temperamental, personal—algunos individuos prefieren pensar, mientras que otros optan por actuar—sino que también hay problemas culturales. Digamos que hay la cultura europea, de la cual somos herederos los latinoamericanos, y hay la cultura norteamericana, anglosajona, y que esas dos difieren. Tenemos entonces que conciliar y sacar lo mejor de las dos culturas.

Continuaremos ahora con los cambios deseados para posteriormente concentrarnos en lo relativo a las estrategias. Quiero hacer énfasis en que tales estrategias deben corresponder a una determinada realidad; no hay estrategias en el vacío. De tal manera que según el tipo de orientación para el cambio, según su dimensión y su trascendencia, y según las oposiciones que podamos prever al tipo de cambio propuesto, tendremos que trazar las estrategias. Sugiero que nos dediquemos simplemente al tema específico de los cambios deseados para luego concentrarnos en todas las medidas de carácter estratégico, o en las acciones comprendidas dentro de la estrategia.

Dr. Terris

A partir de la discusión sobre los cambios deseables y algunos comentarios adicionales hechos por el Dr. Ferreira, me parece que es necesario dar alguna indicación acerca de lo que creemos debe ser el alcance de la capacitación básica en las escuelas de salud pública. Quisiera hacer entonces la siguiente propuesta. La capacitación básica para todos los estudiantes en las escuelas de salud pública, sin tener en cuenta sus áreas especiales de interés, deberá incluir:

1. La epidemiología de las enfermedades infecciosas y no infecciosas, de las lesiones, y de la salud positiva
2. Bioestadística
3. Salud ambiental y ocupacional
4. Práctica de salud pública, lo cual incluiría:
 - la promoción de la salud positiva mediante medidas sociales;
 - la prevención de enfermedades infecciosas, no infecciosas y lesiones;
 - salud materno-infantil;
 - atención médica;
 - rehabilitación;
 - ciencias sociales y conductuales aplicadas a la salud, y
 - organización y administración.

Este es un bosquejo inicial de lo que creo debería ser el alcance del programa.

Ahora me gustaría hacer una serie de recomendaciones. Una se refiere a la cuestión de los centros de atención primaria de salud. Estoy convencido de que se debería implementar el principio de elección libre del centro así como la del médico personal. La mayor parte de la atención que se presta en clínicas o en centros de salud se parece mucho a la que prevalece en los dispensarios, donde ni hay continuidad en la atención, ni existe un médico personal. Esto sucede ciertamente en los Estados Unidos y me parece que también es aplicable a muchos países de América Latina y el Caribe. También sugiero que se amplíen el personal y las funciones de los centros de atención primaria, de manera que incluyan servicios tales como la educación para la salud, atención clínica preventiva, nutrición, psicología, trabajo social y enfermería para el hogar. Esta debe ser una empresa de primera importancia.

Me gustaría ahora puntualizar algo acerca de lo cual todavía no hemos discutido, pero que me parece es de vital interés. Se trata de hacer un gran énfasis en el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud mediante la adopción de las siguientes medidas:

- Establecer un estándar por parte los departamentos nacionales y provinciales de salud;
- realizar inspecciones periódicas para comprobar la disponibilidad y conveniencia de los servicios e instalaciones;
- determinar el cumplimiento de las normas de desempeño mediante el reporte y análisis del número y tipo de visitas efectuadas, diagnósticos, procedimientos clínicos y de laboratorio, admisiones hospitalarias, y duración de la hospitalización, entre otras;
- llevar a cabo un análisis riguroso de los datos acerca de la efectividad de la atención, lo cual deberá incluir la reducción de los factores de riesgo para la enfermedad, el grado de eliminación de enfermedades prevenibles, la prevención de enfermedades iatrogénicas tales como reacciones a fármacos e infecciones intra-hospitalarias, la reducción de tasas de mortalidad quirúrgicas y en los casos atendidos, la reducción de la extensión y grado de enfermedad e incapacidad, y el grado de rehabilitación de los pacientes para que puedan cumplir sus funciones físicas, sociales y vocacionales;
- incrementar el análisis estadístico mediante estudios de muestras de los registros de los pacientes conducidos por investigadores calificados, con el fin de determinar la conveniencia y calidad de la atención;
- aumentar la capacidad de llevar a cabo acciones rápidas y efectivas por parte de los departamentos de salud para remediar las deficiencias detectadas y mejorar la calidad de los servicios;
- realizar las acciones disciplinarias del caso para corregir los abusos y deficiencias manifiestos en la atención proporcionada.

Como ven, se trata de una lista exhaustiva, y considero que es importante porque siempre hablamos de calidad sin especificar qué queremos decir con ello y qué se puede hacer para mejorarla.

En la pasada sesión escuchamos mucho acerca de la democratización y descentralización de los servicios de salud, pero en realidad nos quedamos solamente en el lema. Por eso quisiera pasar ahora a desglosarlo un poco más. Todas las instalaciones de salud, incluyendo los hospitales y centros de atención, deberán ser responsables ante consejos hospitalarios o ante consejos de centros de salud elegidos por el público de las áreas donde operan. A su vez, los representantes de estos consejos locales deberán formar consejos asesores de salud regionales o provinciales, así como un consejo de salud de carácter nacional para que asesore a las Secretarías o Ministerios de Salud.

Quiero agregar otro asunto que me parece vital. Debe haber mayores oportunidades para que los trabajadores de la salud—y me refiero no solamente a los administradores y a los médicos sino a todos los trabajadores—participen de manera significativa en el desarrollo de políticas y procedimientos dentro de los centros de atención, así como también en los niveles locales, regionales, provinciales y nacionales. Finalmente, pienso que se requiere que todos los países constituyan redes muy fuertes de las divisiones de las Secretarías o Ministerios de Salud que se encargan de la epidemiología y prevención de las enfermedades infecciosas y no infecciosas, y de la protección de los riesgos ocupacionales y ambientales. Considero imperativo que esta división de epidemiología y servicios preventivos sea establecida en los niveles nacionales, provinciales y locales, con todo el financiamiento y personal requerido, y con cualquier otro recurso esencial.

Finalmente—y ésto se relaciona con lo que dije anteriormente—es necesario que los Departamentos de Salud nacionales y provinciales tengan como primera prioridad hacer una planificación de salud epidemiológicamente orientada. Deberán establecer metas muy específicas dentro de períodos concretos, con el fin de lograr reducciones en la incidencia y mortalidad de enfermedades y lesiones específicas. La movilización de los recursos para cumplir a cabalidad esas metas deberá ser la función más importante de los Departamentos de Salud nacionales y provinciales.

Dr. Nájera

Empezaría señalando algunas de mis diferencias con el Dr. Ferris, especialmente en lo que se refiere a su insistencia en hablar de epidemiología de las enfermedades. Yo podría llegar a estar de acuerdo con él en la mayoría de las cosas que ha dicho, aunque me atrevo, o no me atrevo mejor, a calificarlas de "gran receta", que no es lo que yo quería que produjéramos. Pero si él me permite que en lugar de incorporarlas como receta las convirtamos en buenos o en excelentes consejos para ayudar a nuestro pensamiento, entonces podrían servir como una guía para quienes en últimas tengan que llevar a cabo aquellos cambios que nosotros estamos tratando de identificar como deseables y necesarios.

Dicho ésto, y pensando en cuál sería mi proposición personal sobre la dirección en que tiene que ir el cambio antes de llegar a las estrategias, yo pediría que los demás participantes también hicieran explícitas sus posiciones particulares porque esta reunión debe resultar en un gran abanico de direcciones entre las cuales se pueda escoger. No todos los países tienen que ir forzosamente en la misma dirección, ni todas las escuelas de salud pública tienen que enseñar exactamente lo mismo, porque

entonces entraríamos en una situación de dogmatismo que no creo que nadie desee.

La dirección que yo propundría tendería a establecer esa teoría social del desarrollo que incluya a la salud como un elemento fundamental. Esto con el fin de que el proceso evolutivo de esa teoría de la salud y el esfuerzo de las personas que vayan en esa dirección puedan contribuir también a la toma de decisiones en el plano productivo. Esto quiere decir que hay opciones, y que nosotros también podemos intervenir, al igual que pedimos que otros intervengan en el sector salud cuando hacemos énfasis en su interdisciplinariedad o la sugerimos también para otros sectores. Allí radica nuestra contribución a la evolución de esa teoría del desarrollo, esa teoría social, a la configuración del desarrollo como un proceso social.

Además de optar por esa dirección, creo que sería fundamental que se entendiera la salud como un derecho, un derecho social, un derecho reafirmado en los cuerpos legislativos, en las constituciones y en las leyes; que se convierta en parte del proceso como un derecho que se pueda ejercer y no se quede únicamente por escrito. Igualmente sugiero que en ese proceso, la salud como derecho se tome en un bien social, y un bien social que tenga consecuentemente su valoración y su exigencia. Esta dirección intenta llevar lógicamente a un proceso de humanización de la atención médica, de la atención a la salud.

Son pocos los autores que en los últimos años han hablado del proceso de deshumanización de la atención a la enfermedad y de los cuidados médicos; el buscar su humanización sería un componente fundamental de la nueva dirección. Como lógica consecuencia—mencionada por el Dr. Macedo en su presentación—se produciría la búsqueda de la disminución de la iatrogenia, aumentando en contraposición toda la parte de cuidado, que verdaderamente es lo que etimológicamente significa ser médico—cuidar y no curar—y que debe constituir la esencia de nuestra preocupación como colectivo por mantener, promover y fomentar la salud.

El último componente que sugeriría sería un profundo razonamiento ético sobre las actuaciones, sobre todo en los procesos de atención médica y de atención a la salud, donde claramente afirmemos y reafirmemos la primacía de la ética sobre la ciencia. En definitiva, la ética es un valor de las personas y la ciencia es un producto del conocimiento cambiante. No creo que pueda aceptarse en ningún momento que, en aras de la ciencia, estemos cometiendo las faltas contra la ética que se están cometiendo actualmente. Esa sería para mí la tendencia que deberíamos buscar a través de las estrategias que posteriormente pasaremos a puntualizar para alcanzar esos cambios deseables y necesarios.

Dr. Frenk La última intervención del Dr. Ferreira sirvió para ubicar este nivel intermedio que él sugería donde tenemos que proponer cambios, es decir, transformaciones específicas. Yo coincido en que la reunión ha estado oscilando entre el nivel más general que él llamó estructural, y el nivel más específico que él denominó fenoménico; el nivel intermedio nos ha estado eludiendo. Al igual que quienes me han precedido, yo también quisiera hacer mi aporte en materia de cambios. Antes de eso, sin embargo, desearía comentar el otro punto que mencionara el Dr. Ferreira sobre cuáles son los pilares de la salud pública, la idea de que la planificación ha sido reemplazada por la administración, y el cambio que él propone en el sentido de sustituir esa administración por las ciencias sociales.

Hay un concepto que nos permite sintetizar estos tres estadios que el Dr. Ferreira identificara—planificación, administración, ciencias sociales—que es el de sistemas de salud. Incluso en mi trabajo hay un cuadro que usa esa terminología. De manera que nosotros vemos que los dos grandes pilares de la salud pública son, por un lado la epidemiología, cuyo foco principal es el estudio de las condiciones de salud, y por otro lado los sistemas de salud, cuyo foco principal es el estudio de la respuesta social a las condiciones de salud. Aquí yo tengo una pequeña discrepancia con el Dr. Ferris sobre la idea de colocar los sistemas dentro del concepto de la práctica de la salud pública, porque creo que también alrededor de los sistemas hay una gran cantidad de teoría. Ciertamente ese es el punto focal al que contribuyen las ciencias sociales. Hay una teoría económica, una teoría sociológica, e incluso una teoría administrativa fundamental, de tal manera que este también es un campo de investigación y de avance. Aunque la discrepancia es mínima y casi terminológica, quiero repetir que los dos grandes pilares de la salud pública son la epidemiología, centrada fundamentalmente en el estudio de las condiciones de salud de las poblaciones, y los sistemas de salud, que aplican las ciencias sociales al estudio de la respuesta social, incluyendo los procesos de planificación y los procesos gerenciales más particulares. Creo que esa es una formulación alternativa.

Quisiera ahora pasar a la propuesta de cambios. El punto de partida sería reconocer que hay un proceso de transformación muy intenso que se ha acelerado en los últimos tiempos, como lo dijo el Dr. Macedo de una manera muy clara y brillante. Este proceso de cambio tiene una gran cantidad de niveles: desde el global, hasta lo que ocurre en la dinámica de las familias. Yo quisiera centrar mi intervención en el nivel intermedio que nos ha solicitado el Dr. Ferreira. Un concepto útil que captura la dinámica del cambio en salud es el de transición. Estoy consciente de que a muchos de los que están aquí no les gusta esa

palabra, pero creo que ese es un problema quizás semántico que no vale la pena considerar. Quiero nada más enfatizar dos puntos sobre el concepto de transición. Primero, que tal transición representa un proceso continuo de cambio que sigue un patrón reconocible en el mediano y largo plazo, y no un período acotado entre dos eras. No se trata de cualquier cambio; no es un cambio en el corto plazo. Segundo, el usar la palabra transición de ninguna manera implica que los países siguen el mismo camino. Por el contrario, hay modelos o experiencias transicionales muy distintos y específicos para los distintos países.

Podemos reconocer dos grandes transiciones en el campo de la salud. En primer lugar está la transición epidemiológica, a saber, el proceso de cambio de largo plazo en los patrones dominantes de salud, enfermedad y muerte en las poblaciones humanas. Nosotros planteamos en otros trabajos que, al menos para países de ingresos medios como muchas de las naciones de América Latina, la transición epidemiológica tiene una serie de características que los diferencia totalmente de la experiencia transicional de los países industrializados. Dentro de esas características hay cuatro fundamentales. La primera es que hay un traslape importante entre el predominio de las enfermedades infecciosas y las no infecciosas y las lesiones. La segunda es que no se trata de un proceso unidireccional sino que hay movimientos retrógrados o lo que podemos denominar contra-transiciones; éstas se expresan en la re-emergencia de padecimientos que ya habían sido controlados como la malaria, el dengue, o ahora el cólera. La tercera es que existe una transición que se prolonga y definitivamente no se resuelve. La cuarta y última característica se refiere a la razón del fenómeno anterior, y es lo que nosotros llamamos polarización epidemiológica; esto quiere decir que hay un aumento en la desigualdad social ya no solamente en los niveles de morbilidad y mortalidad que han sido estudiados desde hace mucho tiempo, sino también en los tipos de causa. La razón fundamental de que la transición se prolongue y no se resuelva es que hay una escisión evidente entre las poblaciones pobres y rurales, fundamentalmente con un predominio de enfermedades infecciosas comunes y desnutrición, y las poblaciones urbanas, donde predominan las enfermedades no infecciosas y las lesiones. La primera gran dimensión del cambio es, pues, la transición epidemiológica.

El gran reto de los sistemas de salud en este nivel intermedio —no en el nivel más general de cambiar todo el sistema de relaciones de poder de la sociedad sino en el nivel intermedio del cambio estructural fundamental del sistema de salud—consiste en poder responder a esa transición epidemiológica con una transición en los sistemas de atención a la salud. Ese sería el segundo proceso de cambio, el cual tiene que darse en respuesta

al primero. En trabajos realizados por nuestro grupo de investigación se han identificado varias dimensiones de esta segunda transición, es decir, de la transición de la atención a la salud.

Lo primero es que tiene que haber un cambio en los espacios donde se ofrece atención; se debe pasar de la hegemonía hospitalaria actual a la existencia de una diversidad de sitios que incluya la propia comunidad y los hogares. Segundo, el rango de intervención tiene que recorrerse desde aquella que empieza en el daño, hasta la que llega a los riesgos. Tercero, el ámbito de responsabilidad de las instituciones de salud tiene que cambiar del individuo a las poblaciones definidas. Notarán aquí mucha similitud con lo que decía el Dr. Terris. Cuarto, el detonador de la respuesta del sistema de salud tiene que estar activado no por la demanda sino por las necesidades de salud entendidas como aquellas condiciones de salud de la población que requieren atención. Quinto, y como un corolario de todo lo anterior, la prioridad del sistema tiene que dejar de ser la reparación para volverse la anticipación, o sea, la prevención y la promoción de la salud. Sexto, la relación con la población debe dejar de ser de paternalismo-pasividad—paternalismo por parte de las instituciones, sobre todo públicas, y pasividad por parte de la población—para convertirse en una relación que implique corresponsabilidad con recursos. Creo que la participación comunitaria sin que se le den recursos a la propia población es demagógica. Estoy de acuerdo con los esquemas que planteaba el Dr. Terris de comités y otros. Pero esos comités tienen que controlar al menos parte de los recursos financieros y de remuneración de los prestadores de servicios, con el fin de evitar que acaben siendo cooptados por los propios organismos prestadores de servicios, como ha ocurrido infinidad de veces.

La séptima dimensión es que el principio de asignación de recursos también tiene que desplazarse. Hasta ahora hemos tenido tres principios fundamentales: un principio de poder de compra (accede a los servicios de salud quien puede comprarlos), un principio de privilegio corporativo (ciertos sectores, sobre todo sindicatos, etc., acceden a los servicios), o el principio de pobreza que es el que ha movido a nuestros Ministerios de Salud y que consiste en ofrecer servicios a aquéllos que no los pueden comprar en el mercado o que no están organizados para ejercer un privilegio corporativo. Estos tres principios tienen que ser sustituidos por un principio de ciudadanía que es el que subyace, no al concepto de salud, sino al de atención a la salud como derecho social que mencionaba el Dr. Nájera.

La octava dimensión—y no están en un orden particular para que no se vean como receta—es que el foco de la política tiene que cambiar de la cobertura cuantitativa a la calidad. El problema de la calidad se vuelve crítico como núcleo de la política

primordial de la salud. El concepto de calidad, si la llevamos a un nivel agregado, implica también el de cobertura. No se trata entonces de abandonar la idea de universalidad que está implícita también en el principio de ciudadanía, sino de centrarnos en la calidad; y creo que en ese sentido los puntos que mencionó el Dr. Terris son sumamente valiosos. La distribución del poder tiene también que cambiar de la centralización actual a una descentralización participativa.

La novena dimensión es que los recursos humanos deben desplazarse de la actual situación, que yo llamaría de fragmentación descoordinada, a una de diversidad coordinada. O sea que ante la diversidad epidemiológica también necesitamos una diversidad de recursos humanos, pero coordinada alrededor de alguna figura, a saber, el trabajador de salud que se halla anclado en la atención primaria. También en referencia a los recursos humanos, es necesario que los mecanismos de remuneración dejen de ser definidos exógenamente para que ésta sea proporcional al desempeño, y para que ese desempeño se mida básicamente de acuerdo con uno de los puntos que decía el Dr. Terris: la libertad de elección.

El décimo punto es que la estructura institucional debe pasar de las actuales jerarquías segregadas a redes funcionalmente integradas. El problema es que tenemos un sistema de salud segregado, integrado verticalmente a su interior en forma jerárquica: la seguridad social, el sistema privado y la asistencia pública. Por eso tenemos que desplazarnos hacia redes funcionales con bases poblacionales claras. Otro aspecto importante se refiere a la base financiera del sistema, que deberá transitar de la actual multiplicidad regresiva a un pluralismo financiero progresivo. Sería un error dismantelar los actuales esquemas de financiación, sobre todo de la seguridad social, si bien debemos reconocer la realidad de la pluralidad financiera. Esta, sin embargo, debe ser progresiva y con acceso abierto a cualquier establecimiento de atención a la salud donde el único criterio de entrada sea la necesidad de salud. La última dimensión es que el motor del cambio en salud debe dejar de ser la imitación dependiente y pasar a ser la investigación para el desarrollo. Es una investigación que está centrada en el desarrollo social en el sentido más amplio, como lo definió el Dr. Macedo en su intervención.

Dr. Pellegrini

Si aceptamos, como se ha dicho a lo largo de esta reunión, que el ámbito de la salud pública tanto a nivel de la teoría como de la práctica es el de lo poblacional, o el de los conjuntos sociales, o el de la sociedad, o el de la colectividad, como se le quiera llamar, entonces las ciencias que tratan de los conjuntos sociales, las ciencias sociales, constituyen el eje, un pilar fundamental de la salud pública. Se ha hablado también de la heterogeneidad

que surge de tratar fenómenos con ese nivel de complejidad, los distintos niveles de lo singular, de lo particular, de lo general; la búsqueda del análisis de los fenómenos, de los procesos, de las estructuras. Se ha hablado de la diversidad de las ciencias sociales en cuanto a las disciplinas que las componen, pero también se ha dicho que existen diferentes teorías de lo social, a diferencia de lo biológico donde hay un paradigma dominante.

En las ciencias sociales la propia selección del objeto, de las metodologías, de los conceptos pasa por el tipo de teoría, por la corriente a la que el científico social esté vinculado. Esa riqueza, esa diversidad de disciplinas, de teorías, de enfoques, de conceptos que constituyen ese eje central de la salud pública, esa ciencia central de la salud pública, además de establecer los puentes necesarios entre lo biológico, lo social y lo ambiental, hace que se estén verificando a nivel de la sociedad en general, de la comunidad científica, distintas formas organizativas de producción del conocimiento. La búsqueda de la transdisciplinariedad está haciendo surgir diferentes modalidades de bases organizativas para la producción del conocimiento que tienen una riqueza muy grande. Mi preocupación es cómo la salud pública se alimenta o acompaña todo ese desarrollo.

Lo que históricamente se verifica es que hay un intento por constituir una base organizativa a través de las escuelas de salud pública, o aun de la creación de departamentos de medicina preventiva y social en las escuelas de medicina o en los departamentos de salud. Yo no quiero crear falsos dilemas, ni negar que se debe continuar con el intento de fortalecer las instituciones de salud pública. Estoy convencido de que las contribuciones que aquí se escucharon tanto del Dr. Terris como del Dr. Frenk son muy valiosas e importantes. Sin embargo, tengo la impresión de que esas bases organizativas—las escuelas de salud pública, los departamentos de medicina social—no han logrado incorporar toda la riqueza de la producción que está ocurriendo a nivel de las ciencias sociales, ni los avances en enfoques transdisciplinarios de problemas complejos como la salud. Por lo tanto, creo que se está perdiendo la oportunidad de pensar en posibles cambios para las bases de producción o de reproducción de la salud pública, en la medida en que no se logre establecer un vínculo con esos avances que están ocurriendo. La oportunidad es muy grande en un momento en que las ciencias sociales están abiertas a considerar nuevos temas, nuevos enfoques. Las ciencias sociales latinoamericanas estuvieron marcadas en las últimas décadas por la problemática del desarrollo, y en consecuencia por una visión más economicista. Hoy, sin embargo, se da un renacer en la búsqueda de temas a distintos niveles.

Una tarea de la gente de la salud pública sería ver cómo incorporar la salud en esos ámbitos donde se está produciendo ese

tipo de conocimiento, en vez de intentar traer a las escuelas de salud pública o a los departamentos de medicina preventiva y social, sociólogos y otros científicos sociales. La historia ha venido mostrando que por más que esa gente produzca y sea muy competente, el ambiente de los departamentos de medicina preventiva, de las escuelas de salud pública no permite el desarrollo total del conocimiento necesario. Cuando el Dr. Nájera plantea la necesidad de buscar una nueva teoría del desarrollo que incorpore la salud, yo sólo veo la posibilidad de que eso ocurra en la medida en que se logre incorporar el tema de la salud en esa trama, en ese complejo de organizaciones que están floreciendo. Y lo mismo en relación con la propia práctica de la salud pública. Aquí se han dado muchas contribuciones, sugerencias, recetas sobre lo que debe ser, pero al mismo tiempo se ha dicho que lo importante es hacer, lo cual pasa por acumular poder para hacer. Se ha dicho también que acumular poder significa acercarse a los distintos núcleos que lo controlan en la sociedad, con los cuales se podrían establecer alianzas para lograr transformar la práctica de la salud pública.

Se plantea entonces el desafío a que se refería el Dr. Macedo; el desafío de que la salud pública tenga una actitud de militancia y se vincule a esos movimientos sociales, para de allí extraer el poder que permita la transformación de determinadas prácticas. Si lo planteamos así, la problemática va mucho más allá de cómo acercarse más a los oídos del príncipe, de cómo romper barreras con las autoridades de los Ministerios de Salud que toman decisiones. Creo que pasa por una búsqueda, a la cual ya se refirió el Dr. Terris: la búsqueda de cómo asociarnos a los movimientos sociales que también son cada vez más complejos y plurales, para extraer de allí el poder que le dé una nueva direccionalidad y un nuevo sentido a la salud pública. Repito que las más son más inquietudes que propiamente propuestas de estrategias, de cambios. Sin embargo, creo que pensar una salud pública diferente, acorde con el marco de referencia que se nos proporcionó al inicio de esta reunión, pasa por encontrar nuevas bases de producción o reproducción de la salud pública que sean coherentes con ese marco mucho más amplio con el cual estamos trabajando.

Dr. Paim

En este punto yo quisiera retomar algunas de las consideraciones hechas por el Dr. Macedo. Pienso que éstas servirían bastante para darle orientación a esos cambios o a esas transformaciones deseables. De la presentación del Dr. Macedo yo subrayaría por lo menos tres aspectos que podrían darle principios y directrices a la nueva salud pública. En primer lugar está la cuestión de la democracia entendida como el fortalecimiento de la conciencia política, sanitaria y ecológica de los grupos sociales y su participación en diversos niveles dentro y fuera del

sector de salud. En segundo lugar está la efectividad entendida no únicamente en lo que toca a la eficiencia en términos de relación producto-insumo, sino sobre todo en la relación con la eficacia en términos de resultados e impacto en el ámbito del perfil de salud. En tercer lugar tenemos el aspecto de la equidad bastante vinculada a la idea de democracia sustantiva, no formal, en que los grupos humanos tengan acceso a los servicios de salud sin discriminación y puedan beneficiarse de un conjunto de condiciones que mejoren su calidad de vida. Estas directrices dan una idea de los valores que podrían permear la estrategia. Se trata de una concepción de política de salud vinculada a la idea de finalidades, principios y directrices.

Quisiera añadir también una idea de política de salud ligada a la forma específica de redistribución de poder. Tal como el profesor Mario Testa lo señala en su trabajo realizado para esta reunión, no se trata solamente de explicitar valores sino de buscar grupos, clases o segmentos sociales que se comprometan con esta transformación para alcanzar los valores mencionados. En esa perspectiva entenderíamos la estrategia como una forma de llevar a cabo esa política; una forma en que se pudieran articular esos grupos para el cumplimiento de esa directriz.

En el documento del Dr. Ferreira citado en nuestro trabajo aparecen seis propuestas para el desarrollo del liderazgo en salud con base en las recomendaciones de la Asamblea Mundial de Salud de 1988. En este momento yo destacaría específicamente la última de esas recomendaciones, que se refiere a racionalizar el desarrollo y utilización de tecnologías de salud y a asegurar una mejor calidad de atención. Esta recomendación tiene, a mi entender, la gran ventaja de aproximarse al modelo asistencial o al modelo de atención que recupera la idea de la atención a la población, del enfoque poblacional, con base en la prevención pero sin dar lugar a una intervención verticalizada; una intervención que pueda ser reproducida en varios niveles, y enteramente disociada de otras acciones importantes para la manutención y para la prevención en el ámbito de los servicios de salud.

Quisiera entonces subrayar, no con la idea de proporcionar una receta sino con la intención de que se profundice la reflexión, que la implantación de estos modelos de atención tanto en el ámbito del sector salud como en el terreno transectorial que vincula varias dimensiones de actuación del Estado, debe ser consecuente con los principios de democracia, equidad y efectividad que mencionábamos. Esto recordando que ese modelo de atención corresponde a una combinación de tecnologías tanto materiales como no materiales, las cuales involucran un conjunto de saberes presentes tanto en la ciencia como también a nivel de los grupos de población.

El segundo aspecto que quiero mencionar es que la utilización de la epidemiología en la planificación, organización y gestión de los servicios no debería limitarse a estrategias de "alto riesgo", sino trabajar en estrategias poblacionales y de reorientación de políticas de salud. Esto para que nosotros podamos contemplar no sólo el espacio singular que privilegia a las personas, sino igualmente el espacio particular que privilegia grupos, así como el espacio general que contempla toda una formación social.

En tercer lugar quisiera proponer que se consideren como punto de partida, tanto para la intervención sectorial como transectorial, los problemas de salud y las necesidades sociales de salud, de manera que se refuercen las estrategias centradas en la prevención. Por último, en el caso del apoyo a las acciones educativas y al desarrollo de la conciencia sanitaria y ecológica, sugiero que ésto se haga a partir del conocimiento de los determinantes estructurales del proceso salud-enfermedad y no exclusivamente en el ámbito de la identificación de los factores de riesgo. Es la diferenciación que hace el Dr. Eduardo Menéndez en su trabajo entre lo que es el control de los riesgos y el control de las causas.

Dr. Badgley

Lo que podemos concluir ciertamente de la discusión entre el Dr. Nájera y el Dr. Terris—dejando de lado los detalles del caso—es que el cambio toma bastante tiempo. Se nos ha pedido también que hagamos innovación conceptual. No sé realmente si vayamos a llegar a eso. Me gustó la analogía del Dr. Tejada sobre la necesidad de caminar con los dos pies. Creo, sin embargo, que en el presente debate se está caminando en uno sólo. Es como si tuviéramos una lista de los regalos que queremos en Navidad y esperáramos recibir en ese momento ciertos presentes, ciertos ideales, ciertas características de la sociedad. También pienso que nos hemos centrado demasiado en los aspectos internos de la salud pública y no la estamos colocando en un contexto lo suficientemente amplio.

He leído varias veces el trabajo del Dr. Macedo y hay dos asuntos que me gustaría plantear a continuación. El Dr. Macedo habló acerca de la rapidez y profundidad de los cambios que están ocurriendo, de la reorganización de las actividades productivas junto con un realineamiento del poder entre los países, y de la amenaza de que "América Latina y el Caribe se queden relegados a un papel de naciones periféricas tercermundistas". Pienso que éste es un asunto fundamental, no sólo para el Caribe y América Latina sino para muchas otras naciones en el mundo. Por eso exige que lo enfrentemos.

El Dr. Macedo identificó un nuevo panorama e hizo un llamado para corregir los graves desequilibrios económicos

mediante la reducción del impacto corrosivo de la deuda externa sobre el bienestar social y la infraestructura de la salud pública. Agregó que no se oponía *per se* a las medidas de ajuste estructural, pero aclaró que tenía ciertas reservas acerca de su aplicación si bien no las especificó, aunque podemos adivinar de qué se trata. Este es un asunto que aquí se ha discutido mucho. El Dr. Terris ha mencionado varias veces las limitaciones fiscales, un problema que enfrenta la mayor parte de los países del mundo, incluyendo los más ricos. ¿Y qué es lo que ha hecho el sector de la salud pública al respecto? Pues nos hemos mantenido al margen. No hemos abordado estos asuntos en nuestras discusiones, ni tampoco en nuestras entidades corporativas. Se los hemos dejado a la banca internacional: al Fondo Monetario Internacional, al Banco Mundial, a la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCED), a los bancos regionales, entre otros. Tengo la costumbre de leer los informes de la OCED y el Banco Mundial. De allí se deduce claramente cómo es que esas entidades perciben el campo de la salud. Hablamos de que la salud debe ser un derecho, y de hecho somos signatarios de la carta de la OMS que la incluye como tal. Y si así lo consideramos ¿cómo es que no hemos logrado convencer a las personas de que se deben producir cambios significativos a nivel económico internacional? Desde la perspectiva del Banco Mundial y de la OCED, la salud se ve como un barril sin fondo; se trata de un sector no productivo de servicios. Por lo demás—como vemos en los informes del Banco Mundial—se ha puesto mucho más énfasis en los servicios curativos que en los preventivos de la atención primaria de salud.

Como lo ha dicho el Dr. Nájera, frecuentemente los fondos existentes se asignan en forma selectiva para favorecer soluciones que aparecen como fórmulas mágicas en vez de dar apoyo al cuidado global que ofrece la atención primaria. Gradualmente se ha venido dando un cambio sutil en los últimos años, y el Banco Mundial está comenzando a reconocer que uno o dos de los sectores sociales pueden arrojar un beneficio económico, especialmente en el caso de la educación. Pero creo que la evidencia que surge de sus estudios de caso más recientes todavía no muestra ninguna ganancia económica, social o productiva del apoyo financiero a la salud. Así es que creo que conceptualmente estamos atravesando un *impasse* significativo; uno a nivel conceptual y otro a nivel operacional. Si no podemos convencer a los principales poderes internacionales y a las entidades crediticias de que debemos utilizar más recursos dentro de los países para la salud pública, definitivamente tenemos que hacer algo de reconceptualización.

Así suene repugnante a nuestros oídos, es posible que tengamos que centrarnos menos en los aspectos de la salud como un

derecho, si bien aprecio el punto de vista del Dr. Sandoval en cuanto a que debemos hacer hincapié en la alegría de vivir. Sin embargo, también es posible que tengamos que hacer algo que encontramos difícil, y es concentrarnos en el valor económico de la vida y el vivir. Tal y como lo sugiero en mi trabajo, creo que vamos a necesitar concentrarnos de manera más intensa en las situaciones que involucran programas de ajuste estructural y programas de recuperación de costos en las Américas. Que yo sepa, ésto no se ha hecho. Quizás el Dr. Ferreira me pueda corregir, pero no creo que existan estudios de caso en profundidad sobre el impacto de los programas de ajuste estructural y medidas concomitantes sobre la salud.

Un segundo punto al cual hago referencia en mi trabajo es que necesitamos darle una mirada mucho más crítica a la ayuda internacional, o a lo que pomposamente se conoce como "cooperación para la salud pública". Carecemos virtualmente de información sobre la contribución del sector privado. También se podría hacer un análisis mucho más detallado sobre los flujos de asistencia bilateral y multilateral. Yo creo que en estos dos casos no hay duda alguna de que necesitamos una mejor conceptualización y racionalización, con el fin de convencer a la gente de los beneficios de la inversión en salud. Es claro que hasta ahora no hemos tenido éxito.

Otro de los aspectos tratados por el Dr. Macedo en su presentación sobre el nuevo panorama internacional es la tendencia hacia la democratización. El afirmó que debemos tener la democracia profunda como una forma de vida, y hablando sobre el ejercicio del poder declaró que es a través de la creación de otras fuentes de poder que individuos y colectividades participarán activamente en los procesos. Yo creo que aquí el Dr. Macedo nos ha lanzado un reto, en la medida en que se está refiriendo a una participación más amplia en el poder con el fin de aumentar la eficacia de la salud pública, y también de democratizarla a su interior.

El Dr. Nájera ya se refirió al desarrollo conceptual de los últimos cien años como "un siglo perdido". Pienso que también podríamos ver la actual situación de la salud pública como lo han hecho los doctores Frenk y Paim, en el sentido de que nos hallamos en la Edad Media en lo que se refiere a la democratización y su impacto sobre la salud pública. En las declaratorias de la Organización Mundial de la Salud hay muy pocas referencias a las implicaciones reales de la democracia. Nos referimos más bien al bienestar físico y material. También hemos aludido a veces a las implicaciones de la organización de los servicios y, en términos de la estructura de la salud pública, estoy de acuerdo con el Dr. Frenk en que por lo general ha sido bastante rígida y elitista.

En nuestros trabajos nos hemos inclinado a condenar los aspectos de la medicalización, cuando simultáneamente nos hemos rehusado a colocarnos los anteojos para darnos una mirada a nosotros mismos. Creo que si vemos lo que pasa en las escuelas de salud pública y los Ministerios de Salud, sabremos bien cuáles son los dilemas implantados en las raíces de la carrera misma. Durante muchos años le hemos dado un apoyo retórico a la idea de promoción de la salud y a la introducción más amplia de las ciencias sociales en nuestra disciplina, pero en la práctica muy poco hemos hecho para darle un impulso real a estos campos. Como lo hago evidente en mi trabajo, yo personalmente me siento muy incómodo con la omnisciencia paternalista de un campo que presume saber exactamente qué es lo que el público quiere y toma decisiones unilaterales acerca de cómo proceder. Tenemos que cambiar este enfoque y en forma dramática. Lo podríamos hacer aceptando el reto del Dr. Macedo acerca de cómo conceptualizar esta idea de la democracia en nuestro trabajo. Estas son cuestiones en las que nos podríamos centrar tanto conceptual como estructuralmente en la capacitación y en planeación.

Dr. Nájera

Unos breves comentarios en cuanto a la figura de caminar en los dos pies. Creo que es importante, pero no debemos olvidar que estamos caminando. Y estamos caminando hacia abajo en una cuesta que se va haciendo cada vez más pendiente. Tal pendiente está marcada por el costo exagerado de los servicios, y no ya por la imposibilidad de pagarlos en los países más pobres, sino por sus condiciones económicas actuales. Esto también se aplica a los países más ricos, cuando sabemos que por ejemplo en los Estados Unidos los costos de la salud representan cerca del 13% del producto nacional bruto, y que ese 13% probablemente no está produciendo los beneficios esperados. Por eso, y haciendo referencia a lo de seguir andando con los dos pies, pienso que si no paramos o por lo menos intentamos caminar más lento, frenando la velocidad del gasto, no vamos a poder encontrar la dirección que buscamos. No se trata entonces de seguir caminando en bajada; debemos darnos algún tiempo, un segundo de reflexión que nos permita encontrar un camino que nos lleve en otra dirección, porque ya sabemos para dónde nos lleva el actual. Y es en la búsqueda de esa dirección donde nosotros nos hallamos en este momento; estamos mirando los distintos puntos cardinales para ver cuál es el apropiado.

Uno de los elementos de la búsqueda de una nueva dirección es precisamente proponernos a analizar los errores, las falacias que están haciendo que nuestro norte actual no sea el deseado. Entre estas falacias se encuentra la llamada "transición epidemiológica", que no es otra cosa que una desviación de intereses. Se

habla ahora de las enfermedades de los niños y las enfermedades de los viejos para olvidar la situación constante, permanente y no cambiante de los problemas de salud de las edades medias de la vida, de las enfermedades producidas en y por la ocupación o la desocupación. A través de ellas y como núcleo central van a surgir los problemas de los niños y/o los problemas de los viejos, con un predominio mayor o menor, según las condiciones de desarrollo del medio ambiente. Más que enfermedades de una cierta edad son enfermedades producidas por unas determinadas condiciones de vida. Tenemos que frenar de alguna forma, tenemos que parar, tenemos que tener tiempo para reflexionar y no seguir caminando cuesta abajo por el camino que llevamos porque, entre otras cosas, lo que es evidente es que la sociedad no va a pagar más todas esas cantidades que nosotros queremos exigirle que pague.

Dra. Spínola

Quisiera hacer unos comentarios generales sobre los cambios deseables. Me gustaría que reflexionáramos para ver si lo que está sucediendo aquí entre nosotros debería ocurrir—y en qué forma—en otros ámbitos de discusión. Antes de venir a esta reunión lei con bastante cuidado los documentos básicos que le han dado fundamento. Llegué a algunas conclusiones que considero interesantes. Varios autores señalaron los mismos problemas. La mayoría de ellos habla de descentralización y democratización como procesos paralelos. Prácticamente todos hablan de la necesidad de valorizar las actividades preventivas en todos los niveles, hasta el de la población, que pocos privilegian. Absolutamente todos hablan de las influencias socioeconómicas y políticas que determinan en gran parte el *status quo* de la salud de los varios países. Algunos resaltan que existe un continuum de necesidades, un espectro, o una colcha de retazos de necesidades por países. En fin, todos reconocen que hay necesidades diferenciadas de salud en la Región.

Si intentamos agrupar esos puntos de vista, algunos trabajos son más teóricos y otros más pragmáticos. Haciendo un análisis del discurso de los documentos, sería interesante establecer por qué, además de estas cosas comunes habría igualmente algunos puntos divergentes. ¿Responderán éstos a la formación diferente de los autores? ¿Estarán unos más ligados a la academia y otros a la administración de servicios? ¿Resultarán sus diferencias de una cierta socialización en términos de aprendizaje por región o campo de trabajo? En fin, lo que yo estoy queriendo mostrar es que en este mismo grupo existen variaciones más allá de las semejanzas culturales y puntos de vista diferentes sobre algunas soluciones, lo cual indica seguramente que existen también diferencias sobre los cambios deseables y las estrategias para realizarlos.

Dentro de los puntos de vista convergentes, además de los ya mencionados también se ha reconocido siempre como requisito básico la modificación del sistema de administración y se ha llamado la atención nuevamente sobre la necesidad de planeamiento en el sector salud. Sobre ese particular yo quisiera dar mi testimonio personal. En nuestra escuela, los cursos de planificación en el sector salud se iniciaron en 1968. Estos cursos se ofrecieron durante 10 años, pero en los últimos tiempos se suspendieron; se enseña únicamente administración pero no se dan cursos específicos de planificación en salud.

También existe acuerdo sobre la importancia de las ciencias sociales, aunque creo que en algunos centros de formación ha habido un retroceso en ese campo. Sin embargo, estoy convencida de que algunas escuelas están en condiciones de llevar a cabo o de iniciar el perfecto desarrollo de las ciencias sociales aplicadas a la salud pública. En mi escuela, por ejemplo, contamos en la actualidad con 158 profesores de los cuales sólo 41 son médicos. Entre los demás tenemos 17 científicos sociales dedicados a las ciencias sociales aplicadas a la salud, y esperamos poder contribuir en forma significativa al fortalecimiento de esta área del conocimiento.

Otro elemento que me lleva a pensar que estamos caminando en la dirección acertada es precisamente el anotado muy sabiamente por el Dr. Ferris aquí, y por todos los autores en sus documentos sobre las necesidades de la enseñanza. Concluyendo, nuestros puntos comunes nos permiten exigir cambios donde se necesitan. Evidentemente existen vacíos y eso demuestra que hay especificidades locales, y que las necesidades varían en el tiempo y en el espacio. La propia percepción de la nueva salud pública se diferenciará entre nosotros mismos, así como también en la sociedad, en nuestros países y en nuestros gobiernos.

Dr. Sandoval

Creo que el Dr. Badgley planteaba un problema muy importante cuando retomaba algunas de las cosas delineadas a su vez por el Dr. Macedo. Yo me voy a referir a una de ellas, a saber, el problema del impacto de las políticas de ajuste. Chile ha sido señalado como el experimento "exitoso" de las políticas de ajuste llevadas a cabo en los años ochenta, como el país que está al otro lado de la inflación, el que ha podido pagar su deuda externa, y el que ha tenido un crecimiento anual del producto interno bruto por encima del 5% ó 6% durante los últimos cuatro o cinco años. La mortalidad infantil entre 1980 y 1990 continuó una curva descendiente, que era la misma que se habría podido proyectar si uno toma las tasas de disminución de la mortalidad infantil de los años setenta en adelante. Y a pesar de la gran crisis de los años 1983, 1985 y 1986, prácticamente no hubo inflexión en la mortalidad infantil, incluso en momentos

en que las tasas de desempleo alcanzaron al 30% de la fuerza de trabajo. Actualmente en Chile se destina aproximadamente el 5% del producto interno bruto a la salud. De ese porcentaje, entre 900 y 1000 millones de dólares son gastados directamente por las instituciones de salud y de seguridad social tanto privadas como del sector público, mientras que unos 250 millones de dólares corresponden al gasto directo de las personas.

La decisión política del gobierno actual es que no se va a aumentar el porcentaje del PIB destinado a la salud, porque cualquier aumento comprometería la capacidad de ahorro del país, es decir, su capacidad de reinversión para continuar con el crecimiento económico. Ahora, el problema está en que la desigualdad en el gasto es extraordinariamente grande. Hay sectores que tienen un gasto de 400 dólares per cápita/año en salud —los que tienen sus seguros en instituciones privadas—, mientras que aquéllos constituidos por los pobres de la ciudad y del campo—atendidos por el Ministerio de Salud—tienen una disponibilidad de aproximadamente 50 dólares per cápita/año. La relación es prácticamente de 1:9 entre los sectores más ricos y los más pobres, entendiendo desde luego que los sectores que tienen mayor gasto no corresponden a más del 5% de la población, y que los que tienen 50 dólares per cápita/año constituyen aproximadamente al 60%. ¿Qué ha pasado en la práctica? Que cuando se adoptaron las políticas de ajuste, éstas se aplicaron a todos los sectores incluyendo el de la salud. En esta área particular, el ajuste se dio en la forma de privatización de los servicios y de la seguridad social del Estado. Esta seguridad social privada trabaja directamente coludida con los prestadores de servicios, con las clínicas que venden los servicios de atención médica. Por lo tanto, la política de ajuste ha significado en la práctica un reforzamiento extraordinariamente importante de un modelo de atención estrictamente medicalizado, y el deterioro de todos los demás sistemas de atención, así como de los otros aspectos de la salud.

En 1973, cuando yo era el jefe de la sección de higiene, seguridad y medicina del trabajo del Ministerio de Salud, de un total de 400 funcionarios que el Ministerio asignaba al control de las condiciones del medio ambiente y del trabajo en todo el país, disponíamos aproximadamente de 40 profesionales, varios de ellos con maestrías y otros estudios de especialización en el extranjero. En 1990, cuando se posesionaba el nuevo gobierno democrático, éste recibió de la dictadura 19 funcionarios incluyendo profesionales y no profesionales dedicados a la higiene y a la seguridad del trabajo. Este es un ejemplo muy claro de la visión que se tiene de los problemas de salud. Por el contrario, ha aumentado la inversión en el sector privado, de manera que existen en Santiago dos equipos de resonancia nuclear magnética

y se está instalando un tercero. En cuanto a los equipos de scanner—que es necesario hacer rentables porque hay que pagarlos de alguna manera—ya no se pueden contar, y así sucesivamente. En consecuencia, el reforzamiento del modelo coincide con la política de ajuste y con el deterioro de todos los problemas de salud ambiental, de prevención, en fin, de todo lo que nosotros entendemos que debe ser el dominio de acción de la salud pública.

En este punto yo estoy de acuerdo con lo que decía el Dr. Badgley. El problema está en que la salud pública hoy día no está metida en el terreno de la toma de decisiones; está al lado. Y como está al lado no influye en las políticas. Y no influye en las políticas porque, como ya lo dije y lo vuelvo a repetir, los Ministerios de Salud no son tales sino ministerios de atención médica deficiente, desigual y mal distribuida entre la población.

En consecuencia, los cambios deseables tienen que ver precisamente con recuperar la visión integral de los problemas de salud. No son sólo los que tienen que ver con la atención médica, sino los que tienen que ver con el medio ambiente, con la medicina preventiva, entre otras cosas, que evidentemente deben seguir una línea de orientación correcta. Para eso está la epidemiología. Y aquí voy a diferir con el Dr. Nájera. Yo no creo en la epidemiología de hoy día, pero sí creo en los usos que uno hace de la epidemiología. A lo mejor hay que tener una nueva aproximación metodológica, pero con la epidemiología actual—con todo y lo mala que pueda ser—podemos hacer mucho más de lo que en el momento se hace. Ese también es un cambio deseable: el tener objetivos y orientaciones epidemiológicamente definidos y no según la demanda, porque lamentablemente las demandas de la gente—y lo que le importa a los políticos es satisfacerlas—apuntan hacia el incremento de la atención médica. Quienes no tienen acceso actual al scanner quieren tenerlo, y quienes lo tienen pero carecen de acceso a la resonancia nuclear magnética la desean y la piden. Ese es el gran drama nuestro; nuestro discurso va en contra de lo que la gente quiere y cree que es bueno. Lo que tenemos que cambiar en la práctica actual de la salud pública es cómo hacer que por una parte nuestro discurso sea comprendido por la gente, y por otra asumido por los políticos y en consecuencia convertido en acción. Mientras no logremos ese cambio no vamos a poder modificar la tendencia predominante, que yo creo no es sólo un problema de gasto sino básicamente de una enorme ineficiencia social.

**ESTRATEGIAS:
PAISES Y PROYECTO**

*Moderador:
Dr. Hernán Sandoval*



Dr. Sandoval Las discusiones sobre estrategias siempre implican una gran participación, porque en el fondo se trata de definir cómo se harían o cómo quisiéramos que se hicieran las cosas. Evidentemente ésto origina una gran creatividad, en la medida en que la búsqueda de las vías de acción tiene que ver con la posibilidad de que miremos las cosas desde todos los ángulos que ellas ofrecen y observemos los procesos desde afuera. Es claro que la definición de las estrategias requiere que nos situemos por fuera del proceso para ver su evolución y así poder elegir las vías de acción. Yo recuerdo un pasaje de *La Cartuja de Parma*, el libro de Stendhal, cuando Fabricio, el héroe, cuenta su participación en la batalla de Waterloo. Para él Waterloo fue una sucesión de encuentros con algunos oficiales británicos ya que nunca vió la batalla. Se refugió en un bosquecillo, y estando allí de repente veía aparecer gente que luego desaparecía, y luego gente que se enfrentaba, y nunca supo que había estado en una batalla extraordinariamente importante. Pienso que a veces a nosotros nos sucede un poco lo que a Fabricio; que estando dentro del acontecer lo estamos viviendo de una manera tan intensa, y a la vez tan mediatizado por pequeños enfrentamientos cotidianos que en la práctica no podemos ver el desarrollo del gran proceso. Así pues, en la definición de estrategias lo que nosotros tenemos que tratar de hacer es precisamente ver este gran proceso.

Dr. Ferrera La secuencia natural de la discusión nos lleva a plantear desde un principio las estrategias relativas a las posibilidades de implementar los cambios que se discutieron anteriormente. Sin embargo, yo quería traer a colación el hecho de que también es importante que se tomen en consideración las estrategias para llevar adelante este proceso en que estamos involucrados, un proceso de reflexión, de revisión, promoción y desarrollo de la teoría y práctica de la salud pública. Entonces habría que tomar en cuenta los dos aspectos: las estrategias para el cambio y las estrategias para que todo ésto evolucione hasta que el cambio propuesto se dé con nuestra participación.

Dr. Tigre Hay un punto aquí que quizás sería conveniente discutir más ampliamente. Desde el inicio aparece—a veces como una situación antagónica—esta cuestión del papel de la asistencia médica dentro de la salud pública en general. Por lo expresado por los participantes en sus documentos y durante los debates, todos, de una manera u otra, están de acuerdo en que los aspectos de promoción y prevención, en un enfoque poblacional o comunitario, serían el objetivo básico de las acciones en salud pública. Si es así, yo propondría que pensáramos si es que a través de la atención médica, que fundamentalmente es un enfoque individual, nosotros podríamos llegar a esas intervenciones poblacionales.

Sabemos que existen intervenciones de tipo preventivo, de tipo "promoción de la salud", que muchas veces aparecen como sinónimo de cambios de estilos de vida, los cuales pueden y deben ser hechos a nivel individual. Sin embargo, nosotros estamos hablando de intervenciones a nivel de poblaciones, tanto para aspectos preventivos como de promoción de la salud, en el contexto de una respuesta social amplia.

Pero si se parte del principio de que la organización de los servicios para individuos—realizada desde una perspectiva exclusivamente médica—tiene otra racionalidad, otro propósito, otro objetivo de resolución de problemas, un punto crítico de discusión debe ser si vamos a seguir insistiendo en tratar de resolver los problemas poblacionales a través de los servicios de atención individual. Muchas de las propuestas que se han presentado aquí siempre ponen como objetivo ese gran cambio poblacional, esas acciones de promoción y prevención, pero terminamos sugiriendo nuevamente la misma estrategia de entrar a través de la atención individual. Allí, a mi parecer, hay una contradicción bastante clara.

A comienzos de los años setenta, cuando yo trabajaba en la práctica médica clínica, se decidió que la salud debía tener un abordaje multidisciplinario. De allí surgieron los famosos departamentos de medicina preventiva y social. Yo trabajaba entonces en un centro de salud que tenía la pretensión de ser una institución de atención comunitaria. Y lo que en realidad hicimos fue que llamamos a varios profesionales para atender a un individuo. Cada vez que un individuo entraba al centro de salud era visto por el médico, la enfermera, la nutricionista, etc. Y eso era lo que se llamaba atención a la población, cuando en realidad el paciente era el que atendía las inquietudes de la población de profesionales.

En relación con lo anterior y desde una perspectiva más práctica, yo me preguntaría cómo podríamos esperar que los servicios de atención individual puedan tener esa dimensión, ese alcance poblacional, considerando las enormes dificultades que éstos experimentan en términos de cobertura, calidad de atención, y financiamiento.

Mi último comentario es que, si bien lo de Alma Ata fue extraordinariamente importante, uno de los grandes equívocos que de allí surgieron fue pensar que se conseguiría alcanzar esos objetivos a partir de los servicios de atención individual. Esto quiere decir que establecimos un marco referencial muy amplio y le delegamos todas las tareas a los servicios médicos. Si yo particularmente pudiera reescribir lo de Alma Ata, me concentraría más bien en la Atención a la Salud de la Comunidad, lo cual debería incluir, entre otras cosas, la participación de la atención médica. Dejo eso ahí como un punto de discusión.

- Dr. Tejada** Un punto de aclaración. El nombre de Atención Primaria de Salud está equivocado y ha servido para malas interpretaciones. Y sin entrar en una defensa cerrada de la conferencia de Alma Ata, quiero decir que una de las conclusiones más importantes a que se llegó fue precisamente que se requería la reformulación total del sistema de salud siguiendo unas líneas que aún están vigentes. Sin embargo, eso fue lo que no se hizo.
- Dr. Ferreira** Estoy de acuerdo con que el nombre fue mal interpretado, pero el hecho de que haya sido escogido ya en sí implicaba un sesgo.
- Dr. Granda** Para tratar de conectar muy brevemente con la afirmación de Bejin citada por el Dr. Ferreira en que el autor habla de "un momento de verdad en que el objeto se aferra al espacio actual y se produce la emergencia evolutiva de un espacio potencial", yo quería decir algunas palabras sobre este asunto en el momento de plantear una estrategia. Primero, es necesario tomar en cuenta que el espacio actual atrapa al pensamiento y a la acción. Segundo, no hay cómo huir del espacio actual; es imposible. Lo que se puede hacer es conquistar el espacio potencial para modificar, cambiar, transformar el espacio actual. En esa medida, el movimiento de conquista del espacio potencial pasa por criticar el actual, por intentar conservarlo, y finalmente por superarlo. Tercero, a mi modo de ver es imposible proceder en forma distinta a comenzar desde el espacio presente para ir hacia el pasado en busca del futuro. El quedarse en el espacio del presente significa la derrota del cambio, aspecto que nos trajo a colación el Dr. Ferreira.
- Por último, quiero señalar que ese espacio actual nuestro aparece como un espacio biológico fundamental que lo llamamos epidemiología. Este intenta tomar otro espacio que se llama administración, o teoría del Estado, o teoría de la ejecución, el cual también queremos que transite desde un espacio de eficiencia a uno de eficacia. En esa medida, yo diría que cuando estamos hablando de estrategia tenemos que recorrer los tres tiempos. Es necesario transportarse hacia el pasado—como lo sugiere el Dr. Nájera en su trabajo y en sus intervenciones—para encontrar cómo se fue constituyendo el objeto con miras a crear la nueva epidemiología a que se refiere el Dr. Nájera. El pasado también sirve para integrar lo que se ha producido en América Latina en términos de medicina social, epidemiología y salud pública. Se requiere entonces echar una mirada hacia el objeto y hacia la historia productiva.
- Hay tres cosas que tienen que ver con la epidemiología. Uno, no se trata de ver el tiempo como tiempo sino como historia. Siguiendo la recomendación del Dr. Nájera, es necesario ver

épocas y no coyunturas nada más, con el fin de observar al individuo como familia, como cultura, como sociedad, como relaciones sociales y como población, que es lo que pide el Dr. Frenk, o como colectividad, según lo sugiere el Dr. Paim. Segundo, en los documentos se plantea interpretar el lugar como espacio social, para tratar de ver las diferencias, y entre los trece puntos del Dr. Frenk hay algunos que hacen referencia a eso. Tercero, como lo reclama constantemente el Dr. Nájera, es necesario interpretar a la persona como clase, como grupo, como familia, como cultura, y no únicamente transformarlo en edad. Todos estos son elementos de cambio. Sin embargo, no hay que ver el pasado solamente, ni tampoco únicamente el presente; también hay que ver el futuro como utopía, como lo que queremos.

Con esta visión del presente en función al pasado, yo creo que nos debemos cuidar de aquéllo que señala el Dr. Mario Testa en su documento, y que consiste en no vaciar el presente, en no subsumirnos en una visión del futuro que traicione el tiempo actual. Se trata más bien de ir llenando el presente con lo que es nuestro, para que desde allí se construya una visión del futuro con intencionalidad, evitando así caer en el seguidismo o en la dependencia, como bien lo ha señalado el mismo Dr. Testa y muchos de ustedes. Es en la visión de futuro donde me parece importante ver lo poblacional o lo comunitario, pero verlo como concepciones de salud, como prácticas de salud, como formas organizativas y como formas de movimiento que buscan poder. Así se vería la epidemiología en esta perspectiva de presente, pasado y futuro.

En la administración también, según lo que decía el Dr. Ferreira, tiene que hacerse un planteamiento alrededor de la organización, no únicamente para tornarla más eficiente sino también más eficaz. Y allí es necesario tomar en cuenta el aspecto fundamental de la organización actual que tiene que ver con lo que es productividad y control de la fuerza de trabajo, para luego buscar lo que es la reproducción humana. Igualmente pienso que el compromiso político que tiene que entrar dentro del mismo proceso organizativo de nuestras instituciones es fundamental. En cuanto a la gestión, hay que transformarla en una gestión estratégica, como bien lo expresaron los doctores Frenk y Ferreira. En referencia a la docencia, creo que es necesario que nos "deseduquemos" para poder romper los esquemas actualmente vigentes y tener una comprensión de recursos humanos dentro de su quehacer de producción, circulación y utilización, porque si no va a ser difícil que podamos entenderlos integradamente. Se buscaría una forma de producción de conocimientos donde se pasa de la lógica como correlato de la verdad, a una práctica como correlato de la verdad. Esto corres-

ponderaría a la apertura epistemológica que ahora se está dando con tanta fuerza, donde Popper ya no es hegemónico sino que se producen las grandes innovaciones a cargo de Piaget, Bertalanfi y otros.

Dr. Frenk En esta discusión hay que tener claro que la estrategia implica esencialmente un proceso de apertura en dos sentidos: una apertura para comprender el entorno específico donde uno se mueve, y otra apertura temporal hacia el futuro para tratar de anticipar los cambios que puedan ocurrir en ese entorno y darles dirección, en vez de responder a ellos solamente.

En la primera apertura, tengo la impresión de que gran parte de los problemas de muchas instituciones de salud pública es que no han asimilado cabalmente todas las dimensiones del cambio del entorno. Tampoco han identificado específicamente los nuevos actores emergentes, quienes finalmente son los que toman las decisiones que determinan fundamentalmente las condiciones de salud de la población. La última intervención del Dr. Badgley es muy importante porque habla de la necesidad de identificar claramente cuáles son esos actores, y cómo las instituciones de salud pública, el movimiento de salud pública, los investigadores y los trabajadores de salud pública, podemos constituirnos en interlocutores válidos y fuertes de esos actores.

Aquí hemos hecho mucho hincapié en la aparición de organizaciones sociales nuevas; el Dr. Paim y varios otros lo han enfatizado, y yo estoy de acuerdo con que existe la necesidad de captar las formas emergentes de organización política de la sociedad. El Dr. Tejada también aludió a la crisis de las formas tradicionales de representación. Pero hemos hablado menos—y cuando lo hemos hecho siento que ahí hay cierta ambivalencia—de la necesidad de identificar claramente las organizaciones que ya no son de la población sino del Estado, las organizaciones públicas nacionales donde se toman las decisiones financieras o de política macroeconómica, y donde la voz de la salud pública ha estado notablemente ausente.

Creo que tampoco hemos abordado mucho hasta ahora—lo mencionó también el Dr. Badgley—la interlocución con los organismos internacionales que muchas veces imponen el sentido general de las políticas macroeconómicas de los países. Yo creo que aquí hay claramente una disyuntiva. O se continúa en el aislacionismo, satanizando a estos interlocutores y negando de una manera ideológica su peso real, o se aprende a hablar con ellos. Una decisión estratégica de la nueva salud pública tiene que ser aprender a hablar con esos actores. No es válido menospreciar los esfuerzos por derrumbar las barreras, e incluso por aprender a hablar el idioma de esos decisores, quienes finalmente—como todos lo hemos reconocido aquí—toman las

medidas que tienen el mayor impacto sobre los niveles de salud. Eso implica realmente un proceso de apertura mucho mayor; requiere que nos salgamos de nuestros discursos reiterativos y aprendamos a hablar como ellos lo hacen.

Es fundamental aprender a hablar el idioma del papel económico de la salud; es esencial incorporar el discurso económico, nos guste o no ideológicamente. Si no lo hacemos, la salud va a seguir siendo ese depositario de los recursos que sobran, en tanto se la concibe, al decir del Dr. Badgley, como un área no productiva a la cual hay que asignarle recursos simbólicamente. Por el contrario, si aprendemos a hablar el idioma de los decisores y demostramos el valor económico de la salud, del gasto en salud, tendremos mejores oportunidades de éxito. Necesitamos concebir gran parte de los servicios de salud como bienes públicos, y por lo tanto aceptar la idea de que la demanda individual de esos servicios produce niveles de utilización que no son los óptimos desde el punto de vista económico, precisamente por el carácter de bien público que tiene la salud. Tenemos que aprender a hablar el idioma de la incertidumbre y de las asimetrías en información que hay entre productores y consumidores en este campo. Tenemos que hablar el idioma de la salud como un sector de la economía no solamente como la consecuencia y el sentido final del desarrollo económico—con lo cual creo que todos estamos de acuerdo—sino también de la salud como un sector central de la economía.

En economías cada vez más orientadas hacia los servicios, la salud es un sector central, un gran generador de empleo; el Dr. Ferreira mencionó este aspecto, al igual que el Dr. Macedo. En los países industrializados es un sector que tiene un impacto fundamental en variables macroeconómicas como la inflación. Es muy importante hablar el idioma de la salud como sector de la economía y no solamente como variable dependiente de la economía. Y finalmente, tenemos que aprender el idioma de la inversión y la demostración, que en el campo de la educación sí se ha aprendido. Es necesario probar que las inversiones en salud pública son convenientes y presentan una relación costo-beneficio favorable. Actualmente en el Banco Mundial nadie niega que la inversión en educación primaria sobre todo es una muy buena inversión para un país subdesarrollado. Sin embargo, no tenemos realmente estudios semejantes para el caso de la salud. Por eso afirmo que esa interlocución es fundamental, así como lo es aquella que tenemos que desarrollar con los organismos sociales emergentes y con los decisores en salud.

Ahora, para poder lograr este status de interlocutores necesitamos ante todo evidencia. En este punto quiero insistir en que un cambio estratégico fundamental consiste en darle mayor peso a la investigación. La debilidad de la investigación, la pobreza

de lo que se produce, esta cuestión que yo mencionaba de los dos extremos, de los grupos que simplemente están en el discurso teórico pero rara vez confrontan la realidad, y de aquéllos que por el contrario utilizan un abordaje totalmente empiricista prescindiendo de los marcos teóricos, son realidades de la salud pública en América Latina que tenemos que combatir. Y un ejemplo de esto es la tendencia que tenemos a descalificar con adjetivos los argumentos de los demás. El Dr. Nájera habla de la transición epidemiológica y la descalifica como falaz, pero ni en su trabajo ni en su intervención anterior hay el menor rasgo de evidencia para probar que es así. Simplemente hay una preconcepción, y este es un estilo que justamente va en contra de los que practicamos la investigación. Curiosamente, la mayor parte de lo que se escribe sobre la transición epidemiológica llega a la conclusión de que hay que darle más peso a la salud de los adultos, porque la dinámica demográfica de nuestros países así lo exige. Es el mismo uso que se hace del concepto de medicalización; acabamos adoptando conceptos como construcciones de descalificación y no como construcciones analíticas que nos permitan orientar la investigación.

Otro cambio estratégico fundamental consiste en otorgarle un mayor peso a la investigación en salud pública, a la generación de un conocimiento científicamente válido que nos dé justamente los elementos para poder tener una interlocución significativa. Y aquí insisto en que la estrategia tiene que pasar por la institucionalización de la investigación. Porque su fortalecimiento no se da con base en individuos aislados, sino a través de la creación de instituciones con estructuras e incentivos apropiados para que se reúnan allí masas críticas de gente que están pensando y trabajando en esto.

Hay que entender que éstas instituciones tienen dos características: la primera es que siempre son imperfectas, en tanto la naturaleza de los problemas sociales es tal que no hay soluciones que no generen nuevos problemas; la segunda es que algunos de los cambios son progresivos, y que si se les mira por separado, cada uno de ellos puede dar la impresión de que es "más de lo mismo". Sin embargo, cuando se les mira en su conjunto asumen una masa crítica que permite una reorientación fundamental.

Me gustaría concluir contestando al punto que mencionó el Dr. Ferreira sobre cómo continuar este proceso. Ha habido en América Latina en los últimos años algunas experiencias—no todas las que quisiéramos—de innovación institucional en este sentido. Pienso que hay que documentarlas en más detalle y evaluarlas en términos de los efectos y del impacto que han tenido, si no en la salud de la población—porque creo que ese impacto estaría mediado por muchos otros—sí en otros indicadores un poco más próximos al efecto. Pero hasta el momento

no tenemos un buen inventario ni de la situación actual, ni de los intentos de repensar la institucionalización de la salud pública. Un análisis comparativo que documentara algunas de estas experiencias sería de gran valor.

Dr. Gilbert Omenn
(*Presidente, ASPH*)

Yo quisiera hacer algunos comentarios sobre tres aspectos diferentes. Lo primero tiene que ver con los trabajos y con los tipos de parámetros de salud y enfermedad, los cuales merecen un mayor énfasis. Lo segundo se refiere a la forma en que podemos construir una estrategia para lograr mayor visibilidad y efectividad en nuestras metas de salud para la población; y en tercer lugar me gustaría elaborar un poco más sobre lo expuesto en mi trabajo acerca de establecer objetivos medibles para lograr nuestras metas, y para movilizar la voluntad política y del público en general de acuerdo con necesidades de salud específicas.

Primero que todo, y hablando en nombre de la escuela de salud pública de la Universidad de Washington en Seattle, y de la ASPH, quiero decir que hay un compromiso renovado de construir un puente entre la salud pública académica y la práctica de la salud pública. Nos hemos comprometido a utilizar los pocos fondos que recibimos del gobierno federal para fortalecer este enlace con la práctica de la salud pública, el reclutamiento de estudiantes entre las minorías, y también ciertos temas prioritarios que tienen que ver con salud materno-infantil, la tercera edad y la infección por el VIH. Hay algunos otros tópicos de gran importancia en nuestro hemisferio que también quisiera enfatizar. El primero es el crecimiento poblacional y la necesidad de realizar una planificación más sensible y efectiva en lo político y en lo social. Creo que muchos de ustedes tienen una extensa experiencia en este campo. En algunas partes del mundo, sobre todo en Asia y en África, se hace un uso efectivo del mercadeo social—campanas de información-educación-comunicación—por parte del sector privado. Sin embargo, es realmente preocupante que las ganancias y el status económico de los programas de salud se vean muchas veces abrumados por un crecimiento incontrolado de la población. Y es precisamente la población la que determina casi todos los parámetros de la contaminación ambiental y deposita toda su carga en el medio ambiente.

No veo que se hayan discutido mucho aquí los asuntos atinentes a la política ambiental y a la protección del medio ambiente. La protección ambiental ha sido un campo de tradicional interés para la salud pública, pero en los Estados Unidos nos hemos dejado coger una gran ventaja durante los últimos 20 o 25 años, después de que Rachel Carson publicara su libro *Silent Spring* y se desarrollara una conciencia sobre la contaminación del agua, del aire, y otros problemas relacionados con radiaciones y sus-

tancias químicas. En general la comunidad de la salud pública se mantuvo al margen, al tiempo que la población exigía mayor atención a los problemas ambientales. La Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos (EPA) se creó en 1970 para quitarle al Servicio de Salud Pública los programas de control de polución de aire y agua, entre otros. Ahora en cada estado hay departamentos de ecología o de protección ambiental que operan separadamente de los departamentos de salud. Creo que la misma situación se ha producido en sus países. Y también es cierto que tanto el público como los políticos están tremendamente interesados en estos asuntos, y que nosotros cometimos el enorme error político de dejar que otros manejaran los problemas más visibles. Y aunque asuntos como el contacto con sustancias químicas presentes en el ambiente no aparezcan tan cruciales como algunos de los problemas que determinan más directamente lesiones y enfermedades, sí son importantes y sirven como banderas para la movilización política.

Veamos ahora el asunto de los comportamientos violentos. Hay cuestiones de violencia a nivel individual, familiar y social que son trágicas. El Dr. Frenk y yo estuvimos con otros colegas del Hemisferio Occidental en la reunión de Saitama (Japón) en septiembre de 1991. Allí el Ministro de Sierra Leona declaró en forma enfática que en África, una de las causas más descuidadas y abrumadoras de muerte y morbilidad es la violencia física. Las guerras y otros tipos de violencia física originados en conflictos tribales y sociales forman parte de políticas deshumanizantes más amplias, las cuales han sido gentilmente denominadas como de "ajuste estructural". En muchos casos, "salud para todos" y otras visiones utópicas sobre la salud de las personas se enfrentan con cuestiones de poder. Yo apoyo en forma definitiva una visión positiva. Nosotros buscamos la participación comunitaria en nuestro país, y en mi propia ciudad tratamos de alentar la participación de padres y madres cuando se trata de la salud de los niños, y de grupos de la tercera edad cuando nos ocupamos de los ancianos. Pero es un hecho que en muchas sociedades donde se ejerce una dominación autocrática, la democratización y la participación de las comunidades va en contra de las estructuras de poder existentes. Por eso considero que es muy ingenuo de nuestra parte que hablemos como si las prioridades existentes y el abandono de la salud pudieran cambiarse sin que se tenga una estrategia seria.

Finalmente, quisiera decir en esta introducción que es un hecho que el sector público haya sufrido enormes reducciones en términos presupuestales. Hemos oído acerca de lo ocurrido en Canadá y los Estados Unidos. El Dr. Nájera mencionó que entre el 12% y el 13% del producto nacional bruto de los Estados Unidos va al sector salud. Pero también es cierto que

muchos se preguntan sobre el destino del otro 88%! Y sabemos que el punto prioritario en el presupuesto federal de los Estados Unidos es definitivamente el de los intereses de la deuda. En este momento somos el país más endeudado del mundo. Es un absurdo. Y el problema se ha cuadruplicado durante la última década. El mal manejo por parte del gobierno ha sido terrible. Aun con todo este gasto, el dinero asignado a los tipos de programas domésticos que consideramos pueden contribuir a preservar la salud y a mejorar su status, se halla atrapado por la reducción del sector público.

Hace 11 años fui Director Asociado de la Oficina de Administración y Presupuesto del Presidente Carter. En ese momento yo era responsable por casi la mitad del presupuesto nacional. Y soy conciente de que hay una enorme competencia por los fondos del presupuesto público, y no sólo en los campos de la salud pública, la ciencia y aun el cuidado médico. Existen muchas otras necesidades y éstas tienen que ser incluidas en una especie de análisis socioepidemiológico que pueda contribuir a la planeación en salud.

Si a la situación descrita le agregamos el problema de la hegemonía médica al cual ustedes se han referido en sus trabajos sobre la polarización epidemiológica, enfrentamos entonces un reto enorme pues necesitamos colocar en el mismo espacio los factores de violencia, crecimiento poblacional, prioridades ambientales y disminución del gasto público si es que queremos cumplir nuestra meta de que la población sea saludable.

Mi segundo tema tiene que ver con la credibilidad e influencia que de hecho tenemos si es que queremos utilizarlas. Una de nuestras fuentes de credibilidad es la ciencia que está a la base de la salud pública. En todas partes del mundo se expresa una gran curiosidad y aprecio por el progreso en la ciencia y la tecnología. Existe admiración por los logros obtenidos por el sector de la salud pública en la erradicación de la viruela y la poliomielitis, entre otros. Y hay otras metas que queremos alcanzar, incluyendo la prevención de la hepatitis B y del cáncer del hígado. Está la nueva vacuna contra la hepatitis B que actualmente es tan barata y que por lo tanto se puede utilizar masivamente en las poblaciones de Asia, donde hay una tasa altísima de portadores de ese virus, así como un alto riesgo de cáncer del hígado. Algunos de esos problemas prevalecen también en el Hemisferio Occidental y son ciertamente graves en Africa. Con nuestro interés en la participación comunitaria y en los factores sociales de la enfermedad, también debemos aprovechar las capacidades biomédicas, biológicas, científicas y tecnológicas que están a la base de la salud pública.

Mi tercer punto es que deberíamos trabajar con aquellos personajes de la vida política y social de nuestros países, regiones y

localidades que están tratando de marcar la diferencia en la vida de la gente, para hacerlos entender mediante objetivos concretos en qué áreas es que sus esfuerzos pueden aunarse a nuestros conocimientos, experiencias y metas. También creo que deberíamos establecer algunas alianzas con aquéllos que están comprometidos con el mejoramiento del medio ambiente, o con organizaciones que trabajan en pro del bienestar infantil y de los ancianos. Así evitamos hablar de la población como un todo porque políticamente, cuando menos en los Estados Unidos y en otros países, el poder se relaciona con subgrupos: electorados y grupos de interés.

Finalmente, quiero hablar sobre los objetivos y metas que creo necesario establecer. En 1979 se publicó el volumen *Healthy People* que muchos de ustedes conocen. Al año siguiente, en el momento en que Reagan derrotaba a Carter, salió *Health Objectives for the Nation for 1990*, así que sólo se imprimieron algunas copias. Se trata, sin embargo, de un documento muy importante. Aunque desde el principio tuve algo que ver con esa publicación, mi mayor complacencia se derivó de que la administración Reagan sostuvo esa iniciativa y se hicieron esfuerzos durante los años ochenta para poder alcanzar estos objetivos medibles de salud. En septiembre de 1990 se publicó *Healthy People 2000*, el cual se realizó con la colaboración de varios sectores de la sociedad, alcanzando una verdadera participación comunitaria. En la parte final de mi trabajo ustedes verán que yo he listado algunas de las metas establecidas para neonatos, niños, adolescentes, adultos y personas de la tercera edad. El volumen de 1979 trataba de captar la atención del público hacia dos metas por grupo poblacional. En los neonatos se trataba de prevenir el bajo peso al nacer y los defectos de nacimiento; en los niños, las lesiones y problemas de crecimiento y desarrollo; en los adolescentes, los accidentes vehiculares y las drogas o el alcoholismo, y en las personas de edad, se hacía énfasis en lograr un funcionamiento independiente y saludable. Como ven, estos son problemas por los cuales los médicos no se sienten responsables.

Les voy a contar una anécdota. En 1975 el estado de Alabama—que es como un país tercermundista, con una tasa de mortalidad infantil del 28 por 1000—tuvo un líder del programa de salud materna que persuadió al gobierno y a muchas otras agencias con programas de salud para niños, para mujeres embarazadas y para la salud rural de que se concentraran en alcanzar una sola meta para el estado. El slogan era “salvemos a nuestros bebés”; la meta: reducir la tasa de mortalidad infantil. De los 67 condados del estado, 30 carecían totalmente de atención prenatal, obstetras y/o comadronas. Se esperaba que estas pobres mujeres se atendieran solas o que fueran a centros urba-

nos remotos a tener sus hijos. De manera que se organizó un plan para que los trabajadores-activistas se dedicaran a ubicar mujeres desde el inicio del embarazo, a hablar con la comunidad de lo que significaba estar saludable antes de concebir, y muchos otros temas. Se hicieron campañas de televisión y se contó con la participación de otros medios masivos y del sector privado. Las personas interesadas en otros problemas de salud pública también se vincularon porque estaban convencidos de que si se hacían progresos en esta "medida centinela" del estado de salud de la población, se producirían otros desarrollos positivos. Como resultado de este esfuerzo, en 4 años el estado de Alabama logró reducir la mortalidad infantil de 28 a 14 por 1000, es decir, una tasa cercana al promedio nacional. ¡Y se trata de un "experimento de control"! Se le dio el nombre de "Mississippi", porque en ese estado adyacente la tasa de mortalidad infantil en 1975 era tan alta como la de Alabama y sin embargo no disminuyó en esos mismos 4 años.

Entonces creo que el proceso de identificar una meta, hacer que el público la entienda, y buscar la participación de los sectores público y privado, incluyendo organizaciones no gubernamentales y voluntarios de la comunidad, sirve como un excelente modelo para lo que es necesario hacer en todo el hemisferio. Y es urgente que lo hagamos.

También les quiero informar que en los volúmenes de *Annual Review of Public Health* publicados en los Estados Unidos nos estamos esforzando por destacar estas iniciativas prácticas y por publicar tópicos relacionados con la investigación. También estamos incluyendo un mayor número de capítulos de autores internacionales. Me sentí muy complacido al enterarme por medio de los colegas en el Japón, incluyendo al Dr. Frenk, que estos volúmenes les han sido sumamente útiles. Así es que tenemos una estrategia que nos podría dar la oportunidad de convencer a otros en el campo de la salud pública y a los políticos de que la "SP" de Salud Pública realmente debería incluir expresiones como Salud de la Población, Salud del Público, Salud Popular, así como las Saludables Políticas Públicas a que muchos de ustedes se han referido en sus documentos.

Dr. Tejada

A lo largo de las sesiones que hemos tenido, a pesar de las aparentes diferencias que hay y que son reales, también existe una serie de puntos de consenso a los que hemos llegado a lo mejor sin darnos cuenta. Yo diría que tenemos que ubicarnos en la realidad del mundo en que estamos viviendo, principalmente en los países de América Latina. Y esta realidad—cualquiera que sean las causas históricas, estructurales, etc.—determina ciertos resultados que están allí presentes. Acá se ha mencionado que por una serie de razones, las grandes diferencias entre los niveles

de salud y bienestar de los países en desarrollo, en lugar de haber ido cediendo han ido aumentando. Por otro lado, los recursos que la sociedad asigna a ciertos sectores sociales a través de las instituciones públicas y particulares han venido disminuyendo y continúan haciéndolo por donde quiera que se les mire: en relación al producto interno bruto y en relación al presupuesto público nacional, entre otros. Paralelamente a ésto, se está reconociendo que el actual sistema se halla orientado fundamentalmente a la reparación de la salud y no a la prevención de la enfermedad. Igualmente el actual sistema es centralizado, mal distribuido e injusto en cuanto a la utilización de los escasos recursos que recibe y no puede seguir funcionando como está.

Es muy claro que allí tenemos los elementos orientadores del cambio. Tenemos que cambiar el enfoque de todo el quehacer de la sociedad en relación con el bienestar y la salud. Y tenemos que hacerlo dentro de las restricciones económicas y con el reconocimiento explícito de que el sistema tiene que ser transformado. En ese sentido es que le respondí al Dr. Tigre indicando que en Alma Ata se había planteado la reformulación profunda de los sistemas de salud de acuerdo con esos lineamientos, como condición indispensable para aplicar la estrategia que se llamó Atención Primaria de Salud.

La intervención del Dr. Frenk donde plantea sus trece puntos con relación a esta transición del sistema se ajusta a esa instancia en que se juntan lo teórico y lo práctico. Y yo reconozco que todo proceso que involucre cambios profundos exige una transición; no creo que los cambios se pueden hacer de la noche a la mañana porque tengamos la razón, o porque se dé un dispositivo legal, o porque alguien que cree tener el poder para hacerlo lo diga. En la vida real, en el proceso político real, no es así. El más poderoso dictador tiene una serie de limitaciones porque debe cuidar la base de sustentación de su propio poder autoritario, y tiene que hacer concesiones y enfrentarse a una serie de intereses. De tal manera que lo importante es concebir precisamente que todos estos cambios fundamentales van a requerir una estrategia.

Estamos de acuerdo en que el sistema tiene que ser descentralizado, participativo y orientado fundamentalmente a la prevención de la enfermedad. También debe ser parte integral de toda una acción de la propia población dirigida hacia la promoción de sus condiciones de vida en general. Dentro de las líneas generales de orientación se debe plantear el que los proveedores formales de la salud les devolvamos a las personas, a las familias y a las comunidades la responsabilidad de cuidar de su salud y de otros aspectos de su vida. Ha habido un proceso histórico de acaparamiento por parte de los políticos, tecnócratas y profesionales donde las personas, las familias y la población en general son tra-

tados como retrasados mentales o como recién nacidos. En ese sentido pienso que el nuevo sistema tiene que involucrar también una transferencia, una devolución de todas estas capacidades por medio de información, capacitación y desarrollo de destrezas. Esta, además, es la única forma como se pueden resolver muchos problemas de tipo promocional y preventivo.

Algunos comentarios sobre la estrategia. Yo creo que lo más importante en estos momentos es crear opinión, y aquí juegan un papel muy importante los organismos internacionales, incluyendo las asociaciones internacionales de escuelas de salud pública y similares. Estas entidades deben contribuir a crear opinión sobre la urgencia, la necesidad de este cambio. En segundo lugar, quisiera referirme al aspecto de la investigación. Es necesario reafirmar la necesidad de institucionalizar la investigación como un elemento que pueda contribuir a resolver en el camino una serie de vacíos que tenemos en este proceso de cambio. Sabemos a dónde queremos ir, pero lo que no sabemos es cómo ir y qué elementos vamos a utilizar. Existe una serie de desarrollos importantes que no puede ser solamente el producto de una inteligencia extraordinaria; tiene que ser el producto de la combinación de la inteligencia con la experiencia, con la realidad. Y creo que aquí cabe la investigación, pero yo agregaría que la institucionalización—que tiene siempre los peligros de toda institucionalización, los peligros del aislamiento—debe ser llevada a cabo bajo la premisa de que la investigación se asuma como un procedimiento normal de la acción. Esto quiere decir que en los esfuerzos iniciales del proceso de transformación del sistema para darle una nueva direccionalidad, la investigación debe estar ahí presente; pero no como una cosa independiente y paralela de los investigadores, sino como un quehacer normal, y no en manos únicamente de los investigadores, sino también en manos de los ejecutores, contribuyendo así a su democratización.

Pienso que lo anterior va a contribuir a crear opinión, porque no creo que baste con que nosotros aquí podamos tener la razón. Es necesario mostrar cosas, mostrar hechos que ratifiquen nuestra apreciación de la crisis y pongan en evidencia los defectos de la situación y del sistema; como también es vital que los planteamientos que estamos haciendo sobre cómo reorientar el sistema puedan ejemplarizarse con experiencias concretas. Y aquí la Organización Panamericana de la Salud puede jugar un rol muy importante en la Región promoviendo, en primer lugar, todos los esfuerzos que se puedan hacer en la búsqueda y creación del nuevo sistema o en la reformulación del existente, y facilitando el conocimiento, la interrelación, el estímulo y la emulación que requieren todos estos esfuerzos.

Me quiero referir asimismo al comentario que hacía el Dr. Frenk sobre la necesidad de hablar el idioma de los economistas

y de los políticos. Se trata del mismo discurso que nosotros hacíamos en los años sesenta y setenta. Pienso que es muy difícil convencer al economista de que las acciones de salud son una inversión rentable. Sugiero igualmente que la manera de llegar a tener algún grado de influencia en las decisiones políticas no radica necesariamente en relacionarse con el político. El político tiene otra lógica y otra ética; no mala o buena sino distinta. El márgen ético del político es mucho más amplio que el nuestro, debido a nuestra propia formación científica. Esto implica que podemos ser utilizados por el político en la medida en que éste le rinda beneficios. Es cierto que nosotros también podemos sacar algo; no digo que no. Creo que hay que conseguir espacios de sustentación política para lo que nosotros estamos promoviendo y eso es importante. Más aún cuando hoy en día en América Latina el político tradicional, el político profesional y los partidos políticos han perdido ascendiente y se han aislado de las bases de sustentación popular. Lo que habría que hacer es ganar ese espacio juntando la estrategia con el objetivo direccional.

Las reformulaciones del sistema de salud han fracasado desde Alma Ata porque han tratado de hacerse de arriba hacia abajo. Y yo les digo con honestidad que así nunca se podrán hacer. Con todo el respeto que me merece El Dr. Terris, yo contrarrestaría su sugerencia de que formáramos coaliciones con los que trabajan en educación, proponiendo que más bien formemos coaliciones con los primeros que se van a oponer a estos cambios dentro del sistema, es decir, con los burócratas. Lo que hay que hacer es precisamente reformular el sistema de abajo hacia arriba. Y allí los requisitos son la descentralización y la participación efectiva en el sentido de transferir poder político, recursos económicos y manejo, y no únicamente participación con opinión o a nivel de asesoría.

La participación significa entregarle la responsabilidad a los sectores populares, que es lo que ellos mismos están pidiendo. Los sectores populares, por lo menos en el Perú, están exigiendo tres cosas. Primero, están exigiendo autodeterminación; ellos quieren decidir a dónde quieren ir y cuáles son sus necesidades, pues están cansados de que nosotros se las definamos. En segundo lugar quieren autogestión, y por último quieren lo que ellos llaman autosustentación, es decir, que su poder pueda ser sustentado por sus propias organizaciones.

Sugiero entonces que es aquí donde nosotros tenemos que empezar. La reconstrucción del sistema de salud debe hacerse con base en lo focal—lo cual puede ser incluso más fácil—si bien indudablemente tiene que haber también una gran orientación a nivel central. Si se quiere reformular el sistema de salud a través de un proceso que vaya de abajo hacia arriba, se va a requerir una clara conducción de ese mismo proceso de arriba hacia

abajo. Esa va a ser tal vez la parte más difícil: cómo y quiénes a nivel nacional pueden orientar un proceso ampliamente descentralizado.

Quiero terminar mi intervención aludiendo a una experiencia real para ilustrar las dificultades que pueden surgir en el camino. Yo pasé leyes para la descentralización en el Congreso del Perú. Pasé una ley que contó con la participación de representantes de todos los partidos políticos, tanto en el Senado como en la Cámara de Diputados. Fue un proceso precioso de consenso, de búsqueda de colaboración. La ley fue aprobada unánimemente en el Senado y en la Cámara. Pero a la hora de aplicarla, allí se presentaron todas las dificultades. Al Ministerio de Economía y Finanzas le era mucho más fácil controlar un presupuesto centralizado de salud que controlar doscientos veinte presupuestos descentralizados. Lo mismo respecto a la Contraloría General de la República en su función fiscalizadora. Por otra parte, mis colaboradores inmediatos que podían hacer discursos de descentralización y participación y los hacían, en su conducta y en sus decisiones cotidianas eran altamente centralistas. Igualmente los burócratas del nivel local que siempre plantearon la descentralización como su gran bandera, a la hora de tomar las decisiones le temieron a las consecuencias que esto implica. En cualquier caso, era mucho más fácil seguir reclamando y agitando una bandera inalcanzable.

Al final todo el esquema implícito en la ley se cayó. El gran error fue haber pensado que estas cosas se hacían de arriba hacia abajo. Pienso que si yo hubiera bajado al terreno, si hubiera comprometido a las organizaciones populares, si hubiera tomado la decisión radical de decirles "bueno, ustedes se hacen cargo de las cosas"—con todo lo que eso significa en términos de complicaciones de manejo—seguramente en una semana hubiera salido del Ministerio; me hubieran botado. Pero muy seguramente también hoy día las cosas serían diferentes. Creo que hubiera sido mucho mejor para el país que yo hubiera durado una semana logrando algo, que haber estado dos años sufriendo por no poder hacer algo porque no tenía el dominio de la verdadera cosa política. Si uno quiere entrar a la lucha política tiene que hacerlo de frente. Y entrar a la lucha política significa penetrar las bases de sustentación. El político cambia de idea y se pone a la vanguardia de las cosas cuando ve peligrar su base de sustentación.

En el campo de salud, en el proceso de crear un nuevo sistema descentralizado mediante la estrategia de entregar todo este poder económico, todo este poder de decisiones al nivel local, tampoco podemos prescindir del Estado, es decir, de la parte más periférica del Estado que en la actualidad está bastante separada de la sociedad civil y de las organizaciones populares. Y

con el surgimiento de organizaciones populares diferentes que sí tienen un tremendo peso hoy en día, nosotros tendríamos que entrar ahí a cambiar el sistema. El burócrata del Ministerio de Salud sólo cambia cuando ve peligrar su cargo; si no ve peligrar su cargo hará todo lo posible por continuar haciendo todos los días lo mismo, porque al final el objetivo del burócrata se convierte en su supervivencia como tal. No le interesa la salud del pueblo; mientras haya menos cambios, su carrera es más fácil.

En resumen, propongo que consideremos estos aspectos, teniendo en cuenta que hay una relación muy grande entre la estrategia política de hacer viable un cambio en tal dirección y el sentido mismo de la dirección. Un sistema centralizado ya no da. Los recursos económicos no son suficientes. Yo lo dije el primer día y lo vuelvo a repetir: si en este momento en el Perú el presupuesto del Ministerio de Salud se multiplicara por diez en términos reales, sin inflación, por diez, el 99% sería para aumentar los salarios del personal que trabaja porque son muy bajos. Y el 1% simbólico sería simplemente para decir que no todo se ha gastado en remuneraciones personales. De tal manera que yo creo que ésto nos obliga a cambiar el sistema.

Dr. Paim

Quisiera retomar el comentario del Dr. Tigre sobre la cuestión de la organización de los servicios de salud en función de la atención de los problemas que puedan ser identificados a través de la epidemiología. Nosotros incorporamos una tradición de separar los programas llamados verticales—los programas especiales de salud pública que tenían los centros de salud comunitarios como órganos efectores—de aquellas acciones tradicionales entendidas como de asistencia médica. En algunos países de América Latina—el Brasil es un ejemplo—creamos situaciones muy especiales en términos de orientar esos centros de salud exclusivamente para vacunaciones, puericultura y cuidado prenatal, entendiendo esas acciones como importantes para la salud materno-infantil. De modo que para la población se creó una situación interesante, en que esos servicios se orientaban exclusivamente hacia “mujeres barrigudas” y “niños sanos”. Y cuando estos mismos niños tenían problemas médicos, ¡el centro no los atendía! Existía entonces un cuadro extremadamente complejo en que se buscaba cómo hacer efectivas las acciones de salud colectiva para que tuviesen un impacto mayor sobre la salud, pero descalificando, dislocando la cuestión de la atención médica.

Cuando nosotros vamos a ver la estructura del Ministerio de Salud en el Brasil, por ejemplo, se trata de un conglomerado de campañas y programas que se institucionalizaron en órganos específicos, los cuales se siguieron reproduciendo a pesar de los cambios de legislación. Por el momento sabemos que el modelo de prácticas de salud centrado en la atención a la demanda es

incapaz de producir el impacto que todos nosotros perseguimos. Por ejemplo, el estudio de la evolución histórica de esos modelos de prácticas de salud en São Paulo fue evaluado recientemente por una tesis de doctorado del Dr. Ricardo Bruno Gonçalves. En ella el autor apuntaba las contradicciones entre ese modelo centrado exclusivamente en programas especiales, verticales—de control de tuberculosis, control de hanseniasis—y aquéllo que se llamaba la lógica del INAMPS (nuestro Instituto de Asistencia Médica de la Previsión Social), una lógica productivista que casi corrompía y subvertía las acciones de salud pública.

¿Qué hacer frente a un cuadro como este donde ni siquiera la atención de la demanda espontánea es suficiente para responder al cuadro epidemiológico de la población? ¿Qué hacer frente a un cuadro donde ni la reproducción de esos programas verticales especiales es suficiente para poder viabilizar y legitimar las propias acciones de salud pública? Nosotros en el Brasil hemos discutido y en algunos momentos experimentado una concepción de organización local de servicios de salud que intenta combinar tecnologías no materiales y materiales para dar cuenta de ese conjunto de problemas. Eso que nosotros hemos llamado “modelos de atención” o “modelos de asistencia” es apenas una parte de la reformulación del sistema de salud, junto con el desarrollo de la infraestructura, de la organización de recursos, del financiamiento y de la gestión. Y la idea es que, al tiempo que se atiende por un lado la llamada demanda espontánea—en caso de que ya se dispusiese en esos servicios de salud de una oferta organizada, estandarizada en función de los problemas prevalentes—, los pacientes podrían ser redireccionados en función de grupos de control específicos por patologías, y principalmente de grupos especiales de la propia población, sana o no. De otro lado se tendría una concepción de intervención de las acciones de salud en una área definida, con una población también definida, que pudiese contemplar acciones que no llegan a constituirse en demanda. Es decir, se trata de una acción que extrapola la cuestión específica sectorial, una acción transectorial que significaría una concepción de programación de salud a nivel local. Me refiero al desarrollo de acciones programáticas en salud que sobrepasen el sector y que no sean exclusivamente técnicas.

La problemática del adolescente o la problemática del trabajador, de la mujer, inclusive del anciano, es fundamentalmente social y no se resuelve exclusivamente con medicamentos o equipos. Esos grupos sociales organizados a nivel local podrían constituirse en una fuerza aliada para ese proceso de consolidación de la descentralización. Este modelo de organización de servicios no descarta el énfasis en la prevención que el Dr. Terris

señalaba como necesario. Sin embargo, toma como referencia principal la identificación y explicación de los problemas, y en función de aquéllos se produciría la combinación de esas tecnologías y la instauración de nuevas formas de relación tanto técnica como social en el proceso de trabajo en salud.

Estas son experiencias que se vienen realizando; inclusive algunas de ellas han sido reflexionadas desde el punto de vista teórico. Creo pues que podrían formar parte del diálogo a que el Dr. Tigre nos convidó, inclusive pensando en algunos tipos de problemas que tradicionalmente no son considerados en salud pública, por lo menos en los países pobres, subdesarrollados, y que hoy están en el orden del día. Me refiero a la violencia, los homicidios de niños y otros que obligan a los servicios de salud a repensar sus prácticas.

Quisiera comentar la propuesta del Dr. Frenk acerca de buscar un diálogo con los economistas de los bancos y de las agencias financieras internacionales. Sin tener tanta experiencia en este campo como el Dr. Tejada, pero en razón a mi propia formación académica, quiero contarles que hice una tesis sobre el tema y estudié los documentos que fueron producidos en las décadas de los cincuentas y sesentas sobre aquel debate muchas veces poco fructífero de si la salud llevaba al desarrollo, o si el desarrollo llevaba automáticamente a la salud. También seguí con interés el esfuerzo obsesivo de muchos de los investigadores de la época por hacer análisis de costo-beneficio y análisis econométricos para convencer a los economistas encargados de tomar las decisiones en el campo de la salud. Y me sigo preguntando si tendrán que hacerse esos mismos análisis para poder convencer a los economistas de la necesidad de hacer gastos en el área militar... ¿Será que esos tipos de justificación científica también se utilizan para la guerra? ¿Por qué entonces nosotros precisamos de usar ese tipo de argumentos para la salud cuando tantos otros sectores tienen otras lógicas que parecen ser más fundamentales? Creo yo que estos son puntos sobre los cuales tendríamos que reflexionar. Porque de ser así—como el Dr. Terris lo anotaba anteriormente—sería mucho más fácil tener recursos para la salud pública, cuyo análisis de costo-beneficio es más fácil de demostrar que el de la asistencia médica hospitalaria. Sin embargo, sabemos que la asistencia médica hospitalaria tiene otros atractivos que hacen que las inversiones sean colocadas allí. Además, involucra a la industria de medicamentos, a la industria de equipos, a la industria de la construcción, las cuales presionan a los gobiernos para que gasten recursos en el área curativa. Estas son cuestiones que me parecen interesantes como tema de discusión en este foro.

Dr. Ruiz Quisiera a este nivel elaborar un poco con respecto a la acción en salud. En general, como ha sido reiterado aquí, en América

Latina y el Caribe ha predominado el patrón recuperativo individual del modelo vigente de prestación de servicios de salud. La prevención está poco desarrollada, con excepción de lo relativo a enfermedades que se pueden evitar mediante inmunización y saneamiento del medio. La promoción de la salud es virtualmente inexistente; está restringida a la educación en salud de las personas que demandan servicios (niños y madres sobre crecimiento y desarrollo, individuos enfermos y sus familiares sobre tópicos de enfermedad). La articulación multisectorial es declamativa; contrastan las posturas teóricas con el papel pasivo del componente formal del sector en su proyección a la población y a otras instituciones del sector o de otros sectores.

Dentro de este panorama, a mediados de la década de los setenta aparecen los primeros esfuerzos programáticos—supuestamente de carácter nacional—vinculados a la prevención secundaria de problemas emergentes seleccionados. Surgen entonces los programas de prevención y control de enfermedades no transmisibles, los cuales alcanzan su máximo desarrollo alrededor de 1980, y se mantienen o deterioran posteriormente. La experiencia ganada ha sido importante pero se reconoce que la cobertura de estos programas es baja y en ningún caso supera el 20% de la población afectada. En años recientes, sin embargo, se comienza a romper el límite institucional de los Ministerios de Salud y de las Instituciones de Seguridad Social, para conceder interés a otros grupos de población (anciano, adulto, adolescente, mujer, trabajador, etc.), así como para ensayar nuevas avenidas en su acción pública.

Frente a la coyuntura actual, conviene destacar las principales implicaciones de la promoción de la salud. Este proceso ha sido revitalizado recientemente por la *Carta de Otawa*—formulada en 1986 en un esfuerzo tripartito del Servicio de Salud y de la Asociación de Salud Pública del Canadá y de la OMS—la cual actualiza el concepto de promoción de la salud, aceptándolo como “el proceso de dar a la población la capacidad de incrementar el control sobre su salud y de mejorarla”. Como lo propone la *Carta de Otawa*, la acción en promoción de la salud implica construir políticas públicas saludables; crear ambientes de apoyo; reforzar la participación social; desarrollar las habilidades pertinentes en individuos, familias y comunidades, y reorientar los servicios de salud. Mientras que esta percepción operativa es aceptada en varios países—sobre todo en Europa y en el Canadá—en los Estados Unidos, por ejemplo, el énfasis de la promoción de la salud está en la prevención y remoción de factores de riesgo. Lo anterior expresa una cierta diferencia de enfoque.

Para ayudar a definir el marco político de la promoción de la salud parece necesario buscar una respuesta para ciertas interro-

gantes que son centrales: ¿Cuál es la visión de salud que la sociedad tiene en mente? ¿Cuáles son sus metas particulares y cómo las persigue según tal visión? ¿Qué estrategias y cursos de acción serán útiles para alcanzar estas metas? ¿Cómo afectarán estas estrategias los métodos vigentes de prestación de servicios de salud?

El trabajo de la Organización Mundial de la Salud ha sido útil en promover y desarrollar una visión positiva de la salud, la cual se expresa en términos de la capacidad de la gente de alcanzar sus aspiraciones y de cambiar o controlar el ambiente en que vive; desde esta perspectiva la salud queda redefinida como un recurso para la vida diaria. El necesario balance de acción entre individuos, grupos comunitarios locales y las diversas instancias de gobierno puede buscarse, apoyarse o mantenerse alrededor de tres metas políticas: 1) reforzar las prácticas de autocuidado, a saber, las cosas que las personas hacen por y para sí mismas; 2) estimular la auto-ayuda y la ayuda mutua, a saber, las cosas que las personas hacen para ayudar a otras, y 3) crear ambientes que preserven y mejoren la salud, a saber, las cosas que el gobierno puede hacer como parte de su responsabilidad. Las estrategias que proporcionan una plataforma para la acción nacional son el acceso a la información sobre salud en un marco de democracia y equidad; el estímulo al consenso sobre ideas acerca de la salud que son catalíticas o facilitadoras de la movilización comunitaria; el refuerzo del papel del sistema de servicios en la prevención de enfermedades en un intento por reducir la brecha que impide mejorar la calidad de la vida; la introducción de medios más prácticos de apoyo a la acción ciudadana en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; la ampliación de la coordinación intersectorial como resultado de un esfuerzo conciente y proactivo para generar en otros sectores políticas y programas que apoyen los objetivos de preservar y mejorar la salud, y el desarrollo de investigaciones que apoyen la promoción de la salud en todo su espectro, desde la descripción positiva de la salud hasta el ensayo de opciones alternativas de acción e intervención.

Evidentemente, la implantación de los principios y métodos resultantes exigen cambios profundos en la organización, y sobre todo en las funciones de sistemas de salud que hasta ahora han estado básicamente orientados a reparar la salud de individuos enfermos. El cambio en el paradigma de salud subyacente debe acompañarse de un papel más agresivo del sistema de salud, así como del desarrollo de un liderazgo sectorial que facilite coherentemente la sumatoria de recursos y la convergencia de esfuerzos de múltiples actores sociales, sin perder de vista las relaciones que con respecto a salud se dan en el plano internacional.

Dr. Nájera

Primero, quiero expresar una pequeña inconformidad con el uso de la terminología militar que tan frecuentemente hacemos

en el terreno de la salud, y especialmente en el terreno de la salud pública. Creo que podríamos intentar usar palabras mejores que "estrategia", en tanto ésta refleja toda la filosofía de la concepción de la salud que prevalece probablemente desde Sydenham y que utiliza esa terminología militarista. En segundo lugar me quiero referir a las acciones o procedimientos necesarios para lograr el cambio de dirección que proponía el Dr. Ferreira, y a cómo lograr que las transformaciones propuestas sean efectivas.

Es obvio que por mucho que intentemos formular teorías, por mucho que intentemos apoyar con el razonamiento esos cambios, hay enormes dificultades que superar. El Dr. Granda hacía un excelente discurso donde señalaba lo que implica emerger hacia lo que él llama el espacio potencial, frente a la resistencia del espacio real cuando éste último atrapa al pensamiento y a la acción y, lo que es peor todavía, a la voluntad. Entonces, o tenemos una gran capacidad de conquista—para utilizar de nuevo una terminología militar—o verdaderamente quedamos atrapados.

El Dr. Tejada nos acaba de ilustrar la mecánica laberíntica en que tuvo que pelear su devenir político desde el Ministerio de Salud en Perú. Aquí hemos tenido un ejemplo recientemente en la interpretación de mi crítica a esos elementos que atrapan, a esos dogmas que nos impiden salir de una dirección que nos lleva, a mi modo de ver, cuesta abajo. Pero a pesar de las dificultades, yo creo que es necesario y conveniente que, a fuerza de discutir y plantear los problemas en ese movimiento que proponía el Dr. Granda para criticar el espacio actual, podamos modificar la dirección que llevamos. En ese sentido paso a formular una serie de propuestas muy concretas. Se trata de acciones y procedimientos a manera de recomendaciones, tanto para los países como para la Organización Panamericana de la Salud, conjuntamente con las asociaciones de salud pública de Norteamérica y del resto del continente.

En el campo de las propuestas o recomendaciones para los países, yo distinguiría entre las que pueden obtener una respuesta inmediata, y aquéllas a realizar en un plazo más largo. En la primera categoría propongo la constitución de grupos de trabajo formados fundamentalmente por científicos sociales y epidemiólogos que estén en la capacidad de razonar en una forma nueva sobre las circunstancias en que nos encontramos. Esos grupos podrían entrar inmediatamente a analizar situaciones, según los países en que tengan que trabajar y las áreas que tengan que considerar. Es probable que en algunos predominen los problemas ambientales más primarios y que de allí se deriven esas situaciones que se expresan como enfermedades infecciosas o como incapacidad para desarrollarse mentalmente. Habrá otros donde

esos problemas ya estén más o menos resueltos y donde prevalezca otro tipo de circunstancias marcadas por deficiencias de vivienda, o por problemas ocupacionales en zonas de desarrollo agrario repentino. Creo que hay problemas graves en Centroamérica con el uso de plaguicidas, como los hay en las áreas de desarrollo industrial incipiente, etc. Habrá áreas urbanas donde los problemas acuciantes de salud puedan ser los de las relaciones sociales entre la adolescencia y la falta de ocupación. Esos grupos de trabajo serán los encargados de identificar las situaciones de salud prevalentes y de ofrecer modificaciones en el abordaje de los problemas para que involucren, por ejemplo, la participación de la comunidad, entre otras cosas.

En un nivel menos inmediato, habrá que crear otros grupos de trabajo transdisciplinario que vayan siendo alimentados por los grupos de trabajo inmediato, pero que al mismo tiempo reconsideren el pasado y lo analicen para entender el momento en que nos encontramos, siguiendo la recomendación del Dr. Granda. Esos grupos transdisciplinarios irán elaborando así esa teoría social del desarrollo que conducirá a un sistema de salud humanitario. Simultáneamente habrá que ir introduciendo los resultados de los esfuerzos de ambos grupos en las instituciones que son responsables por la formación de los recursos humanos. Si no es así, difícilmente podremos conseguir que las definiciones o las recomendaciones de estos grupos puedan tener alguna vigencia en el corto plazo.

Por último, en cuanto a la Organización Panamericana de la Salud, y posiblemente también en cuanto a las organizaciones que agrupan a todos los sectores de formación de recursos humanos en salud pública, creo que su papel consistiría en divulgar el conocimiento nuevo que surja de este proceso y fomentar foros de discusión al respecto.

Dr. Sandoval

Una de las conclusiones que uno puede sacar del discurso de los participantes en esta consulta es que hay una referencia explícita o implícita al poder. Esta referencia se hace evidente en sugerencias tales como "hablemos con los políticos", "hablemos con las organizaciones internacionales", o "generemos conocimientos que sean de dominio público". Ahí estamos tratando de influir en el poder, en la estructura de las organizaciones políticas del Estado. Pero también se trata de ver otra forma de generar o influir en el poder que consiste en organizar centros de salud locales con participación efectiva de la comunidad. Porque el problema de la participación de la comunidad es también un problema de poder. La comunidad participa cuando lo que hace tiene realmente influencia en las decisiones e impacto en su vida cotidiana. Y eso significa quitarle el poder a los que están decidiendo por ella. En consecuencia, nuestra discusión

tiene por objeto definir una estrategia sobre cómo alcanzar, desde nuestra perspectiva de la salud pública, los niveles de poder necesarios para hacer efectivo lo que pensamos, lo que pretendemos que debe hacerse. Yo creo que esta discusión es extraordinariamente interesante y tenemos que seguir básicamente en esta línea.

Dr. Badgley

Quisiera comentar brevemente tres restricciones principales dentro de las cuales tenemos que trabajar y operar, y mencionar dos o tres cuestiones relacionadas con el enfoque o los enfoques que estamos adoptando. Creo que conocemos muy bien estas restricciones a las cuales me refiero, en la medida en que son universales. Conocemos muy bien la restricción fiscal derivada de la gran deuda internacional, aunque esta limitación también está afectando a los países más ricos, como nos lo recordó el Dr. Omenn para los casos de los Estados Unidos y Canadá. A nivel nacional, actualmente estamos gastando en Canadá el 9,2% de nuestro producto interno bruto en salud; en la provincia en que yo vivo esa cifra asciende al 36%. Se trata entonces de restricciones reales cuando pensamos en desarrollar innovaciones dentro del marco tradicional de la salud pública.

Hemos hablado mucho acerca de las limitaciones sociales y políticas existentes. Sin embargo, me parece que el que estemos donde estamos ahora mismo se debe *parcialmente*—y subrayo *parcialmente*—a la naturaleza de quienes estamos representando. Gran parte de nuestro mandato ha sido definido por el público, cosa que no podemos evitar y evadir. Aquí se han mencionado ya las cuestiones de poder, y me parece que tenemos que ver cuáles son las posibles nuevas formas de ejercer el poder en el campo de la salud pública. Finalmente, pienso que existe un elemento limitante al que yo denominaría “atrapamiento institucional”, el cual nos obliga a decidir si realmente podemos ser tan flexibles e innovadores como aspiramos a serlo. En algunos de los estudios efectuados por la OPS que se centran en el desarrollo comunitario, uno de los obstáculos principales a la innovación parecía ser la salud pública misma: su falta de receptividad y voluntad para compartir el poder; aunque también podría tratarse de una carencia de destrezas.

Me gustaría ahora formular cuatro preguntas en referencia a la estrategia que, según nos lo ha recordado el Dr. Nájera, puede tener significados diferentes. La primera de ellas tiene que ver con el alcance mismo de nuestro mandato. En la actualidad la salud pública está constituida por un mosaico de programas verticales y horizontales: aspira a proporcionar un cuidado global a muchos individuos, cuando simultáneamente tiene programas que apuntan a objetivos muy específicos. En gran parte, lo que se hace en la salud pública ha tenido un carácter acumulativo.

Muy pocas veces hemos dejado de lado parte de nuestro mandato. Lo hemos hecho excepcionalmente pero, en términos generales, continuamos agregando y sumando nuevas cosas al cuerpo de nuestras responsabilidades.

Me parece que lo anterior presenta agudos dilemas cuando miramos hacia el futuro y pensamos en desarrollar nuevos programas y prioridades. Como todos sabemos, estamos en un período de restricciones fiscales, y también tenemos limitaciones en términos de recursos humanos. Así pues, gústenos o no, me parece que nos estamos dirigiendo hacia un período que ha sido denominado por el Dr. Omenn como de "programas con objetivos selectivos". Esto ya está comenzando a ocurrir en Canadá. Allí tenemos documentos similares y comparables a los de los Estados Unidos que el mismo Dr. Omenn mencionaba, y en Ontario hay algo que se llama el *Informe Spasoff*, el cual tiene una base epidemiológica. El Dr. Spasoff, un destacado epidemiólogo de Ottawa quien coincidentalmente también fue alumno mío, ha desarrollado para la provincia una serie de objetivos muy específicos, estableciendo los medios aproximados para alcanzarlos y los plazos para cumplirlos. Sin embargo, como nuestro mandato es el de pensar en nuevas prioridades y estrategias para la salud pública, mi pregunta sería: ¿Y si hacemos ésto, qué partes estamos dispuestos a renunciar o a subatender? Lo que estoy cuestionando es si podemos hacer todo lo que estamos proponiendo sin perjudicar y poner en peligro los programas del pasado.

Otra de las preguntas que me gustaría abordar aquí está relacionada con el asunto que mencionó el Dr. Frenk sobre la necesidad de establecer nuevas relaciones con los políticos y con las comunidades. Me parece que tenemos que desempeñarnos de manera más efectiva en las cortes del poder y también atizar los recursos de la comunidad. Esto lo debemos hacer tanto a nivel internacional como nacional y comunitario, y en cada caso centrarnos en el asunto crítico de cómo desarrollar políticas públicas sanas o saludables. Como lo dije, no creo que lo podamos hacer por nosotros mismos.

A nivel internacional, me gustaría presentar un ejemplo para ilustrar qué se podría hacer. Hace varios años tuve la oportunidad de llevar a cabo una encuesta para una secretaría comunal que reúne a unas 49 o 50 naciones. En la preparación del informe para los Ministros de Salud de esos países, tuve la oportunidad no solamente de recabar muchísima información acerca de la cooperación para el desarrollo de la salud, sino también de visitar más de 30 países. Durante esas visitas me pude dar cuenta de que, en razón a que yo previamente había recogido datos de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCED), el PNUD y muchos otros donantes bilaterales,

cuando llegaba a los Ministerios de Salud de más de la mitad de los países, mi conocimiento acerca de los flujos de asistencia para el desarrollo era mayor que el que poseían los mismos Ministros de Salud y su personal. Con frecuencia los fondos para la salud provenientes del exterior se asignan a programas sanitarios, de educación y del medio ambiente, los cuales están por fuera de la órbita inmediata del Ministerio de Salud. Lo que estoy tratando de señalar es que la carencia de información le impedía a los Ministros hacer una buena planeación, al tiempo que les restaba credibilidad en el manejo de sus relaciones con los Ministerios de Finanzas de los países donantes.

En lo que se refiere al nivel nacional, me parece que necesitamos pensar en términos de estructuras creativas que nos permitan vincular o interesar a los políticos, así como a los líderes y dirigentes de la comunidad. Cada país tendrá que ver cómo desarrolla esta opción por sí mismo. En el caso de Ontario, hemos tenido durante por lo menos 20 años la estructura conocida como el Consejo de Premieres en Salud. Últimamente este organismo ha sido estructurado bajo los auspicios de un gobierno provincial más a la izquierda, y se le ha denominado Consejo de Premieres en Salud y Justicia Social. Lo interesante acerca de esta entidad es que está presidida por el Primer Ministro. Tiene también un Ministro que se responsabiliza por la Junta de Administración—la cual se ocupa de los aspectos financieros—y un Ministro de Servicios Sociales y Comunitarios, entre otros. También incluye representantes del área de capacitación de profesionales en salud, del área laboral y de la industria. A su interior, el Departamento del Ministerio de Salud es un representante clave pero no el único, y se encarga de hacer una serie de informes donde se establecen prioridades y estrategias para la acción.

El tercer nivel donde también debemos considerar algunos modelos creativos para iniciar y atizar políticas saludables de salud es el comunitario. Con anterioridad mencioné dos iniciativas de las cuales formo parte. Una de ellas es en Toronto y reúne varios hospitales grandes, el Consejo de Salud del Distrito y el Departamento de Salud Pública. Este programa está desarrollando sus prioridades en consulta directa con los dirigentes de la comunidad. Pero nos damos cuenta de que en esa comunidad son 4.500 las organizaciones que de otra forma están llevando a cabo actividades relacionadas con la salud para unas personas u otras. Se trata de asociaciones de arrendatarios, sindicatos, grupos voluntarios y otros, los cuales constituyen un recurso que se puede aprovechar muy bien. En mi experiencia personal—y en esto estoy de acuerdo con el Dr. Omenn—encuentro que hay muy buena voluntad hacia la salud pública si es que podemos encontrar el líder adecuado para fomentarla.

Quisiera dar otro ejemplo relacionado con un área localizada a unos 30 o 40 kilómetros de Toronto, donde yo vivo. Allí estoy presidiendo un grupo de planeación que surgió de grupos de intereses especiales dentro de la comunidad. De él forman parte el Consejo de Salud del Distrito, el Departamento de Salud Pública, y los consejos directivos de las escuelas, hospitales, y grupos comunitarios. Lo interesante de este ejemplo es que únicamente hay un nutricionista en el departamento local de salud pública, y que nuestro enfoque es el de los hábitos saludables. Hasta la fecha el programa, en consulta con nuestro consejo local y otros grupos, ha creado comités de bienestar en las escuelas secundarias donde los estudiantes forman parte activa con el apoyo de sus maestros. Hemos iniciado un programa en donde el único nutricionista con que contamos juega un papel clave para desarrollar los estándares de alimentación para restaurantes y cafeterías. Entre tanto, el consejo y las bibliotecas locales han aunado esfuerzos y recursos para crear un sistema de información sobre salud.

Me parece que estos ejemplos son indicativos de que existe la necesidad de reposicionar a la salud pública en lo que se refiere a su papel *vis a vis* a la comunidad, y que es factible hacerlo. También destacan la importancia crítica de encontrar medios creativos de catalizar los recursos de la comunidad, y ciertamente de darle más sustancia a esta idea de facultarla y darle poder para la acción. Cuando pensamos en términos de estrategias para la salud pública, me parece que un punto crítico consiste en identificar modelos creativos que constituyan una guía para el resto de la Región.

Otra pregunta que quisiera formular tiene que ver con el tipo de base de datos que se necesita para apoyar el desarrollo de nuevas estrategias. Aquí estoy muy de acuerdo con el Dr. Frenk en que necesitamos puntos focales críticos para llevar a cabo los esfuerzos de investigación. Por lo general hay una carencia notoria de recursos en los países, así como en muchas jurisdicciones pequeñas. A este respecto sé que en el pasado la Organización Panamericana de la Salud ha tomado con frecuencia un papel de liderazgo en términos de apoyar las iniciativas de la Región referentes al establecimiento de centros de información. Sería importante ahora establecer hasta qué punto estos esfuerzos están realmente cumpliendo con los mandatos que se les asignaron y cómo podrían satisfacer mejor algunas de las prioridades que fueron identificadas por el Dr. Macedo.

A nivel regional, cuando hablamos del desarrollo humano y del desarrollo y fortalecimiento de la salud para todos, carecemos de la información que nos permita llevar a cabo una planeación agregada. Y creo que si miramos nuevamente los informes de la Organización Panamericana de la Salud acerca de las con-

diciones de salud en las Américas en 1990—muy buenos en muchos aspectos—o el informe sobre el desarrollo humano del PNUD de 1991, lo que se hace evidente allí es precisamente la escasez de información. País tras país, la información presentada por estas dos fuentes es inadecuada. Y se trata de publicaciones que están tratando de presentar una imagen global de cuestiones tan básicas como los recursos de salud disponibles en ciertos países, los porcentajes de población con acceso a los servicios, la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años. Me parece que este es un reto al que podríamos tratar de responder con prontitud.

Finalmente quisiera referirme al aspecto de la capacitación que tanto hemos discutido. A mí me preocupa que nos estemos concentrando tanto en el programa de estudios básicos para la salud pública por dos razones. La primera es que no todos los que trabajan en salud pública tienen capacitación en esta área, y es probable que esta situación no cambie en el futuro. La segunda es que las exigencias del mercado laboral en cada país, así como la explosión de información, exigen que contemos con especialistas. Me sentí muy complacido al escuchar el comentario de la Dra. Spinola acerca del énfasis renovado de las ciencias sociales en su escuela y facultad, porque pienso que tenemos que encontrar medios creativos tanto para fortalecer la capacitación y la experiencia en las nuevas disciplinas que se requieren en el campo, como para hacerlas formar parte de ciertos proyectos de investigación. Por último, quiero hacer notar que una cuestión sobre la cual no hemos hablado mucho es ésta de la necesidad de ofrecer capacitación continua dentro de los servicios y por un período prolongado.

Dr. Tejada

Yo quisiera muy brevemente reaccionar a la última intervención del Dr. Nájera y a la aclaración que hiciera el Dr. Sandoval. Cuando hablamos de estrategia tenemos que diferenciar entre la estrategia de la empresa en la que está empeñada ahora la OPS para poder estimular este tipo de desarrollos, y la que va a requerir la aplicación de un nuevo modelo en cada país. Yo quisiera sugerir que las dos están íntimamente ligadas y que un aspecto estratégico muy importante es el poder sacar provecho de una serie de experiencias que se vienen realizando en los países, si bien en pequeña escala. Estas experiencias se deben estimular en la práctica porque parte de la estrategia es también poder demostrar que no estamos hablando simplemente de un planteamiento general teórico sino que éste puede aplicarse en la práctica. Cuando el Dr. Badgley exponía algunas de las experiencias en Canadá, yo inmediatamente pensé en muchas experiencias que yo conozco en mi propio país. A veces creemos que estamos inventando las cosas o haciendo grandes desarrollos intelect-

tuales, cuando lo que pasa es que estamos simplemente utilizando lo que hemos visto, la experiencia.

Por ejemplo, si se trata de construir un nuevo sistema desde abajo, ya hay experiencias. Sería bueno detectarlas, analizarlas, estudiarlas, traerlas como ejemplos. Hace poco el Dr. Terris me decía que estaba muy bien hablar de trabajar con el pueblo pero que había que explicitar cómo hacerlo. Y también hay experiencias sobre eso; experiencias buenas y experiencias malas. Las malas ocurren cuando alguien trata de que el pueblo haga lo que uno cree que debe hacerse. Esa es la experiencia normal y corriente. Pero hay experiencias muy buenas cuando alguien deja que el pueblo tome la iniciativa e intente resolver sus problemas, y simplemente orienta, asesora, canaliza.

Estoy convencido de que en cada país de América Latina y de las Américas en general se pueden encontrar muchas experiencias sobre el desplazamiento desde el cuidado médico hacia las medidas de tipo preventivo, sobre la participación en el manejo directo de los programas por parte de las propias organizaciones sociales y populares, y sobre la forma cómo se financian determinados programas a pesar de las instituciones oficiales, entre otras. Hay una gran riqueza que no se conoce o que se conoce muy poco y sólo por parte de aquéllos que están interesados en estos aspectos. Así que el componente internacional de la estrategia podría consistir en que la OPS analice y divulgue estas experiencias que por el momento se hallan dispersas, con el fin de que lleguen al conocimiento de un público más amplio.

Dr. Sandoval

Un pequeño comentario acerca de lo que planteaba el Dr. Nájera. En realidad esto del lenguaje militar, la estrategia, la conquista, ha impregnado el desarrollo de la salud pública, de las campañas sanitarias y de toda una serie de actividades, y está inspirado en cierta medida en la teoría del agente. El agente es el enemigo al que hay que derrotar; por lo tanto uno se organiza como un ejército y desarrolla una campaña como si fuera una guerra. Estoy de acuerdo en que se tienen que buscar otras formas de expresarse, porque al final las palabras denuncian lo que se está pensando. Y yo creo que eso de ganar espacios implica una conquista y en la conquista hay una fuerza. Sin embargo, nosotros no tenemos la fuerza y al no poseerla es muy difícil que conquistemos. Sugiero que nuestro nivel de operación es otro y no es el de la conquista: es el de la seducción. Nosotros tenemos que seducir para llevar a cabo un proyecto que planteamos como quehacer, y lo tenemos que hacer de tal manera que sea interesante para otros. Existe, pues, una diferencia importante entre conquistar y seducir. Planteo entonces que incorporemos en esta discusión el problema de cómo lograr que la salud pública seduzca.

Dr. Ferreira Pasar de la guerra al amor...

Dr. Terris Yo secundo el enfoque del Dr. Sandoval porque creo que hay cierto peligro en que esta discusión nos conduzca a sentarnos a esperar a que la gente tenga un deseo espontáneo por una mejor salud y por el cambio. Esto parece un consejo de derrotismo total, o de un populismo muy peculiar, por cierto: ¡el pueblo siempre está en lo correcto! Mi experiencia me ha enseñado que la mayor parte de la gente no sabe qué es lo correcto. La mayoría sigue a la profesión médica en querer atención médica y no está buscando la prevención. Tenemos entonces una enorme dificultad en tratar de convencer a las personas; cuando menos esa ha sido mi experiencia y estoy seguro de que ha sido la de muchos otros. Creo que adoptar la posición de sentarnos y aguardar a que la gente se levante en forma espontánea, y luego unirnos a ellos y aprender de ellos es lo que se llama "la traición de los intelectuales". Como intelectuales nuestro trabajo consiste precisamente en decirle a todo el que quiera escuchar lo que nosotros pensamos. De modo que estoy de acuerdo con el Dr. Sandoval. Tenemos que tomar la iniciativa, no de conquistar a la gente, sino de convencerla en una forma u otra de que lo que pensamos nosotros es lo correcto. Hay muchas personas que tienen mucho éxito en convencer a la gente de que lo ideal es reducir el presupuesto para la salud pública y privatizar la salud. Así que tendremos que contrarrestar esa propaganda, en lugar de estar esperando a que la gente actúe.

Dr. Frenk Parte del problema que se está discutiendo se deriva de esta tendencia a asumir una introspección que hace un par de días yo identifiqué como uno de los problemas de la salud pública tradicional. Por eso yo quiero insistir en la necesidad de que la salud pública se abra hacia otras áreas del saber—incluida la mercadotecnia—y se ingenie formas de comunicación con la población en general.

También quiero insistir en el punto de los decisores puesto que tanto el Dr. Tejada como el Dr. Pains interpretaron lo que yo decía como un simple regreso a los pequeños análisis de costo-beneficio. Yo estoy planteando algo que incluye eso—o que no lo excluye—pero que es mucho más amplio. Se trata de la necesidad de asumir y de hablar de la salud como un sector de la economía, que es distinto a estar demostrando simplemente los beneficios y los costos de intervenciones de salud específicas. ¿Por qué, por ejemplo, en los Estados Unidos la salud es parte central del debate público y una preocupación que ocupa un lugar privilegiado en la conciencia de los decisores? Evidentemente debe ser, entre otras cosas, porque absorbe más o menos el doble de la riqueza nacional que en otros países, incluso los

Europeos. Es un sector fundamental de la economía y tenemos que entenderlo y presentarlo como tal. Es una fuente de empleo muy importante.

Hasta hace poco—no sé si después de los recortes esto sigue siendo cierto—el principal empleador en Europa Occidental era el Servicio Nacional de Salud británico. Es un sector de la economía con fuertes efectos sobre las variables macroeconómicas principales, en especial sobre la inflación y la demanda agregada, toda vez que, a pesar de la privatización, la salud sigue siendo principalmente un espacio de la acción pública en la gran mayoría de los países. Esto incluye a los que se han esforzado por privatizarla como la Gran Bretaña. La salud tiene, pues, un efecto fundamental como sector de la economía.

No excluyo la necesidad de que se hagan estudios de costo-beneficio, o mejor, costo-efectividad, porque sigo creyendo que ese es un ejercicio útil y que de ninguna manera lo estamos proponiendo solamente para las acciones preventivas propias de la salud pública. De hecho, la propuesta se dirige en lo fundamental hacia la alta tecnología médica; sospecho que las tres resonancias magnéticas de Santiago no sobrevivirían un análisis riguroso. En ese momento el decisor tiene la opción de responder a otro tipo de presiones, pero al menos ya sabe que, o puede ignorar la evidencia, o puede tomarla en cuenta. Simplemente creo que el no informar a los decisores sobre los hallazgos de los estudios e investigaciones es una omisión imperdonable.

No quiero que se interprete mi visión como ingenua en el sentido de creer que la toma de decisiones en política obedece a una racionalidad de este tipo. Pero es muy distinto cuando el Ministro de Salud o el Ministro de Economía de un país toma una decisión objetivamente equivocada porque carece de evidencia y en respuesta únicamente a las presiones políticas o económicas, a cuando un funcionario de alto rango toma una decisión fundamentada en la evidencia y de todas maneras decide consciente y deliberadamente anteponer los intereses económicos y políticos a la referida evidencia científica. Ahí la situación cambia radicalmente.

En nuestra institución nos hemos esforzado porque nuestros investigadores funcionen con unos códigos de conducta y una ética que los impulsen a lograr que todos los hallazgos de nuestras investigaciones lleguen a aquéllos que toman las decisiones. No podemos ser responsables por el uso que se haga de tales hallazgos; pero sí tenemos que superar todas las barreras que nos separan. Y es increíble—yo lo he visto en cinco o seis casos muy concretos—cómo la fuerza moral de la evidencia a veces es suficiente para contrarrestar algunos intereses. También quiero hacer énfasis en que cuando hablo de decisores no solamente me estoy refiriendo a funcionarios del gobierno, sino también a

muchos otros como lo serían los líderes de las organizaciones sociales, quienes también están tomando decisiones que afectan la salud.

Quiero insistir entonces en que necesitamos hablar otros lenguajes y salirnos un poco de esta visión un tanto egocéntrica de que lo que hacemos es profundamente trascendente aunque nada más lo sepamos nosotros; esto con el fin de vender mejor lo que hacemos. Quizás sea mi deformación profesional; yo dedico posiblemente el 60% de mi tiempo a vender, y me he dado cuenta que la necesidad de una mercadotecnia eficiente es crucial, y que eso implica apertura. Si no hay ese proceso de apertura, estamos realmente perdidos en un mundo que finalmente es bastante estrecho. Ahora, esa apertura es multidimensional; no se trata únicamente de abrirse a los decisores, o a la población en general, sino también hacia las ciencias sociales, hacia las ciencias biológicas, las cuales están desarrollando tecnologías que son fundamentales y cuyos efectos ya se ven, sobre todo en el área biotecnológica. Tenemos que abrirnos asimismo hacia la universidad, como decía el Dr. Pellegrini, hacia los espacios de investigación social fuera de nuestras instituciones; tenemos que abrirnos hacia los organismos internacionales, etc.

Quisiera terminar diciendo que espero que el tono final del informe no sea el del pesimismo que he notado en muchas de las intervenciones. Por el contrario, insisto en que veo un enorme avance, no solamente en las instituciones académicas sino también en las instituciones de la práctica de la salud pública. La epidemiología ha sido apropiada por los grupos más disímiles para darle prestigio a sus acciones. De ahí el surgimiento de iniciativas como la epidemiología clínica. Estamos viviendo igualmente un momento de profundo interés en la cuestión ambiental que, como decía el Dr. Omenn, vuelve a poner a la salud pública, si sabe capitalizar esa movilización política, en un punto central de las preocupaciones de grandes núcleos de población, sobre todo urbana. Pienso entonces que las aperturas y las oportunidades están ahí. Lo que necesitamos es construir instituciones que nos permitan aprovecharlas.

Dr. Sandoval

Yo quisiera comentar la intervención del Dr. Frenk en relación con los puntos que yo señalaba anteriormente con respecto al poder. Como lo anoté, hay un elemento de poder que está en quienes toman decisiones, otro en la base social, pero hay uno más que no debemos despreciar sino más bien estimular: se trata del poder que nosotros mismos tenemos. Y ese poder fundamentalmente opera a través del conocimiento, un conocimiento que utilizamos para que influya en nuestra propia capacidad de tomar decisiones, o en decisiones macro en los distintos niveles en que nosotros podamos intervenir con ese poder. Y aquí

surge nuevamente el factor seducción.

Pero yo quisiera referirme a algo concreto en esto del análisis costo-beneficio y otras variables de ese tipo. Yo trabajo en una institución con 25.000 empresas y un millón de trabajadores afiliados que se ocupa exclusivamente de los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales, a saber, aquéllas que afectan a la gente entre los 16 y 65 años (la edad activa de la vida). Cuando la institución comenzó en 1969 tenía una tasa de accidentalidad del 25%, es decir que uno de cada cuatro trabajadores tenía un accidente laboral por año. Hoy día la tasa de accidentalidad ha descendido al 10%, o sea a menos de la mitad de lo que teníamos hace 22 años cuando se inició la institución. Igualmente, al comienzo los días perdidos por cada accidente eran 28 aproximadamente, mientras que en la actualidad son 13.

En este momento dentro de la institución hay dos corrientes: una, con la cual me identifico, que sostiene que nuestra gran obra tiene que ser continuar disminuyendo la tasa de accidentalidad. Y para fortalecer mi tesis he demostrado que los ingresos que se producen por la disminución de cada punto en la tasa de accidentes son mucho mayores que los que se generan mediante la adopción de cualquier otra medida de carácter estrictamente económico. La otra corriente está abanderada por los traumatólogos que son los que dominan la acción médica propiamente tal y han logrado bajar de 28 a 13 los días laborales perdidos por causa de accidentes. En consecuencia, ellos sostienen que mientras más tecnología tengamos habrá menos días perdidos. El Hospital del Trabajador de Santiago es traumatológicamente el más avanzado del país. Allí se cuenta con las mejores tecnologías de artroscopía, endoscopía de articulaciones, microcirugía con recuperación de nervios, re inserción de manos cortadas, todas esas maravillas de técnicas quirúrgicas que existen.

Como decía, mis argumentos son estrictamente científicos, racionales, económicos, con estudios de costo-beneficio. Sin embargo, no he conseguido hasta el momento que se aumente el número, ya no de médicos para que hagan exámenes periódicos y todo esto de la identificación precoz de la enfermedad, sino de inspectores en los sitios de trabajo para mejorar la calidad del control y ofrecer recomendaciones preventivas (en la medida en que esta institución no tiene ninguna atribución legal para imponer sus recomendaciones). Y lo único que nosotros podemos hacer para presionar a los empleadores es subir la cotización cuando aumenta el número de días perdidos por accidente. Tampoco he conseguido que se destinen más recursos a reducir el número de accidentes porque eso implica entrar a la fábrica, y entrar a la fábrica implica entrar al proceso de trabajo. Porque ya nosotros superamos la etapa del accidente del sujeto que se caía de una escala; las escalas ya tienen un piso que no es

deslizante y una guarda para sujetarse. O sea que ya hicimos todo ésto de la primera aproximación a la prevención.

Así que, si hoy día nosotros queremos avanzar en la prevención tenemos que entrar al proceso de trabajo, lo cual genera dificultades tanto con la empresa como con los propios trabajadores, en la medida en que entrar al proceso de trabajo a veces significa abordar el sistema de incentivos y de pago. En consecuencia, yo no he conseguido avanzar más porque eso requiere modificar las condiciones en que se produce la enfermedad. En cambio los traumatólogos lograron que se instale una resonancia nuclear magnética. Porque lo que se vendió fue que se podían rebajar los días perdidos por la incapacidad generada por cada accidente. Esto muestra que es importante que nosotros ofrezcamos ese tipo de argumento, pero no es suficiente. No es suficiente porque nosotros con ese tipo de argumento caemos en la lógica de un sistema que quiere hacer de nosotros, no una conciencia ilustrada sobre cómo deben modificarse las cosas, sino servidores útiles para darle prestigio a un sistema que está haciendo las cosas con el fin de seguir manteniendo una gran tasa de empleo en el sector salud, y no para que se obtengan resultados trascendentes.

Dr. Tejeda

Creo que hemos llegado a un punto en que, al agregar argumentos que son necesariamente complementarios, estamos cometiendo el error de no considerar los argumentos excluyentes o que rebaten otro punto de vista. La última intervención me parece a mí que es en cierto modo confirmatoria de lo que planteaba el Dr. Frenk. Es decir, es necesario tratar de tener argumentos para poder convencer, pero hay que tener también argumentos más trascendentes también. Ahora, no basta a veces con tener argumentos trascendentes. Existen otros elementos que también juegan en este proceso, lo cual no invalida la necesidad de tener argumentos. Me da la impresión de que a veces voluntariamente nos ponemos en planos conflictivos cuando lo que estamos haciendo es contribuir con puntos complementarios para redondear el problema.

Dr. Nájera

Una anotación anecdótica, si se me permite, en este juego de las palabras donde aparecen la conquista, la seducción o la venta. ¿Cuál de ellas elegir o hacia donde inclinarse? El hombre es un ser comercial, como lo ha demostrado la historia. El gran progreso de la humanidad ha sido logrado a través del comercio. Incluso la guerra surge como una necesidad del comercio. El hombre no es un ser violento *per se*, el hombre no es un ser guerrero, pero necesita de la guerra para ampliar sus escenarios comerciales. Precisamente la institucionalización de los hacendados de la guerra no ocurre en la historia hasta la Europa post-

renacentista. Es ahí cuando el comercio comienza a exigir, y entonces aparecen los ejércitos como formaciones permanentes. Es esa la época cuando Sydenhan razona y la medicina se tiene que poner al servicio del ejército, dando lugar al surgimiento de la entidad enfermedad. No vamos a entrar ahí. Pero lo digo para mostrar que efectivamente el hombre es un ser comercial.

Tenemos que razonar también que las bases comerciales y los intereses que allí se mueven—la oferta y la demanda—son valores económicos, y que nosotros en ese campo siempre vamos a tener pocos elementos económicos auténticos para participar en ese juego. Para mí, uno de los problemas más grandes de la privatización de los servicios no es tanto el concepto mismo de privatización, sino la entrada de las variables oferta y demanda en el proceso del razonamiento sobre los problemas de la salud. Entonces, si somos comerciales y podemos difícilmente conquistar o a lo mejor podemos difícilmente vender, ¿cuál es el otro elemento de relación humana que nos queda? Es el amor, y en el amor surge la seducción. Cuando dije que faltaba la seducción yo lo que buscaba es la entrada de la mujer en el juego, y espero que entre y fomente las relaciones de otro tipo; las relaciones que no son comerciales, sino aquéllas de carácter amoroso donde los intereses que se juegan no son ya valores comerciales tangibles sino los encantos. Y nuestros encantos incluyen el conocimiento razonado y el conocimiento técnico. Esa posiblemente sea, a mi modo de ver, la única forma en que podamos de verdad intentar modificar el curso de los acontecimientos.

Dr. Terris

Creo que aunque de hecho nos hemos venido moviendo en círculos con respecto al punto de las estrategias, se han hecho varias propuestas concretas. Los doctores Frenk y Omenn han sugerido que se fijen metas claras con el fin de movilizar a la gente. Y si revisamos las memorias de esta consulta, veremos que se han dado sugerencias bastantes concretas, incluyendo el forjar alianzas con grupos de la población, etc. Creo que el informe final debería contener una lista de los enfoques que han surgido de esta reunión, pero no deberíamos detenernos ahí. Aún no hemos reflexionado lo suficiente acerca de si podemos desarrollar o no un mecanismo efectivo para llegar a quienes toman las decisiones, a la población, etc., y creo que debemos discutirlo más ampliamente en el futuro.

A mí me impresiona muchísimo lo que ha sucedido en los Estados Unidos con respecto al tabaquismo. Hace 25 años, cuando apareció el primer *Informe del Cirujano General sobre el Tabaquismo* en 1964, existía la sensación generalizada de que la educación en salud para el público no conducía a nada. De hecho, salió un artículo en el *New England Journal of Medicine* que decía exactamente eso. La verdad de los hechos es que la

educación en salud sobre este tema pudo haber sido iniciada por los epidemiólogos y la gente de salud pública, pero en realidad trascendió porque los medios masivos de comunicación se interesaron; y empezamos a ver artículo tras artículo en los periódicos, en las revistas, de modo que la gente se enteró del asunto. Y gradualmente, no de la noche a la mañana, la situación cambió. Muchos empezaron a dejar de fumar. Pero la educación no solamente tenía que ver con el estilo de vida personal de la gente sino que además creó un cuerpo de ciudadanos que entendió cuál era el problema. Así que las leyes que prohíben fumar en lugares públicos no fueron realmente propuestas por la gente de salud pública—aunque algo tuvimos que ver en ello—sino por los ciudadanos mismos. Poco a poco la gente comenzó a indignarse con aquéllos que fumaban en su presencia, y los políticos finalmente se vieron forzados a escuchar, no a las compañías tabacaleras, sino a un público enardecido que exigía acción para que se les protegiera del humo del cigarrillo.

Lo mismo ha sucedido en todo este asunto de las grasas saturadas y las enfermedades del corazón. Es el público en los Estados Unidos el que está determinando la política de las compañías que fabrican alimentos. Y estas compañías ya no utilizan el aceite de palma o el aceite de coco en sus alimentos preparados. ¿Por qué? Por que el público quiere grasas no saturadas. De modo que hay un cambio enorme que está teniendo lugar entre la opinión pública, y creo que debemos concentrar nuestros esfuerzos en pensar cómo podríamos realmente ganar como aliados a los medios masivos de comunicación, y cómo podemos llegarle a la gente con nuestro mensaje. Hasta McDonald's está cambiando. Hace unas cuantas semanas anunciaron con gran fanfarria una hamburguesa con un bajo contenido de grasa. Y ésto sucedió únicamente por la presión tan enorme por parte de un público que ya no está dispuesto a morir de una enfermedad coronaria. Yo pienso que si podemos tener este impacto sobre McDonald's, también lo podemos tener sobre nuestros políticos.

Dr. Omenn

A partir de los comentarios específicos del Dr. Terris, quisiera saber qué tipo de programa organizado existe a través de la OPS, o en cada país individualmente, para evitar que se conduzca en estado de ebriedad, así como otros accidentes ocupacionales relacionados con la ingestión de alcohol y otras drogas. En los Estados Unidos hay un movimiento de base amplio denominado "Madres contra los conductores ebrios" y "Estudiantes contra los conductores ebrios". Como el alcohol es legal, las autoridades no han podido hacer otra cosa que organizar algunos programas para la desintoxicación aguda y para darle un manejo médico a los estragos causados por las complicaciones del alcoholismo. La actividad preventiva seria ha sido muy

poca. La disculpa de que la gente únicamente se está lastimando a sí misma es por supuesto absurda: muchas de las muertes ocurren en accidentes que involucran a otras personas, y la mayoría de los alcohólicos tiene dependientes.

También quisiera preguntar una vez más si algo se está haciendo para acelerar la planificación familiar y ajustar hacia abajo la tasa de crecimiento de la población. ¿Se aborda el control demográfico como un asunto importante para el desarrollo económico y para el estado de la salud en los países del hemisferio?

Dr. Sandoval ¿Alguien podría contestar esa pregunta? ¿Qué está haciendo la OPS en relación a los accidentes automovilísticos, la planificación familiar y el control del consumo de alcohol?

Dr. Levav No podría responder concretamente a la pregunta acerca de los conductores ebrios, pero sí existe un programa activo sobre el alcoholismo que está siendo llevado a cabo en varios países. En realidad, yo diría que no se está haciendo lo suficiente en este campo debido a las presiones políticas existentes para que la atención se concentre en el problema de las drogas.

Dr. Nájera Creo que no soy la persona indicada para responder desde la Organización. Hay otras personas aquí que podrían hacerlo. En general, lo que hace la OPS está publicado en sus informes. Por mi parte, quisiera ilustrar con una anécdota la necesidad de que hagamos nuestra propia auto-crítica. Y no quiero que se entienda como un comentario a acciones que están más o menos establecidas y aceptadas como convenientes. Pero incluso así tenemos que mantener nuestra capacidad de crítica. El Dr. Tigre me pasó un artículo sobre una conferencia que se dictara en Valencia, escrito por el Dr. McCormick del Departamento de Salud Comunitaria del Trinity College en Dublin, Irlanda. Allí el Dr. McCormick está hablando sobre paradojas en la prevención de la enfermedad isquémica coronaria. Y dice de una manera jocosa, para indicar los factores de riesgo que inciden en los problemas que damos como comprobados científicamente, que algunos de ellos pueden ser vivir en Escocia, tener el inglés como lengua materna, padecer de ansiedad fóbica, etc. Pero fuera de esa anécdota que bien nos puede ayudar a reflexionar, yo he recopilado la información científica que se va acumulando en contra de los dogmas científicos establecidos. Lo irónico es cómo nos oponemos—de nuevo esa trampa en que nos situaba el Dr. Granda—, cómo desoímos ese tipo de información científica, cómo no la queremos analizar, cómo no se difunde. Yo tengo muy mala memoria y ahora no me acuerdo de las citas a que quisiera referirme, pero por lo menos sí me acuerdo de algo que seguramente ustedes a lo mejor leyeron hace un par de años

en *Nature*. Se trata de un estudio conducido en Australia sobre la disminución de la caries en zonas no fluoradas, comparándola con la disminución de la caries en zonas fluoradas. Y ese artículo que pone en duda, que critica la bondad o la conveniencia de fluorar las aguas para reducir la caries dental no es el único; después de ese han salido por lo menos dos que yo recuerde.

Lo que quiero subrayar es cómo este tipo de información no tiene eco, no se discute, no se incorpora a nuestro bagaje científico, porque moviliza las bases del espacio real y abre puertas a la salida, al movimiento. Por eso lo traigo a cuento como un intento de introducir elementos que ayuden al cambio, a dar el viraje que nos proponemos.

Dr. Terris Tengo una pregunta para el Dr. Nájera: ¿Está usted a favor de la prevención o en contra?

La razón por la cual le hago esa pregunta es que la fluoridación del agua ha probado ser tan efectiva que ya estamos cerrando escuelas de odontología en los Estados Unidos, y nuestros dentistas están en graves problemas. No tienen suficiente clientela como resultado de la fluoridación. Usted cita uno o dos trabajos para disminuir el valor de algo aceptado por la comunidad científica como correcto con base en evidencia suficiente.

Dr. Nájera Lo que yo quiero decir es que debemos estar absolutamente abiertos a la crítica del conocimiento; el conocimiento no es dogmático. La historia nos demuestra que constantemente hemos variado nuestra capacidad y nuestra forma de pensar. Por eso insisto en que no debemos cerrar los ojos a otras evidencias porque molesten nuestro espacio actual, con el fin de abrirle un lugar a ese espacio potencial de que habla el Dr. Grandá.

Dr. Sandoval Creo que tenemos que entrar a hacer precisiones en el terreno de las estrategias, para luego continuar este proceso de reflexión sobre el desarrollo de la salud pública, y finalmente abundar sobre cómo poner en práctica las grandes estrategias de la salud pública en sí. También debería establecerse en este momento a qué nivel tendría que trabajarse y cuáles son las propuestas de ustedes.

Dr. Frenk Como decía el Dr. Terris, ha habido múltiples propuestas específicas en los trabajos preparados para esta reunión. Sería paradójico que nosotros que propugnamos por la evaluación de las distintas prácticas de salud, no aplicáramos esa misma regla a nuestros propios arreglos institucionales. Hay una gran cantidad de preguntas no respondidas sobre qué formas de institucionalización de la investigación, la educación, y la acción en salud

pública han funcionado mejor que otras. Y a mí se me ocurre—esta es una propuesta muy concreta—que sería un trabajo de enorme interés tanto para la OPS como para la ALAESP realizar un estudio comparativo de qué es lo que ha funcionado en el área de las escuelas de salud pública, por ejemplo.

En América Latina se han dado dos modelos tradicionales: la escuela inmersa en la universidad—el ejemplo inicial de São Paulo—versus la escuela inmersa en el Ministerio de la Salud, como se dio en el caso mexicano. Han surgido propuestas, por ejemplo la del instituto que yo dirijo, de buscar modelos intermedios, modelos híbridos que son parcialmente públicos y parcialmente universitarios. En varios países se está dando este tercer modelo. Evidentemente no podemos hacer generalizaciones para contextos nacionales, sociales y políticos muy diferentes. Pero este tipo de análisis comparativo nunca se ha hecho. Es más, ni siquiera tenemos buenas descripciones de cuáles son las bases institucionales de lo que ocurre en América Latina.

En los Estados Unidos y en Canadá hay muchísimo más homogeneidad, aunque también vale la pena preguntarse qué ocurrió en Canadá cuando se incorporaron las antiguas escuelas de salud pública a las facultades de medicina ¿Qué efectos ha tenido? ¿Qué pasó con eso? ¿Funcionó o no funcionó? Estoy poniendo un ejemplo para el caso de la formación de recursos humanos, pero igual lo podría hacer para el caso de instituciones de investigación, por ejemplo aquellas que están muy incrustadas en la práctica, como proponía el Dr. Tejada; instituciones donde los investigadores están físicamente localizados en espacios de acción versus las instituciones que profesionalizan el rol del investigador y lo hacen distinto. Lo mismo para el caso de los departamentos estatales de salud pública de los Estados Unidos versus los esquemas verticales orientados por campañas que han sido muy característicos en América Latina.

Me parece que en la continuación de este esfuerzo en particular—y veo que es un proceso de largo plazo hasta 1995— se requeriría en algún momento meterle un poco de evidencia también a este diálogo, porque veo que sería paradójico que nosotros proclamemos la necesidad de evaluar los sistemas de salud y no lo hagamos con nuestras propias organizaciones y arreglos sociales sobre la salud pública. Además de todas las recomendaciones concretas que ya dí, quisiera agregar ésto como un componente, aunque no en recambio de lo que se ha propuesto en el documento base sobre la necesidad de hacer diálogos de este tipo a nivel nacional. Creo que muchos de ellos se enriquecerían con algo de información descriptiva, y preferentemente comparativa, sobre la eficacia de distintos arreglos institucionales en la salud pública.

Dr. Tejada Quiero ahora referirme más concretamente a la parte de la estrategia de todo el proceso que se ha iniciado con esta reflexión. Y estoy siguiendo lo que se espera precisamente dentro de los términos de referencia, y fundamentalmente a lo que tiene que ver con las acciones o productos llamados acá intermedios. Podemos sacar provecho de esta reunión en el sentido de que no solamente hemos debatido los asuntos que estaban previstos, sino que nos hemos encontrado muchas veces con puntos de aparente conflicto, lo cual es normal. Insisto en que vale la pena acostumbrarse y aceptar que hay perspectivas diversas, que hay enfoques totalmente distintos. Lo importante es que todo pueda confluir en un común denominador, no necesariamente como resultado de un compromiso obligado, sino por que estemos convencidos de que se tiene que jugar con todos estos argumentos.

Creo que a todo debate se tiene que entrar con una disposición de apertura completa, es decir, no a defender un punto de vista por razones de propiedad intelectual o por experiencia, sino con el deseo de dar la oportunidad de ser convencido en el proceso. Esto mismo se debe repetir a nivel de los países; mal que bien nosotros somos una muestra, representativa o no, de los países. Una de las grandes barreras que hay para el cambio son precisamente las posiciones dogmáticas. Por eso es muy importante estimular lo que plantean los términos de referencia, a saber, la formación de grupos de reflexión y de debate a nivel nacional. No creo, sin embargo, que estos grupos deban ser únicamente transdisciplinarios o interdisciplinarios, sino que también tienen que ser representativos. Los que aquí estamos provenimos prácticamente de un mismo lado y no sabemos cómo nos ven a nosotros los de otros sectores. En ese sentido es importante involucrar más representantes del sector político para ver qué opinan y cómo nos ven a nosotros. A lo mejor también tienen equívocos y prejuicios en cuanto a nuestras formas de pensar o a nuestros planteamientos. También se requiere buscar la representatividad de elementos de la sociedad civil, y especialmente de las organizaciones emergentes. Insisto en que el camino de la revisión y de la construcción de un nuevo sistema orientado hacia estos fines parte de allí.

Pienso igualmente que estos debates y esta reflexión no deben estar orientados solamente por la experiencia personal o por la calidad intelectual personal de quienes asistan, sino que habría que llevar también estudios sobre las experiencias nacionales, así sean muy parciales y limitadas. Quienes están trabajando en el terreno no tienen tiempo de escribir, mientras que los que escriben lo hacen porque tienen tiempo. También es evidente que en los países donde se les ha cerrado la oportunidad de hacer cosas a los trabajadores de salud, ellos se han dedicado a escribir; es decir

que hay un refugio en la teoría cuando no existe la posibilidad de la práctica. Por eso es importante que la OPS estimule el seguimiento inicial de experiencias, teniendo en cuenta que en los países donde hay la posibilidad de producir experiencias faltan tres cosas. Falta primero una decisión nacional de apoyar tales experiencias, puesto que ningún gobierno va a impulsar algo que va en contra de sus propias políticas. El modelo de ajuste económico neoliberal es por definición contrario a cualquier esfuerzo de descentralización y de participación. Tiene como requisito fundamental la centralización de todo, comenzando con la economía, porque no puede arriesgar la dispersión del poder político. El segundo elemento—el primero es lograr la decisión política del país para que se puedan hacer estas experiencias—consiste en prestar el apoyo económico indispensable, mientras que el tercero se refiere a ofrecer el apoyo técnico que solamente puede dar un organismo internacional. El siguiente paso sería difundir lo que se está haciendo en los grupos nacionales que se proponen como parte de la estrategia de tipo general. Todo esto lleva indudablemente a la creación de opinión, es decir, a un proceso que se tiene que nutrir de todas estas cosas.

Una última recomendación es que tanto los grupos nacionales como la red de carácter regional que se propone no estén conformados exclusivamente por las instituciones públicas, ni tampoco por las instituciones formales y muy reconocidas. Propongo que se abran un poco, por ejemplo, a las organizaciones no gubernamentales, algunas de las cuales están haciendo una serie de trabajos verdaderamente pioneros. También hay individuos que están interesados en este proceso y que a lo mejor en un país no representan a nadie porque no los dejan; porque son los elementos subversivos que están hablando precisamente de la crisis de un sistema, y por lo tanto se hallan marginados.

Dr. Paim

Quiero hacer una pequeña observación sobre la última intervención del Dr. Tejada, con cuyos planteamientos estoy casi totalmente de acuerdo. Sin embargo, me preocupa un poco su afirmación de que a la política neoliberal no le interesa la descentralización. No necesariamente. Con la propuesta del Estado mínimo por ejemplo, de reducir las responsabilidades del Estado en relación con las acciones educativas y de salud, ciertos gobiernos de mi país han estimulado de alguna forma la transferencia de responsabilidades hacia los municipios, con el fin de lograr una política de ajuste a nivel federal, a nivel central; y esto no sólo para los municipios sino también para las entidades no gubernamentales.

Dr. Tejada

Una pequeña interrupción. Creo que no se debe confundir la posición liberal de librarse de una serie de responsabilidades

transfiriéndolas a otros niveles, con el centralismo del manejo económico que va a repercutir después en la falta de recursos para el cumplimiento de esas acciones por parte de los nuevos responsables.

Dr. Paim En el plano político, esa "descentralización" también sirve para favorecer una manipulación clientelista, dado que las relaciones se pasan directamente del poder central al municipio, a veces inclusive con la mediación de las provincias o de los estados. Ese es un punto para examinar mejor y profundizar posteriormente en la discusión.

Tengo dos rápidas sugerencias en el espíritu de esta parte final de nuestro encuentro. La primera es que nosotros apoyemos la promoción de la discusión y difusión de paradigmas, teorías, y experiencias de acción en salud colectiva para conformar un nuevo saber y una nueva práctica más orgánica con los principios de la equidad, democracia y eficacia, tal y como se discutió aquí. Esto se podría hacer a través de eventos especiales como conferencias, seminarios, congresos o mesas de trabajo, además de publicaciones generales y específicas tanto para las instituciones de enseñanza, investigación y servicio, como para las entidades comunitarias, sindicales, etc. La segunda proposición es que ayudemos a desarrollar programas de educación continuada o permanente en salud colectiva en las instituciones que prestan servicios de salud, con miras a recomponer y actualizar constantemente los elementos de las prácticas de salud, los objetos, los medios de trabajo, las actividades realizadas en esas prácticas, y también para que a partir de esa experiencia democrática se instauren nuevas relaciones técnicas y sociales en el proceso de trabajo en salud.

Dr. Omenn Quisiera agregar dos comentarios. Antes que nada estoy de acuerdo con lo dicho por el Dr. Tejada acerca de que el ejercicio que la OPS ha estimulado con esta primera consulta, y con los trabajos que para ella se encomendaron, podría ser elaborado aún más o reproducido con una mayor representación en cada país y/o por regiones en cada uno de ellos. Vale la pena anotar que una de las recomendaciones de la Cumbre de Saitama sobre Salud Pública organizada por la OMS en septiembre de 1991 era exactamente igual. Allí el mensaje fue que se deberían encontrar maneras de que el medio ambiente y el desarrollo económico y la salud se conjugaran para buscar estrategias y programas convergentes, así como acciones y políticas sociales comunes. Se dijo que estos programas y estrategias deberían originarse de abajo hacia arriba, desde las bases, y también a partir de las agencias y organizaciones internacionales. Así que los mensajes de esa conferencia y de esta consulta se refuerzan

mutuamente. Pienso que esta es una sugerencia constructiva y le doy todo mi apoyo. Espero que podamos construir un proceso que gane momentum en varios países cuando se llegue al año 1995.

En segundo lugar me gustaría presentar a su consideración un par de recomendaciones que también hicieron parte del informe de la reunión de la OMS. La educación y la investigación deberían ser componentes básicos de lo que el Dr. Macedo llama el "nuevo paradigma" para tratar de implementar "salud para todos". En relación con la educación y los recursos humanos en el área de salud, el informe de la OMS recomienda que esa misma entidad, la OPS y otras organizaciones regionales y Ministerios de Salud se comprometan a ayudar a las escuelas y departamentos de salud pública a mejorar el contenido y la calidad de sus programas de capacitación a nivel comunitario, así como los académicos. La información acerca de contenido de los programas de estudios y los medios para evaluar la calidad de la educación en salud pública deberán ser compartidos por escuelas y regiones. Esto con el fin de que valga la pena realmente el esfuerzo de ligar la experiencia y la educación, tanto a nivel de la comunidad como en los centros académicos de investigación.

Algunos de los que participamos en la reunión de la OMS expresamos nuestra convicción de que la OPS y otras organizaciones deberían estimular la elaboración de artículos donde se describan y evalúen críticamente los experimentos de educación en salud pública.

En lo que se refiere a la investigación, si bien nuestra primera prioridad es la investigación aplicada para apoyar de manera efectiva y equitativa los programas y tecnologías de salud pública de que actualmente se dispone, también estamos convencidos de que se debe hacer una inversión en el futuro mediante la conducción de investigación básica organizada y pertinente. Las escuelas de salud pública tienen que jugar un papel importante en los servicios de salud epidemiológicos, en economía de la salud, gerencia de salud, salud ambiental, biotecnología, así como en investigación sobre políticas sociales. Pensamos además que se debe conducir investigación sobre el proceso educativo mismo en aras de estimular relaciones más fuertes y mejores entre académicos, profesionales de la salud pública en ejercicio, y aquéllos que toman las decisiones en el campo del cuidado de la salud y la salud pública.

Aquí hemos hablado mucho sobre la relación entre la salud pública y el cuidado de la salud, y acerca del desbalance entre la salud pública y la medicina. Creo que haríamos un gran bien si le prestáramos atención suplementaria a las relaciones entre salud y ambientalismo, porque éste último está organizado alrededor de la prevención y la reducción de los factores de riesgo,

un paradigma muy diferente al que impulsa la atención médica. No estoy diciendo que descuidemos la atención médica. Los departamentos de salud en todas partes, incluidos los locales, sufren las consecuencias de las fallas del sistema de atención médica y del estado de descuido en que mantiene a ciertos grupos de población. Sin embargo, si estamos buscando gente que entienda lo que nosotros pensamos y que tenga metas comunes en lo que se refiere a proteger la salud de los humanos, así como la de otros componentes del ecosistema, podríamos encontrar aliados en los movimientos ambientalistas de los diferentes países. La Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y Desarrollo a celebrarse en Brasil en junio de 1992 sería una oportunidad para encontrarlos.

Dr. Badgley

Quisiera responder a un punto que con anterioridad hiciera el Dr. Frenk. Y estoy de acuerdo con él en que debemos estudiar diferentes modelos de capacitación y programas. Pero yo creo que la efectividad es el ingrediente clave para lograr cambios y desarrollo social, los dos asuntos claves en el diseño de políticas públicas saludables.

También desearía elaborar un poco más sobre su sugerencia de abrimos y mirar otros modelos. Creo que esto se podría extender no sólo a la capacitación, sino a aquellas aperturas en la Región donde ha sido posible atizar una voluntad crítica. Tendríamos que ver qué podemos aprender de esas situaciones, y cuáles han sido las aperturas que realmente han conducido a llegar a las comunidades. En cada caso, esto se haría con base en los dos criterios claves de cambio mencionados más arriba, los cuales se centran en el desarrollo y su eficacia.

Dr. Omenn

En la parte final del trabajo del Dr. Terris aparecen algunos datos sobre expectativas de vida y causas de mortalidad. Pienso que un esfuerzo que sería muy útil por parte de la OPS y que necesitaría un trabajo de traducción mínimo sería la publicación de tabulaciones seleccionadas de datos e indicadores de salud. Esto teniendo en cuenta que casi toda la información requerida ya ha sido recopilada por la OPS y sus países miembros. Habría que traducir únicamente los encabezados, porque los números los entiende todo el mundo. Por supuesto que la interpretación de los datos es un poco más complicada. La confiabilidad de los datos también exigiría que se hicieran las anotaciones del caso. Pienso que esos tabulados nos ayudarían a entender cómo empezar a manejar los aspectos cuantitativos de nuestros argumentos. También podrían servir mucho desde el punto de vista didáctico, tanto para los estudiantes regulares de todas nuestras escuelas, como para quienes están ligados al proceso de educación continua, que es una parte cada vez más importante de

nuestras responsabilidades académicas y de nuestra ligazón con quienes practican en el campo de la salud pública.

Me quiero referir nuevamente a la Comisión de Investigación en Salud para el Desarrollo. El lenguaje que ellos utilizan en su informe es muy parecido al de las discusiones que aquí hemos sostenido. Por ejemplo, los miembros de la comisión debatieron ampliamente si los datos y la investigación podrían tener en realidad alguna influencia en aquéllos responsables por el diseño de políticas. La pregunta no es nueva. Pero su conclusión general es que sin esos datos, los funcionarios encargados de hacerlo carecerán de información clave. La noción de llevar las prácticas médicas y de salud pública de un país a otro presenta muchos riesgos. Esto sucede particularmente en el área ambiental con el uso de los plaguicidas. Por otro lado, creo que el concepto de fármacos esenciales debería estar ligado a las necesidades específicas de salud y a las particularidades de ciertas poblaciones.

Como dije antes, la comisión propuso el concepto de "investigación esencial en salud". Habría que ver qué tipo de estudios, qué tipo de información podría recomendarse para los países más pobres, los un poco menos pobres y los de medianos ingresos. Aún los países más ricos no hacen todo lo que podrían o deberían hacer. Así que el informe de la Comisión es una fuente de aliento y una guía. Allí se le pide a la gente que considere—de abajo hacia arriba y de arriba hacia abajo—qué clase de información le puede ser útil, cuáles son los objetivos de los programas, con el fin de compartir los propósitos en la protección y posiblemente en la expansión del sector de la salud pública en varios países.

Hace poco el Dr. Sandoval y yo discutíamos sobre "las cuatro Ccs", es decir, los cuatro países del Hemisferio Occidental cuyo status de salud es realmente admirable. Todos ellos comienzan con "C" y experimentan condiciones políticas y económicas muy diversas. Se trata de Chile, Costa Rica, Cuba y Canadá. Creo que hay algo que aprender de casos como estos donde se tiene un esquema nacional de salud. E indudablemente estos países son marcadamente diversos. Sin embargo, lo que todos tienen en común es que sus programas poseen un sentido de orientación, y que hacen uso de los indicadores de salud para concentrar su labor en ciertas poblaciones, especialmente aquellas que muestran los peores indicadores, los servicios más deficientes, y la necesidad más grande de prevención de enfermedades, educación en salud y protección ambiental.

En los Estados Unidos hemos adoptado este concepto de protección y promoción de la salud y de servicios de salud preventivos surgido de *Healthy People*. Sin embargo, es claro que los servicios de salud preventivos, los cuales tienen una base clínica y

comunitaria, no son sino parte de la historia. Tienen que ser complementados con mecanismos de protección de salud y con un comportamiento individual saludable basado en las decisiones de los individuos. Esto es lo que llamamos promoción de la salud a nivel individual, grupal, comunitario y nacional.

Creo que el marco descrito puede ser entendido por colegas de otros sectores y por otras agencias del gobierno, al tiempo que le ofrece a los practicantes de la salud pública y a los académicos la posibilidad de acceder más fácilmente a los responsables por la política demográfica, por tomar medidas concernientes al ingreso, la vivienda, la educación, la resolución de conflictos y muchos otros asuntos cruciales para la salud.

He pedido más de una vez en este foro que se hagan comentarios sobre el factor población como uno de los más importantes en la definición del status económico y de salud de los países. La respuesta ha sido el silencio absoluto. Tengo la impresión de que en la OPS y en muchos países del hemisferio este es un tema sobre el cual no se puede hablar. Puede ser que esté equivocado. Pero me gustaría dedicarle algunos minutos a la discusión sobre el estado de la planificación familiar y el monitoreo del crecimiento poblacional. Actualmente en los Estados Unidos es una cuestión vergonzosa que nuestro gobierno haya decidido retirarle el apoyo a esta área. Y creo que si nuestros funcionarios se percataran de que en una reunión como esta nadie está interesado siquiera en discutir el tema, los seguidores del señor Reagan y otros de la extrema derecha verían su posición consolidada. Creo que en Chile se han llevado a cabo programas de planificación familiar muy amplios, y que las tasas de natalidad están bajo control, lo mismo que las de mortalidad infantil (por debajo de 15 por mil). Asumo que ese tipo de información es relevante para otros países del hemisferio y me encantaría saber si este es un tema tan prioritario como lo es la deuda externa, sobre la cual personas como nosotros no podemos hacer mucho, o como la pobreza, de la cual la explosión demográfica es un componente importante.

Dr. Ferreira Varios países en Latinoamérica tienen políticas específicas en el campo de población. En el caso de la propia Organización, existen también políticas definidas en lo que se refiere a la forma de atender los problemas demográficos, los cuales están integrados a los programas de salud materno-infantil.

Dr. Sandoval Chile fue en la práctica una especie de conejillo de Indias para la planificación familiar. La distribución masiva de dispositivos intrauterinos comenzó a mediados de los años cincuenta. La introducción de la píldora anticonceptiva estuvo ligada a los experimentos de los grandes laboratorios y a las políticas de pla-

nificación familiar desde fines de los cincuentas y comienzos de los sesentas. En la práctica, Chile fue uno de los primeros países que mostró un inflexión en la curva de crecimiento demográfico con la introducción masiva de elementos anticonceptivos entre la población.

En mi época de estudiante de medicina, cuando una mujer llegaba a los servicios de emergencia por un aborto voluntario, después de hacerle el raspado uterino se le introducía un dispositivo mientras estaba anestesiada, y cuando despertaba se le decía: "Queda usted con un dispositivo intrauterino; si quiere tener un hijo venga para que se lo saquemos". O sea que ni se les preguntaba si querían o no tener el dispositivo. Esas son prácticas que hoy día, con el reconocimiento de los derechos esenciales de la persona, no son toleradas; pero en los años sesenta se llegó a ese extremo en la práctica.

Posteriormente, durante los últimos años de la dictadura, Pinochet tuvo una visión de que Chile era un país con una demografía débil. Es así que a partir de comienzos de los años ochenta las políticas de planificación familiar se restringieron, y se le puso límite a la distribución de dispositivos, pastillas y otros anticonceptivos-depósito. Las consecuencias han sido bastante paradójicas. Uno de los problemas que se está viviendo hoy día y que no ha impactado tanto a las nuevas parejas y las mujeres que ya tenían hijos es el aumento enorme de embarazos en las adolescentes. Este ha sido uno de los resultados de la ausencia de políticas de control natal en los ochenta, y ahora se ha convertido en un problema de salud pública. A su vez, el aumento de embarazos entre las adolescentes ha tenido un impacto negativo en la mortalidad infantil, en la medida en que sigue manteniendo muy alta la mortalidad perinatal.

Estos son fenómenos que actualmente estamos tratando de revertir, y a los cuales hemos integrado nuevamente el espaciamiento de los nacimientos, el control de la natalidad o la planificación, la prevención del SIDA, el uso de anticonceptivos y en general todo lo atinente a la sexualidad, que durante la dictadura fue un tema tabú.

Dr. Paim

Este es un asunto extremadamente polémico en el Brasil. Me referiré no a la polémica misma sino más bien a la evolución del proceso. Hasta 1974 no existía una política clara del gobierno acerca de la planificación familiar. Se sabía que una parte del gobierno, especialmente los militares, defendía el crecimiento poblacional para justificar la ocupación de ciertos espacios geográficos, particularmente en la Amazonia. También se sabía de la existencia de grupos organizados de la sociedad que tenían posiciones políticas contrarias a algunos intereses que patrocinaban iniciativas locales en relación con la planificación familiar.

Finalmente en 1974 el gobierno tomó una posición en el ámbito de una reunión internacional, oponiéndose al control poblacional directo, aunque favoreciendo la planificación familiar en el sentido de que se difundieran informaciones sobre métodos anticonceptivos para que las parejas tomaran libremente su decisión. Esta posición política fue criticada por ser extremadamente retórica, en la medida en que el gobierno no tomó iniciativas paralelas en el sentido de facilitar la difusión de esas informaciones o de colocar algunos de esos métodos al alcance de la población.

En 1986, después de la octava Conferencia Nacional de Salud, se produjo un evento específico sobre la salud de la mujer, organizado por grupos femeninos del Brasil. Allí se hizo explícita la posición de grupos progresistas, particularmente de las mujeres, en defensa de la planificación familiar siempre y cuando estuviera vinculada a las acciones del programa de asistencia integral a la salud de la mujer. Con ese respaldo, el Ministerio de Salud pudo definir una serie de pautas en relación con los métodos a ser utilizados, dando preferencia al control natural, aunque aprobando también el uso de la píldora y de los dispositivos intrauterinos, al tiempo que cuestionaba los métodos más definitivos de esterilización. Esto desde el punto de vista formal.

Desde el punto de vista de la práctica real, una serie de organismos internacionales y locales ya venían trabajando ampliamente en el campo de la planificación en el Brasil desde la década del sesenta. Es así que cuando se observa la evolución de la tasa de fertilidad global en el Brasil, se nota una caída muy acentuada en la década del setenta que se prolongó hasta los años ochenta. Entre 1980 y 1984 hubo una caída del 20% en la tasa de fertilidad total, y no sólo en el sur del país, sino también en el nordeste y entre los grupos familiares de bajos ingresos. Es decir que aunque los grupos de clase media y de clase media alta exhibían la caída más acentuada, también hubo una disminución notable en las áreas más pobres del Brasil, e igualmente entre las familias de menores recursos.

Paralelamente a ese proceso de caída de las tasas de fertilidad se verificó un cambio en el patrón de utilización de los métodos anticonceptivos. Esto ha ocurrido especialmente en el nordeste, donde el método de escogencia entre los grupos más pobres de la población, si es que se le puede llamar escogencia, es la esterilización. El dispositivo intrauterino y la píldora son métodos proporcionalmente menos utilizados que la esterilización.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Moderador:
Dr. Milton Terris

Dr. Ferreira Un aspecto que todavía no hemos desarrollado es el relativo a la estrategia de seguimiento del proceso que se inicia con esta reunión. Propongo que avancemos un poco más en esta discusión, antes de dar paso a la lectura de la versión preliminar del informe final.

Dr. Terris A menos que haya alguna objeción, creo que valdría la pena que hablaríamos sobre el seguimiento que se le hará a esta consulta, por que después de todo, si la reunión no arroja resultados concretos pierde su objeto original.

Dr. Tejada Refiriéndome precisamente a la estrategia desde el punto de vista del seguimiento de esta reunión, había planteado con anterioridad que este foro era, de acuerdo con su propia convocatoria, una reflexión inicial, el punto de partida de un proceso a más largo plazo que concluiría en una reunión regional en 1995 una vez creado el momentum político. Dentro de ese marco de referencia, yo había enfatizado que era importante que este intercambio de ideas y experiencias pudiera tener lugar también en los países. Incluso planteé que era importante que se formaran grupos multidisciplinarios, multi-institucionales, y no solamente con participación de los organismos oficiales con los cuales tradicionalmente la OPS mantiene relaciones, sino también con otro tipo de entidades y organizaciones, incluyendo aquellas de sectores diferentes al de la salud. Propuse igualmente que a nivel nacional se organizara un proceso de debate y reflexión, para contribuir así a la creación de opinión y a la acumulación de momentum político. Las propuestas no deberán quedarse en el nivel conceptual, sino que en ellas se deben incluir las pequeñas experiencias, si bien aisladas y/o parciales, que se están llevando a cabo en los países en la línea de una nueva orientación de la salud pública.

Este proceso requiere asesoría financiera y técnica, así como un mecanismo que asegure el seguimiento mismo de estas experiencias. Aquí juega un papel muy importante la Organización Panamericana de la Salud, en la medida en que con su apoyo le da crédito moral a estas experiencias. Sin perder de vista la orientación conceptual del nuevo modelo que se trata de establecer, estas experiencias permitirán que la Organización Panamericana de la Salud tenga suficiente material que justifique el establecimiento de un mecanismo de disseminación, de manera que todos los países y los grupos puedan ir ganando información y conociendo lo nuevo.

Igualmente he planteado que valdría la pena constituir una red con estos grupos; y me estoy refiriendo al nuevo concepto de red, o sea, un mecanismo no burocratizado, no necesariamente formal, no oficial. La red se debe constituir sobre la base de una

relación laxa, abierta y voluntaria de instituciones o partes de instituciones públicas, privadas, y de personas interesadas. Su función fundamental será simplemente la de crear la posibilidad de beneficiarse con la información y el contacto con las personas.

Todo lo anterior conduciría a que en los próximos eventos se puedan ya sintetizar y definir avances concretos, sin que sea necesario volver sobre lo mismo que aquí hemos discutido. De esta manera se podría contribuir al propósito de crear un momentum político para poder entonces ratificar, confirmar, dar carta de validez continental a toda esta nueva orientación de la salud pública.

Dr. Nájera

Creo que la sugerencia del Dr. Tejada es excelente. Me estaba preguntando, sin embargo, si antes de ese paso no sería necesario reforzar el trabajo de esos grupos en los países con una documentación técnica, científica, de análisis de los problemas que aquí muchas veces estamos solamente intuyendo. Se trataría de poder demostrar algunas de las ideas que habrán de sustentar el cambio que se persigue. Porque si no, el cambio puede ser algo exclusivamente ideológico; el cambio puede ser algo que algunos impulsamos y a lo cual otros se oponen; el cambio difícilmente va a poder contrarrestar la fortísima corriente privatizadora. Es decir, existen tantos escollos en el camino que tal vez habría que nutrir a esos grupos de discusión con algunos elementos de la nueva teoría y práctica. Tal vez se podría hacer una pequeña reunión de expertos que decidieran o que buscaran qué elementos, qué ideas se pueden estudiar en más detalle, para que posteriormente cada una de ellas fuera analizada desde una perspectiva epidemiológica, estadística, etc. Estos análisis constituirían los documentos de trabajo para los grupos nacionales.

Dr. Sandoval

Conuerdo también con la posición del Dr. Tejada en el sentido de trasladar la discusión a los grupos nacionales. Pero igualmente creo que habría que tener algún material elaborado de manera que la discusión fuera acotada con preguntas muy claras. Con anterioridad les relaté la experiencia que tuve cuando reuní al grupo de personas entre quienes distribuí los documentos preparados para esta consulta. Cuando los discutimos, los participantes expresaron su satisfacción con que se les hubiese ofrecido la oportunidad de debatirlos, especialmente porque se trataba de un grupo de personas cuyo único nexo común era su amistad conmigo. Aunque todos trabajan en el campo de la salud, se desempeñan en distintas esferas.

Entre las actividades previas que se podrían estimular y respaldar financieramente estaría una investigación en distintos países de la Región sobre la "década perdida". Habría que ver, inspirados en las preguntas que planteó el Dr. Macedo, por qué en esta

década perdida de todas maneras hubo una disminución de las tasas de mortalidad, cómo responder eso, cuáles son las relaciones no lineales y/o indirectas entre lo económico y lo social, y cómo se reflejan en la salud. Creo que es posible elaborar una especie de preguntas modelo para que se respondan a través de un trabajo de investigación. La realización de esos estudios podría constituir el punto de partida para plantearse los interrogantes reales y buscar respuestas en una práctica distinta de la salud pública. Esto alimentará también la discusión de los grupos nacionales, y posteriormente la discusión a nivel regional.

Dra. Spinola

Mis consideraciones se relacionan con las propuestas de seguimiento que se acaban de hacer. La nueva estructura de la ALA-Esp divide a la Región en tres grandes áreas: América Central, el Caribe y México; la zona andina; y el cono sur. Esas áreas geográficas constituyen el marco apropiado para discutir lo que aquí se ha iniciado, y pueden ser la fuente de análisis locales sobre lo que está ocurriendo. Allí se podrían recoger las experiencias positivas que servirán para fundamentar nuestras discusiones futuras. Propongo que ese proceso tenga una coordinación general, y que se realice dentro del marco de lo que en sociología se llama investigación-acción, de manera que a medida que se recojan las experiencias se vayan modificando los elementos existentes.

Dr. Badgley

Estoy de acuerdo con las recomendaciones que se han hecho hasta ahora. Quizás no tengo una visión muy clara de lo que hemos dicho como grupo, pero me parece que en principio coincidimos en lo que respecta a las principales dimensiones del nuevo enfoque que se requiere. Creo que hay varios temas de los cuales podríamos beneficiarnos si pudiéramos verlos más claramente identificados y discutirlos en aras de buscar su reformulación. Por eso me pregunto si no sería mejor digerir el informe preliminar antes de que fuéramos a las regiones y países. Quizás se podría hacer una reunión intermedia de este grupo, o de este grupo ampliado.

También necesitamos pensar en los tipos de mecanismos. Algunas de nuestras recomendaciones son de naturalezas global, y realmente constituyen un desafío a nuestra filosofía de lo que es la salud pública. Otras involucran a la OPS, y requieren que la Organización tome ciertas iniciativas. Ciertamente hay recomendaciones que se dirigen concretamente a los países, y me pregunto si estamos incorporando específicamente a las asociaciones de salud pública como instrumento para realizar algunos de los cambios. Así que, antes de definir concretamente la dirección que vamos a tomar, a mí me gustaría que tuviéramos un documento claro, con puntos muy precisos surgidos de la discusión que aquí se tuvo.

Dr. Sandoval Otro mecanismo que se puede utilizar es convocar a las sociedades de salud pública de los países o de los grupos subregionales para que, proporcionándoles alguna ayuda financiera, realicen este trabajo de investigación. Posteriormente se podrían configurar grupos de estudio sobre estos problemas. Las sociedades de salud pública constituyen una instancia no gubernamental aunque sí oficial, en la medida en que forman parte importante de la vida activa de la sociedad científica y académica, y podrían ser muy bien aprovechadas para una discusión de este tipo.

Dr. Badgley Quisiera complementar lo que dijo el Dr. Sandoval. Si se prepara el informe preliminar ciertamente se pueden encontrar los medios para que éste sea más ampliamente discutido. En Canadá no solamente tenemos la Asociación de Salud Pública, sino también asociaciones provinciales. Y creo que lo mismo sucede en otras partes de la Región. Estas se podrían utilizar como el punto focal para ampliar el debate, y para recibir algo de retroalimentación, si es que se proveen los mecanismos apropiados para canalizarla.

Dr. Omenn Creo que es una tarea muy complicada convertir los documentos conceptuales y las discusiones de esta reunión en una serie de pasos a seguir para lograr una utilización óptima de los servicios de salud pública y de atención médica. También es muy probable que en los trabajos presentados a esta consulta haya mucha más información de la que se ha podido discurrir aquí; ésta merece ser revisada con mayor atención.

Muchos de ustedes se han referido a la necesidad de conducir investigación y de tener más conocimiento sobre lo que realmente funciona en la práctica. Existe una organización llamada Comisión de Investigación en Salud para el Desarrollo, una iniciativa internacional independiente presidida por John Evans de Canadá. Uno de los 12 miembros de la comisión es el profesor Adolfo Martínez Palomo de México. La comisión definió el concepto de investigación esencial nacional, recomendó que se establecieran equipos de colaboración y mecanismos de monitoreo internacionales, y que se buscara apoyo financiero y técnico para realizar investigación sobre problemas de salud en los países en vías de desarrollo. Brasil llevó a cabo uno de los talleres regionales promovidos por la comisión, y dos de los 10 estudios de caso realizados correspondieron a México y Brasil. Les doy estos ejemplos únicamente para que se den cuenta que no estamos trabajando solos. Existen otras entidades que están tratando de hacer avances en el mismo sentido. Tenemos que buscar cómo vincularnos a esos esfuerzos para que no nos convirtamos en otro ejemplo de la duplicación e ineficiencia que tanto criticamos en el sector de los

servicios. Nosotros representamos la dimensión correspondiente a las políticas de salud.

En segundo lugar, no creo que nos sea muy difícil hacer algunas recomendaciones sobre los pasos que se podrían tomar en el campo de nuestra competencia. Sugiero que nos concentremos en tratar de enlazar las contribuciones reales y potenciales de las escuelas de salud pública, los Ministerios de Salud, la OPS y otras organizaciones de salud pública. Eso no presenta mayores complicaciones, y allí se podrían incluir reuniones como la de los países andinos que se acaba de mencionar, y la de la Asociación de Salud Pública de los Estados Unidos; especialmente en el ámbito del comité de salud internacional de ASPH. Esta es un área en la que nos deberíamos centrar directamente, en la medida en que podemos buscar una mayor cooperación y entendimiento para promover el tipo de experiencias a que aludía la Dra. Spinola.

En tercer lugar, quiero hacer notar que la mayor parte de nuestras discusiones en esta consulta se ha centrado no tanto en qué podemos ejercer control y qué podemos hacer, sino en los valores y formas de organización de las estructuras sociales y económicas de nuestros países. Bueno, jeso sí es política de alto nivel! Y ese rol le corresponde a los grandes bancos. Si es que estamos seriamente dispuestos a influenciar esos organismos y los procesos que a su interior se desarrollan, tenemos que encontrar la manera de vincular gente influyente por fuera de nuestro propio círculo. Por eso quisiera saber hasta qué punto la OPS participa activamente en Washington y en todo el hemisferio con sus contrapartes del Banco Interamericano de Desarrollo, la Fundación Interamericana, el Banco Mundial, o el Fondo Monetario Internacional. Estas son organizaciones que tienen una enorme influencia sobre la política de ajuste estructural, el uso de los recursos, y la interacción con las contrapartes nacionales en toda la Región.

Estoy convencido de que si queremos hacer un progreso significativo de aquí a 1995, tenemos que identificar oportunidades, personal y metas específicas para utilizar de manera eficaz el tipo de información que pueda contribuir a influenciar a los funcionarios de esos organismos, quienes por lo general son más analíticos que nuestros políticos. Es necesario que comprendamos con claridad cuáles son los elementos que están involucrados en el proceso de toma de decisiones de estos individuos sobre la utilización de recursos. Es posible que cuando tratemos de obtener de ellos la información relevante no nos guste lo que oigamos; sin embargo, tenemos que comprender cómo piensan para así presentar un argumento económico más contundente para el caso del sector, de la salud de la gente, y de los objetivos de los programas de salud pública.

Por último, quisiera reiterar lo que dije acerca de que debemos superar lo antes posible la etapa de conceptualización, teoría y filosofía, todo lo cual es muy estimulante e importante cuando se piensa en cómo se pueden ejecutar estas cuestiones en la práctica de la mejor manera posible. Creo personalmente que el modelo de establecer objetivos de salud para la nación que hemos venido desarrollando en los Estados Unidos durante los últimos 12 años está siendo de gran ayuda para nuestro país. Se los recomiendo como guía para que desarrollen sus propias líneas de acción en sus países. Y se lo recomiendo particularmente a la OPS como un marco organizativo para que impulse la recolección de datos y su revisión crítica, con el fin de ponerlos al servicio de los medios de comunicación. Así se podrá promover el cubrimiento de historias y eventos que centren su atención en grupos de población por edad y por ocupación, en las necesidades de los pobres, y en oportunidades para la educación. Así lograremos que nuestros esfuerzos sean mucho más dirigidos, así como vincular a otros en el proceso para que se hagan mayores progresos.

Hay una serie de pasos específicos que se pueden tomar en los próximos meses. Deberíamos producir un informe que pueda ser revisado por todos con el fin de darle una forma más acabada, para lo cual, creo yo, no se necesitaría una nueva reunión. Lo podemos hacer por correo o por fax. Deberíamos utilizar ese informe y su resumen ejecutivo para estimular la participación y los comentarios de otras personas sobre los temas y recomendaciones que han surgido de esta reunión. Además de los eventos mencionados más arriba, hay muchas reuniones subregionales y nacionales donde también se puede debatir el documento. Igualmente deberíamos hacer conexiones con los encargados de hacerle el seguimiento a la reunión de la OMS en Saitama y a la Comisión de Investigación en Salud para el Desarrollo. También es necesario hacer un esfuerzo especial para identificar en los bancos multilaterales individuos con quienes creamos que se puede hacer algún progreso, o por lo menos buscar la posibilidad de influenciar los estudios que ellos conducen. Lo mismo aplica para aquellas organizaciones que están llevando a cabo estudios de casos, incluida la Comisión, o bien para prestar alguna contribución a esos esfuerzos, o para participar más directamente en ellos. Esto con el propósito de que en esos trabajos sobre el desarrollo de un país o región se le dé un tratamiento apropiado a los aspectos de salud.

Dr. Tejada

Sin ánimo de restarle méritos a los planteamientos anteriores, sugiero que lo que debemos hacer es crear un momentum político y tratar de influenciar la opinión general y los niveles de decisión en favor de los cambios y las nuevas orientaciones que

estamos proponiendo. Al mismo tiempo, sería crucial que tal influencia no se quedara únicamente en los niveles conocidos y formales de decisión política, sino que llegara a las bases mismas, es decir, a aquellos niveles que constituyen la sustentación de quienes toman las decisiones políticas.

Por eso insisto en que los grupos nacionales no deben ser conformados exclusivamente por quienes están directamente vinculados al campo de la salud, ni circunscritos a quienes tienen autoridad formal. Debemos incorporar a todos aquellos elementos que representan estas bases. Tampoco se trata de incluir solamente a uno u otro grupo, sino de que se logre un balance; los cambios se consiguen más fácilmente contando con el apoyo de las bases que tratando de cambiar las mentalidades de quienes están acostumbrados a ver que el sistema marche en una cierta dirección.

También quisiera hacer un llamado con respecto a lo que ha señalado el Dr. Frank sobre la necesidad de abrirnos hacia otros sectores e instancias decisorias. Creo que eso está muy bien. Debemos superar el "complejo de incesto" que nos lleva a conversar solamente entre nosotros. Discutimos entre nosotros, tenemos divergencias entre nosotros, y al final todo se queda entre nosotros. Por eso creo que en esto de los grupos nacionales y en la estrategia planteada debemos tener la máxima apertura y dialogar con aquéllos que no son de nuestro grupo y, especialmente, como lo señalé antes, con las bases de sustentación.

Dr. Nájera

Como indudablemente el proceso tiene que ser dinámico, en todo momento hay que vigilar que no se quede atrapado en sí mismo debido a la falta de interés en impulsar el cambio. Debemos evitar enredarnos en comisiones, grupos, asociaciones que en definitiva no son dinámicas ni capaces de promover el cambio, porque sino ya lo habrían hecho.

Insisto en que para poder producir esa información científica se requiere de una revisión metodológica. Creo que la OPS podría impulsar y promover un grupo de expertos capaces de hacer una revisión metodológica profunda. En estos días me parece que fue el Dr. Granda quien comentó que se está poniendo en tela de juicio la validez incluso de los elementos más básicos de la epidemiología, incluido el uso del tiempo sidereal en lugar del tiempo biosocial, etc. Lo mismo para las agrupaciones de lugar, en tanto se han utilizado siempre agrupaciones administrativas o geográficas y no se ha pensado, o no se utilizan, agrupaciones verdaderamente biosociales. La validez de las inferencias que se obtienen de los estudios de mortalidad también se ha cuestionado. Es decir, yo creo que hace falta una revisión metodológica profunda que no se ha hecho desde Stalibrass para acá.

Dr. Sandoval Una observación a estos dos últimos comentarios. Yo estoy de acuerdo con que es necesario abrirse y, como lo sugirió el Dr. Omenn, contactar a otros grupos e instancias de poder. Sin embargo, creo también que por el momento la falla está en nosotros mismos; en no haber sido capaces de elaborar una propuesta que trascienda a la gente de la salud pública. Insisto en lo que dije antes: tenemos que ser capaces de seducir a otros.

Les doy un ejemplo. Supongamos que vamos a convocar a la gente del sector agrícola para pedirle su opinión sobre los problemas de la salud. Ellos nos van a responder diciendo que los trabajadores que manipulan plaguicidas y se intoxican tienen que ser diagnosticados oportunamente, con el fin de evitar cualquier lesión grave o la muerte. Lo que ellos están pidiendo son servicios de salud próximos al sitio de trabajo, para poder tratar a la gente de inmediato. Y cuando se les plantea—yo he tenido esa discusión con la gente del sector agrícola—que el elemento más importante para resolver el problema de los plaguicidas es una ducha para que la gente se dé un baño al final de la jornada y se cambie la ropa para que no se intoxique mediante la absorción cutánea del tóxico, me miran con desconfianza. Lo que ellos esperan es que se les diga que van a tener la ambulancia en tal punto y los antidotos en tal otro. Como digo, nosotros no hemos sido capaces de ofrecer algo distinto. En consecuencia, la gente de salud pública tiene que impulsar un proceso de reflexión interno para poder salir a ofrecer un producto distinto. Y cuando digo *ofrecer* me refiero a vender, seducir, conquistar, y en esa medida el producto debe ser capaz de interesar a otros.

En razón a lo anterior, desde el punto de vista concreto de las estrategias para desarrollar esa capacidad, pienso que primero se requiere un trabajo interno en el sector. Tenemos un período que se extiende hasta 1995, y podríamos plantearnos primero un trabajo a mediano plazo a nivel de las escuelas de salud pública, de las sociedades de salud pública, y de algunos individuos que se congreguen en torno al documento que de aquí salga. Posteriormente será necesario conseguir el financiamiento requerido para realizar algunos estudios específicos, con el fin de que a partir de allí se pueda ir formulando esa propuesta que será llevada a otros. Nuestra arma principal es el conocimiento. Pero el conocimiento que nosotros tenemos está deformado, alterado, desviado. Aún así, los gérmenes para su modificación están en nosotros mismos. En consecuencia, en esta cuestión del conocimiento nosotros somos prácticamente insustituibles. Y precisamente eso es lo que los otros sectores exigen de nosotros; por eso no podemos abandonarlo. Tenemos que recuperarlo, darle una dimensión específica, y ponerlo a disposición de los demás.

Dr. Terris Si no hay más puntos de discusión, sugiero que pasemos a la lectura y consideración del informe preliminar de esta consulta.

Dr. Feo Como ustedes entenderán, es imposible que este informe preliminar recoja en toda su amplitud la discusión que durante tres días mantuvo reunido a este notable grupo de especialistas de la salud pública del continente. La tarea de búsqueda de nuevos horizontes en la teoría y la práctica de la salud pública ha sido el norte de nuestras discusiones. Esta relatoría tiene el problema de que de cierta forma es estática. Por lo tanto no recoge la riqueza de las intervenciones y de las discusiones, la calidad de los aportes y de la confrontación, de los encuentros y desencuentros que se generan usualmente en un grupo de la calidad conceptual y humana que éste ha mostrado. Con todas esas limitaciones, este relato de alguna forma pretende sistematizar y resumir las discusiones y conclusiones de este grupo de consulta.

INFORME PRELIMINAR

La sesión de apertura contempló una presentación del Dr. Ferreira y un marco de referencia ofrecido por el Dr. Carlyle Guerra de Macedo. Tanto la primera como el segundo configuraron el contexto del debate que se dio entre los participantes, quienes con anterioridad habían preparado trabajos sobre el tema del desarrollo de la teoría y práctica de la salud pública, a pedido de la Organización Panamericana de la Salud*.

La situación actual

Se hizo hincapié en la imposibilidad de analizar la salud al margen de la situación concreta de cada sociedad; en ese sentido, se señalaron dos aspectos que influyen sobre las condiciones de vida y de salud de los pueblos: el incremento de los niveles de pobreza y el enorme peso de la deuda externa sobre las economías de los países de la Región.

Hubo consenso en caracterizar a la situación actual de la salud pública como crítica, si bien surgieron diferencias de opinión respecto al alcance y manifestaciones de tal crisis.

Se convino en que la salud pública, en tanto campo interdisciplinario de investigación e intervención, no puede ser evaluada separadamente de su objeto. Por el contrario, la salud pública

*Estos documentos se recogen en el volumen *La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate*, publicado por la OPS en 1992

tiene que inscribirse en el conocimiento que produce y en su capacidad de intervenir para mejorar la salud de la población. La salud pública se define por su capacidad de resolver las necesidades sociales.

La crisis actual tiene las siguientes características:

- Incapacidad de atender las necesidades sociales. Fundamentalmente, la crisis radica en la polaridad teoría-práctica, es decir, en la imposibilidad de utilizar el conocimiento producido para impactar la realidad. Un elemento que caracteriza tal polaridad es la escisión entre lo político y lo técnico. La salud pública propone soluciones técnicas a dimensiones de carácter político, sin tener las cuotas mínimas de poder para hacerlas viables. Ello conduce a un uso inadecuado de la ciencia y la tecnología. La teoría y la práctica necesitan ser repensadas.
- Insuficiencia de los modelos explicativos utilizados. Las categorías centrales de la salud pública refieren al concepto de enfermedad. Superar esto implica redefinir las categorías y el campo de conocimiento, y repensar la teoría con base en disciplinas que proporcionen modelos explicativos inspirados en las ciencias sociales y en las ciencias naturales.
- Práctica circunscrita a la atención de la enfermedad y eventualmente a su prevención. El sector salud se reduce a una red de servicios de atención médica y la salud pública a su administración. Por lo tanto, la salud pública no puede operar en los nuevos espacios de reconstrucción que la sociedad civil está abriendo en la medida en que, ante la retracción del Estado en la prestación de servicios básicos, surgen nuevas organizaciones que intentan encontrar soluciones a la enfermedad. Repensar la práctica en salud pública implica redefinir categorías básicas como sociedad, Estado, sector, población, y articular acciones para construir una barrera de contención ante la acción privatizadora en salud. Se debe propugnar por el fortalecimiento de una nueva forma de Estado basada en la democratización del poder, la participación popular, y en la incorporación de los movimientos sociales al proceso de toma de decisiones.

Esta aproximación colectiva a la situación actual de la salud pública es coherente con las contribuciones individuales que sirvieron de base a la presente consulta. Por ello, se consideró conveniente revisar, en una forma muy esquemática, los proble-

mas que habían sido priorizados por los expertos en sus trabajos.

Es conveniente anotar que todos los autores hicieron un intento por comprender la problemática de la salud pública en forma integral. Sin embargo, cada uno de ellos privilegió ciertos problemas, los cuales se analizaron con mayor profundidad y constituyeron la base fundamental desde la cual surge su teorización.

Algunos trabajos hicieron énfasis en explicar críticamente la génesis del pensamiento y práctica de la salud pública, mientras que otros abordaron los problemas ligados con la práctica actual con miras a encontrar una solución. En este segundo grupo se pueden diferenciar aquéllos que tomaron los aspectos ligados con la práctica global y sus relaciones con el quehacer particular de la salud, y los que le dieron mayor importancia a este último aspecto.

Los trabajos que se centraron en el estudio de la génesis de la salud pública focalizaron su atención en distintos elementos teórico-conceptuales. Estos variaron entre el empeño por explicar las relaciones entre las condiciones histórico-estructurales y la salud pública, pasando por el proceso de medicalización, hasta llegar a las limitaciones del paradigma dominante. En esa medida, estos artículos advierten profundos vacíos en la teoría y práctica de la salud pública. Estos vacíos se derivan de las limitaciones que le impone a la salud pública su dependencia del poder hegemónico, la medicina curativa y el pensamiento positivo-biológico.

Los trabajos que favorecieron el análisis de la práctica actual de la salud pública en su relación con los determinantes más amplios y generales de la realidad social se concentraron en explicar esta última como una cuestión de poder que busca forjar un nuevo conocimiento y una nueva práctica que estén en consonancia con las necesidades de un ejercicio democrático, conciente y participativo. Para estos expertos, los problemas fundamentales se relacionan con las posibilidades concretas de consolidar el poder necesario para llevar a cabo los cambios requeridos en el quehacer actual de la salud pública, el cual no se ajusta a las necesidades de la población.

Los expertos que privilegiaron el análisis de la salud pública como una práctica tradicionalmente reconocida encontraron los problemas fundamentales en las funciones que se desarrollan a su interior. Se destacó especialmente el aislamiento de la salud pública en tanto campo del conocimiento. Otros trabajos señalaron las dificultades existentes en la ejecución de las estrategias de atención primaria de la salud (APS), en la implementación de los sistemas locales de salud (SILOS), y en la atención al medio ambiente.

Lo anterior no constituye más que una síntesis muy apretada de las principales preocupaciones que inspiraron a los autores en

su afán por comprender los problemas ligados con la interpretación y práctica de la salud pública; aún así, con ella se delinea el amplio campo por el que circulan dichas preocupaciones. Problemas tan vastos como aquéllos relacionados con la propia constitución del paradigma vigente, o con el proceso de medicalización, o con el poder, obligan a pensar en la necesidad de elaborar propuestas de transformación o cambio de gran envergadura. Por otra parte, la focalización de los problemas al interior de la "casa de la salud pública" permite concebir que las medidas de ajuste serán menos complejas. De todas maneras, los objetos y espacios diferentes que tomaron los expertos para su trabajo analítico permitieron posteriormente reconocer las variadas relaciones y determinaciones que dibujan la intrincada trama de la salud pública actual y potencial.

Tendencias de la teoría

A pesar de los alcances de la crisis, el grupo señaló los progresos alcanzados por la salud pública tanto a nivel de las explicaciones como en la intervención en algunos campos. Sin embargo, se destacaron los fracasos en cuatro áreas centrales:

- La organización y gestión de sistemas y servicios de salud;
- el tratamiento de la dimensión política del problema, tanto a nivel de las explicaciones, como y fundamentalmente a nivel de la acción;
- en el trabajo con la población, cuando se trata de la dimensión político-social de los temas sanitarios; y
- en las relaciones con los procesos que determinan la lógica interna de la salud pública.

Con respecto a la evolución y tendencias de la teoría de la salud pública se destacaron los siguientes puntos:

- La importancia de lo ideológico en la constitución de las teorías. Esto, si bien no les quita su capacidad de guiar la acción, obliga a que el sujeto tome conscientemente una posición ideológica frente al quehacer.
- En relación con lo anterior lo político gana especial vigencia. Se considera que la generación y distribución del poder es la palanca fundamental para el cambio.
- Surgió la pregunta sobre si la salud pública dispone o no de una teoría explicativa. A pesar de las discrepancias al respecto, se reconoció la sobredeterminación de la teoría por parte de la práctica, al tiempo que hubo acuerdo en la necesidad de avanzar en la construcción de un nuevo

marco interpretativo que cobije la problemática de la salud pública y sus relaciones.

- Debido al gran peso que ha tenido el biologicismo y la medicalización en la constitución de la salud pública, es fundamental retornar a la historia para explicar la sustentación teórico-metodológica de cada una de sus bases conceptuales, con miras a restituirle al objeto de trabajo su carácter social e histórico.
- En el campo metodológico-técnico, la insuficiencia de las explicaciones se traduce en la construcción de indicadores unilaterales que dan cuenta exclusivamente de los padecimientos y la muerte.
- Uno de los determinantes del aislamiento de la salud pública ha sido su insuficiencia científico-técnica para actuar sobre los procesos que enfrenta. Su distanciamiento con las ciencias sociales y con la producción de conocimientos en ese campo está a la base de este problema. La salud pública también se ha aislado de los avances científico-técnicos en medicina. Igualmente ha dejado de lado la dimensión internacional para explicar la problemática sanitaria. Por último, la salud pública ha ignorado las concepciones y prácticas de la población en la configuración de la salud. En razón a lo antedicho, los espacios de acción de la salud pública son cada vez más limitados.
- La gente del área de la salud pública carece de elementos cognoscitivos para explicar la participación popular en salud, a pesar de que este tema tiene gran importancia en el discurso sanitario en la Región. Es necesario producir conocimientos relacionados con las formas y contenidos de la participación popular, su relación con los niveles de prestación de servicios y de decisión política, y las respuestas que puedan dársele a la población desde el Estado.

Se señaló que una de las cuestiones claves es cómo transformar los conocimientos producidos por la epidemiología en acciones de salud pública. En la discusión se sugirió que esa aplicación dependerá de la correlación de fuerzas existentes para cada caso particular, y que esa constelación de fuerzas estará determinada por los siguientes factores, entre otros:

- La fuerza de la evidencia;
- la magnitud del cambio requerido;
- la naturaleza de los beneficiarios potenciales;
- la naturaleza de los opositores potenciales, y
- la movilización y correlación de fuerzas entre opositores y beneficiarios, y la lucha política que ello genere.

Tendencias de la práctica

En consonancia con las conclusiones en torno a la necesidad de una nueva teoría, se resalta el requerimiento de una nueva práctica. Aquí surgieron dos posiciones claramente diferenciadas. La primera sostiene que el problema fundamental es *eleva*r el nivel de la práctica de la salud pública, entendida ésta como el fortalecimiento y desarrollo de las instituciones, particularmente aquéllas encargadas de formar profesionales y producir conocimientos de alto nivel científico. Esta posición reconoce la necesidad de hacer cambios profundos en la estructura social y de lograr una interacción más rica con las organizaciones sociales y comunitarias, pero insiste en que la tarea fundamental de la salud pública es fortalecerse internamente.

La segunda posición plantea que el problema fundamental de la salud pública es la direccionalidad. Sostiene esta posición que los asuntos más acuciantes no son los de la excelencia técnica ni la eficiencia administrativa, sino los de la capacidad de resolver los problemas de salud de la población, lo cual exige de profundos cambios en lo político y lo social.

Los proponentes de esta tesis plantearon que ante la existencia de tan severas desigualdades sociales, no se trata de concebir una práctica sanitaria que prolongue la existencia de un modelo injusto y agotado, sino una nueva salud pública que contribuya a la solución de los problemas fundamentales y al surgimiento de un nuevo orden social.

Se destacó la necesidad de configurar una nueva práctica que origine una nueva teoría. Los siguientes son los puntos sobre los cuales la mayoría estuvo de acuerdo:

- La práctica de la salud pública está orientada a lograr una mayor eficiencia de los servicios de atención médica, es decir, a administrar los recursos financieros y de personal para ejecutar las acciones.
- El quehacer de la salud pública, cuando se reduce al ámbito de la atención médica, deja por fuera temas como el de la salud ambiental.
- Imprimirle un nuevo contenido a la salud pública implica centrarla en los conceptos de promoción y prevención, y en la equidad de los servicios de salud.
- Uno de los retos fundamentales de la salud pública consiste en redefinir su papel de profesión desempeñada desde el punto de vista de la autoridad técnica de la administración del Estado, para situarla en el proceso de construcción del poder social.
- Para definir un espacio de práctica de la salud pública es necesario responder a la pregunta de cómo se construye el

cambio social para establecer a partir de allí las estrategias de ejecución técnica de las acciones.

- Las prácticas en salud podrán transformarse a medida que las sociedades vayan redefiniendo sus posiciones frente a la salud. En ello la salud pública puede cumplir un papel importante.
- Mientras que los procesos de descentralización apoyen y favorezcan la redistribución del poder y el saber, se producirá entonces la constitución de prácticas organizacionales alternativas en salud pública. Estas a su vez quebrarán el esquema productivista y burocratizado de la gestión en salud.
- Las prácticas de salud pública deben tener una proyección global que atienda los aspectos de la consecución de equidad y democracia, a un especial sentido de la eficacia, y al logro de los niveles más altos de eficiencia.

Cambios deseables

En coherencia con los planteamientos anteriores, se trata de impulsar la transformación del espacio actual de la salud pública. Por lo tanto es necesario evitar la consolidación de elementos que se aferran a ese espacio, y generar mecanismos que propicien el surgimiento de un nuevo espacio potencial.

Para impulsar el surgimiento de una teoría y una práctica que generen una nueva salud pública se consideran deseables los siguientes pasos:

1. Intentar producir una teoría que incorpore la salud dentro del desarrollo social y que la defina claramente como un derecho de la comunidad. Para ello debe fortalecer el papel de las ciencias sociales como base de la salud pública, teniendo en cuenta que, si bien en las ciencias biológicas hay un paradigma fuertemente definido, existen entre tanto diversas teorías de lo social y distintas formas de aproximarse a la realidad y de interpretar la relación sociedad, ambiente y salud. En ese sentido, la aproximación social a la salud pública implica necesariamente la incorporación de nuevas categorías de análisis.
2. Desarrollar y fortalecer las instituciones de formación e investigación en salud pública para que incorporen las riquezas de los cambios y avances que ofrecen los nuevos modelos explicativos con miras a su transformación. Ello requiere reformular profundamente la formación del profesional de salud pública. Se deberá hacer un énfasis especial en las ciencias sociales y en la epidemiología, fortaleciendo a la vez el trabajo epidemiológico. Aquí se hace hincapié en que el ámbito de la salud pública es la población, enten-

dida ésta no como un agregado de individuos geográficamente definidos, sino como conjuntos o grupos sociales que comparten características históricas socialmente determinadas.

En relación con las escuelas de salud pública en particular, se hicieron las siguientes sugerencias:

- Definir claramente su misión como instituciones de producción de conocimientos y formación de recursos humanos altamente capacitados para insertarse en la realidad, de modo que los profesionales formados respondan con sus conocimientos a las necesidades de la población;
- impulsar la asimilación cotidiana de la investigación a la actividad docente;
- vincularlas estrechamente a los órganos de toma de decisiones en aras de interactuar con e influir sobre los niveles políticos, entendiendo sus determinantes, las diferencias en prioridades, y evitando que se impongan las acciones mediatizadoras que ocasionalmente surgen desde ese nivel; y
- dotarlas de una perspectiva estratégica que les permita interpretar correctamente su entorno para transformarlo de acuerdo con las necesidades de salud de la población.

Estos últimos elementos se consideran fundamentales para resolver las contradicciones entre la salud pública como área del conocimiento y como ámbito de acciones político-sanitarias.

Aquí se resaltó la necesidad de fortalecer el intercambio entre los diversos países de la Región, a través de mecanismos que como la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (ALAES) pueden jugar un papel de primordial importancia en la consolidación de las iniciativas nacionales.

3. Revalorizar e impulsar la investigación. Se deberán analizar las diversas formas de producción de conocimientos y propiciar esta producción en un nivel tal que sus resultados tengan la potencialidad de impactar y contribuir a la transformación de la realidad.
4. Generar cambios profundos en las concepciones existentes en torno a la participación de la comunidad. Estos cambios deben darse en el marco de una práctica mucho más amplia, democrática y movilizadora que la producida por las concepciones tradicionales sobre participación.
5. Desarrollar una política de descentralización que dé mayor contenido y poder al nivel local, y que facilite la evolución

de sistemas de salud donde se produzca una participación real de la comunidad y se incorporen las tecnologías apropiadas para ese nivel. Ello hace necesario la racionalización del uso de tecnologías, garantizando su calidad y el acceso a los servicios.

6. Generar desde la salud pública medidas que permitan humanizar y elevar la calidad de los servicios de salud, a partir de acciones tendientes a lograr lo siguiente:
 - La transformación de la concepción que hace énfasis en los efectos o enfermedades, hacia una concepción que parta del riesgo y de las condiciones de vida de la comunidad;
 - transformar los espacios donde se ofrece atención, trasladando el centro de interés de la red de servicios del hospital a la comunidad y garantizando el acceso y la calidad de los mismos;
 - planificar no sólo con base en criterios cuantitativos sino de calidad, garantizando el equilibrio adecuado entre necesidades y demandas;
 - priorizar la promoción de la salud y las medidas de prevención a nivel de la colectividad;
 - generar una relación con la población por fuera del paternalismo y el populismo tradicionales, promoviendo una participación activa y conciente de la comunidad;
 - buscar mecanismos de generación de recursos que permitan avanzar hacia un pluralismo financiero; e
 - incluir la investigación en todos los niveles de la acción sanitaria.

Estrategias

Por *estrategias*, el grupo entiende los instrumentos que permiten el desarrollo de políticas y, para este caso concreto, las guías que orientarán la acción en la tarea de contribuir al diseño de una nueva salud pública.

Ello implica tener la capacidad para analizar la problemática de la salud en todos sus ángulos, en todas sus perspectivas y en toda su globalidad, de forma tal que se garantice la viabilidad de los cambios propuestos, permitiendo además la vinculación entre las estrategias sanitarias y las políticas generales.

El diseño de estrategias presupone un proceso de apertura que permita comprender la realidad y anticipar los cambios que puedan ocurrir, para lo cual es necesario identificar claramente los factores de poder, los actores sociales y sus formas de organización.

Se parte de la necesidad de definir estrategias para superar el espacio real, dominante, y construir el espacio potencial de la salud pública. Lo esperable es que el espacio actual, limitado e

insuficiente, atrape al pensamiento y a la acción. Por ello, el diseño de las estrategias para construir el espacio potencial y desarrollar una nueva teoría y práctica de la salud pública exigirá que se actúe sobre su espacio real para transformarlo.

Para lograrlo será necesario reformular las categorías clásicas de la epidemiología, dando mayor peso e importancia al quehacer investigativo, propiciando la búsqueda de nuevos conceptos explicativos.

La epidemiología tradicional se concentra en describir usando las categorías de tiempo, lugar y persona. Será necesario reformularlas para concebir al tiempo como proceso histórico, al lugar no sólo como geografía sino como espacio social, y a la persona no sólo como edad y/o sexo, sino como ser humano en sus relaciones con la familia, con el grupo social y con la cultura.

Además, será necesario darle al tiempo, como historia, la posibilidad de conectar el pasado con el presente y el futuro, analizando el pasado para comprender el presente y plantear propuestas transformadoras y de acción social en la búsqueda de un futuro profundamente más humano.

Diseñar estrategias transformadoras, implica comprender cabalmente el problema del poder en sus diversas dimensiones, (política, administrativa y técnica), como instrumento indispensable para construir esa propuesta humanizante.

Se reconoció que es menester propugnar por un poder que se configure de "abajo hacia arriba", esto es, desde la sociedad civil hasta los niveles políticos y desde lo local hasta lo nacional. La salud pública se sitúa en este proceso para promover la incorporación de las nuevas formas organizativas de la sociedad civil en los procesos de toma de decisiones en salud, y la conquista de una forma de Estado democrático, participativo y no privatizador. Esta propuesta se diferencia claramente de la asociación estructural con prácticas burocratizadas, como ha sido el caso de la salud pública en América Latina.

Se consideró importante promover la articulación del saber popular—las prácticas no formales y las tecnologías culturales—al proceso de construcción de un nuevo modelo social de prácticas de salud. Como correlato de ésto en el plano del saber se ve como necesario desarrollar enfoques teórico-metodológicos que den cuenta de los desafíos que plantea esa modalidad.

Un problema clave es definir cómo pasar del individuo y la intervención individual—que prevalecen en el enfoque dominante—hacia la población y la comunidad, propiciando un cambio que favorezca las perspectivas de promoción y prevención a nivel de la colectividad.

Además de las formulaciones anteriores, de carácter más general, se recomendó para el diseño de estrategias tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- Cerrar la brecha entre la teoría y la práctica, entre la explicación y la acción, ya que hasta ahora ha habido una cierta incapacidad para la intervención sobre la realidad;
- generar la capacidad para comunicarse con los muy diversos interlocutores que participan en el campo de la salud pública;
- propiciar la movilización conciente de la población hacia la búsqueda de objetivos específicos que respondan a sus problemas concretos;
- desarrollar la propuesta de creación de Sistemas Locales de Salud, insistiendo en su carácter democratizador, y propiciando la activa participación y fortalecimiento de las organizaciones populares;
- contribuir a la construcción de alianzas y movimientos amplios que participen activamente en la definición de las políticas y prioridades en salud pública;
- priorizar vías que promuevan el fortalecimiento de las instituciones de salud pública en la nueva dirección propuesta; y
- entender a la investigación como un elemento clave del diseño de las estrategias. Para ello será necesario fortalecerla, haciendo que deje de ser una actividad aislada y de individuos para pasar a ser una actividad con pleno respaldo institucional. Esto tratando de evitar que esa "institucionalización" de la investigación no la convierta en una actividad elitista y desvinculada de la realidad. Para ello se plantea la necesidad de una investigación participativa, en donde los principios de democratización del conocimiento estén permanentemente presentes.

Para finalizar, y en sintonía con los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud, los participantes estuvieron de acuerdo en que el diseño de estrategias para crear una nueva salud pública, además de los elementos de orden técnico-metodológicos descritos, requiere de un esfuerzo significativo que permita conquistar la voluntad política y haga factible el desarrollo de políticas y acciones coherentes en la promoción y protección de la salud y el ambiente de nuestros pueblos.

La síntesis que se acaba de presentar tiene un carácter absolutamente preliminar y estará sujeta a todos los cambios que la discusión al respecto genere.

Dr. Ferreira

Si bien a primera vista el informe que acabamos de escuchar trata de generalidades, también alcanza puntos de gran importancia y profundidad en lo que puede significar el cambio en el contexto de la salud pública y en la búsqueda de la salud pública

del futuro. Desde luego está en un plano más conceptual, lo que en cierta forma estaba previsto. En la búsqueda de una nueva salud pública, precisamente lo que hace falta es una profundización en el análisis conceptual, y obviamente una síntesis como la que se acaba de presentar no puede consignar el problema en toda su complejidad. Sin embargo, a mi modo de ver quedan señalados allí algunos elementos claves a manera de marco referencial para el tipo de cambio que se está buscando.

Lo que tenemos en las cintas es de una riqueza tremenda comparado con el resumen preliminar, y por supuesto todo eso será tomado en cuenta. Es decir, el trabajo no termina aquí. Cuando mucho podríamos decir que aquí termina el primer acto de un proceso. Recolectaremos las contribuciones hechas por los participantes en toda su amplitud, de manera que puedan constituir realmente el documento global de promoción de estas ideas para darle curso a las propuestas que ustedes han hecho.

Digo esto porque creo que tenemos que mirar el informe como lo que es, a saber, un sumario inicial de las discusiones, y no como la última palabra de lo que aquí se ha debatido. Lo que sí señala a mi modo de ver, y creo que algunos concuerdan conmigo, son algunos de los puntos esenciales que surgieron durante la consulta. Quizás podríamos centrar la discusión en estos elementos.

Dr. Sandoval Quisiera hacer una sugerencia respecto al procedimiento, en el sentido de considerar este informe en sus distintas partes. Pienso que podríamos abordar el contenido del documento por sesiones y sus respectivos temas, con el objeto de ver cuál es nuestra visión del informe en sus debilidades y fortalezas.

Dr. Terris El moderador quisiera declararse en contra de la sugerencia anterior. Creo que deberíamos primero escuchar las reacciones sobre el informe en su totalidad, en vez de quedarnos atrapados en puntos específicos. Hablando con algunos de los participantes, me he dado cuenta de que el informe en general ha despertado reacciones muy críticas. Y tengo que decirles que yo soy uno de los críticos, si bien como moderador voy a tener que esperar para poder expresar mis opiniones.

Insisto en que deberíamos considerar el informe en su totalidad. Permitanme decirles algo. Hasta ahora hemos sido muy francos los unos con los otros. Hemos hablado en forma abierta y sincera, y espero que continuemos haciéndolo. Propongo que digamos lo que pensamos, porque en realidad todos queremos que de aquí salga algo bueno y útil. Se escuchan entonces reacciones generales al informe.

Dr. Badgley Al igual que el Dr. Ferreira, felicito a quienes han preparado el resumen. Es una tarea muy difícil trabajar en medio de una tormenta de ideas para poder capturar algunas. Coincido también con el Dr. Ferreira en que predomina en el informe un lenguaje telegráfico. Las ideas aparecen expresadas en una versión reducida, críptica. Es por eso que no captura toda la riqueza de nuestros comentarios. Creo que necesitamos incorporar de manera más detallada los puntos que surgieron en cada una de las sesiones de la consulta. Si la intención es mostrar el dinamismo, el sentido de urgencia que predominó en las discusiones, eso se refleja sólo parcialmente en lo que acabamos de escuchar.

Un segundo punto que necesitamos enfatizar es que, si queremos llegar en forma efectiva a grupos más amplios, tenemos que hacerlo en una forma más afinada, más coherente y más persuasiva. Porque lo que nos van a preguntar es qué tiene de novedoso lo que estamos diciendo. Por eso es que tenemos que destacar con mucha claridad cuáles son los ángulos nuevos a los que nos estamos tratando de acercar.

Antes de ver este informe preliminar, yo había sugerido que quizás se necesitaría una etapa intermedia. Me reafirmo en mi posición. Creo que a estas alturas sería prematuro mandar el documento para que sea discutido más ampliamente.

Dr. Tejada Yo quisiera no solamente felicitar a los relatores que han preparado este primer borrador de informe, sino también identificarme con ellos. Me ha tocado varias veces estar secretariando y tratando de hacer informes, y sé las inmensas dificultades que ello conlleva, sobre todo cuando todavía no ha bajado el calor de la reunión. Es obvio que cada participante quiera que el informe refleje la totalidad de lo que ha dicho. Pero por lo general estos informes en su versión inicial tienen que ser muy generales.

Estoy enteramente de acuerdo con la sabia propuesta del Dr. Terris. Es muy difícil, y sería hasta peligroso caer en la discusión de los detalles mediante la identificación de carencias y/o inexactitudes. Es mejor hacer una apreciación general sobre la totalidad del informe. Y yo voy a tratar de hacerlo, advirtiendo que se debe considerar como una primera reacción nuestra a la forma, al tono, a la manera, y al estilo en que el informe se ha realizado. Nuestras sugerencias van dirigidas entonces a los relatores del Secretariado, para que ellos las tomen en cuenta y las incorporen.

Es natural que cuando todavía estamos en plena reunión y no ha habido tiempo suficiente para procesar lo que aquí se ha discutido, el informe no represente el balance de los tiempos, de los contenidos y de las contribuciones individuales. Mi primera observación es que los primeros temas están más desarrollados que los últimos, lo cual es natural. Esto tiene que balancearse. En la medida en que los relatores tengan acceso a las cintas,

podrán entonces retratar con mayor fidelidad las contribuciones y su sentido específico, y darle la ponderación necesaria a cada uno de los puntos.

En segundo lugar, yo sugeriría que tuvieran cuidado en considerar todos aquellos puntos que han sido de consenso—o que han estado dentro de los límites del consenso—, porque creo que eso es lo que representa la opinión del grupo. Sin embargo, hay que hacer notar con claridad las opiniones personales sobre las cuales no necesariamente ha existido consenso o que han sido rebatidas por otros, sin que necesariamente se prejuzgue su validez. Sugiero entonces que el informe sintetice cada sesión en dos partes, para que en la primera de ellas se coloquen todos los puntos de consenso, y en la segunda las opiniones personales de los participantes que permanecieron como tales.

Una tercera recomendación es que este documento, una vez haya sido reelaborado, pueda tener utilidad en términos de difundir la estrategia que estamos proponiendo, y/o como uno de los puntos de partida para los debates y reflexiones nacionales que aquí se han recomendado. Y como se ha dicho que en estos debates participarán personas de sectores diferentes al de la salud pública que no necesariamente están familiarizados con nuestra propia jerga, propongo que los conceptos que aparecen aquí en forma un tanto críptica se expliquen de una manera más directa y simple para que todos aquellos interesados en estos temas, y no sólo los especialistas, los puedan entender y apreciar.

Dr. Omenn

Creo que el documento de síntesis cubre muy bien los aspectos generales. También pienso que todos los participantes hicieron un esfuerzo sustancial en los trabajos que se han presentado, y que en ellos aparecen desarrollados en más detalle algunos de los puntos que aparecerán en la transcripción de las discusiones. Así que la riqueza del material disponible en esos trabajos no se debe perder. Obviamente que se hizo un esfuerzo por citar esos temas generales en el informe preliminar, y ese es un buen comienzo. Sin embargo, si queremos centrarnos en los cambios deseables y sus correspondientes estrategias de implementación, como lo ha sugerido varias veces el Dr. Ferreira, creo que será necesario desarrollar el informe de manera significativa.

Dr. Nájera

Después de la intervención del Dr. Tejada queda poco que decir. Creo que en esencia él ha abarcado las ideas que probablemente más de uno de nosotros tenía sobre el tema. Desde luego me quiero unir a las felicitaciones por el enorme esfuerzo realizado por los relatores, el cual nos ha permitido tener estas primeras páginas para poder trabajar sobre ellas. El Dr. Tejada hablaba de utilidad y yo creo que eso es lo fundamental. A mí me gustaría que se estableciera la utilidad para qué o para quién.

Pienso que la utilidad en este momento no es tanto para el proceso en sí, sino para quienes lo están llevando a cabo. Así pues, lo más importante es que el informe le sea útil al Secretariado, es decir, a aquéllos que están impulsando esta iniciativa para que puedan seguir haciéndolo. Tiene que haber un balance entre las necesidades de la OPS y nuestros deseos de lo que quisiéramos que fuera el informe para que tuviera vida independiente.

Me parece que se le podría dar un voto de confianza al Secretariado, no sólo a los relatores, para que perfile, estudie y analice junto con el contenido de las cintas todo aquello que pueda incluirse en el documento con esa finalidad. Una vez exista una versión más acabada, podrían enviársela a los participantes para que hicieran aportes individuales, si es que ésto se acepta como una posibilidad, con el fin de enriquecer ese informe.

Dr. Ferreira

El Dr. Omenn tocó un punto que me parece muy importante, y sobre el cual nosotros llamamos la atención repetidamente en reuniones internas del Secretariado para cuidar que no ocurriera. Se trata de entender que la discusión que aquí se ha desarrollado no es todo el proceso. El proceso empezó con la preparación de una serie de trabajos escritos y evolucionó en este debate. Por eso queremos que ésto se refleje en su integridad. Ustedes recordarán que en la primera parte de la consulta el grupo de relatores elaboró dos presentaciones bastante extensas que fueron consignadas en los cuadros sinópticos donde se analizaba justamente el contenido de sus trabajos. Estoy seguro de que cuando estos cuadros se incorporen al informe con su narrativa correspondiente, vamos a tener una visión mucho más completa de los trabajos que cada uno preparó.

Dr. Sandoval

Continuando en la vena de lo que proponía el Dr. Nájera, sería necesario establecer para quién es este informe y cuál es el uso que se va a hacer de él. Si lo asumimos como un elemento que va a formar parte, a alimentar discusiones posteriores, evidentemente necesita una determinada estructura. Si pensamos que le va a ser útil al Secretariado para diseñar un programa, un plan de trabajo hasta 1995, probablemente requerirá una estructura distinta.

Desde mi punto de vista, este es un informe para quienes hemos participado en la consulta; o sea que nadie que no haya estado en esta reunión podría entenderlo. En consecuencia, no es un informe para ser difundido, y yo creo que eso limitaría mucho su utilización. Es necesario entonces incorporarle una serie de elementos que lo conviertan en algo útil para otras personas y no únicamente para el pequeño grupo de iniciados que ha participado en su discusión. En concordancia con las sugerencias hechas por el Dr. Ferreira y el Dr. Tejada, en el sentido

de confiarle el trabajo al Secretariado, sugiero, por una parte, que se extraiga lo más significativo de los trabajos individuales, con sus correspondientes cuestionamientos y respuestas; en segundo lugar, que se dé cuenta de la discusiones que aquí se tuvieron, y tercero, que se propongan las conclusiones que se puedan desprender del debate. Todo ésto bajo la premisa de que es necesario rescatar y retratar todo el proceso, de manera que el documento final le sea beneficioso a otros y no solamente a los presentes.

Dr. Briccño El informe que la relatoría nos presenta refleja bastante bien la discusión de estos días. Y creo que lograron representarla bien al generalizar y abstraer. Ahora, hay una cierta utilización temática, una cierta construcción que necesariamente siempre es individual y tiene una perspectiva propia. Es imposible abstraer y generalizar de una manera neutral; siempre se imprime la marca de quien abstrae. No hay manera de hacerlo de otra forma. En ese proceso de interpretar lo discutido acá, estoy de acuerdo con el Dr. Sandoval en que refleja solamente eso y que tendría que añadirse toda esa primera parte, e incluso los resúmenes que los relatores presentaron en el cuadro sinóptico. Creo además que sí debería tenerse en cuenta el factor utilidad y coincido en que sería muy bueno que el informe pudiera salir más allá de nosotros y del Secretariado para ayudar a iniciar la polémica en los países, en las escuelas de salud pública, en los Ministerios. Es por eso que tanto el manejo que se le dé al lenguaje como a la perspectiva teórica deberán facilitar el proceso de difusión.

En ese sentido me parece que se deben enfatizar los acuerdos que aquí surgieron y sus consecuencias. Pero pienso que también sería muy útil que se establecieran y se desarrollaran más los desacuerdos, o sea, que se plantearan los argumentos de cada cual, porque eso ayudará a clarificar y facilitará mucho las discusiones subsiguientes. Si se logra identificar con nitidez cuáles son las diversas perspectivas, será más fácil avanzar.

Dr. Paim Mi intervención es para felicitar a los relatores por el trabajo y por el gran esfuerzo que han hecho. Yo estoy enteramente de acuerdo con todas las sugerencias que hizo anteriormente el Dr. Tejada.

Dra. Spinola Una vez incorporadas las sugerencias presentadas para mejorar el informe preliminar, se deben concentrar los esfuerzos en su divulgación y no sólo, como ya se advirtió, entre aquellas organizaciones e individuos directamente ligados al campo de la salud pública. Yo tendría mucho gusto en asegurarme que este documento sea objeto de debate en las escuelas y en las asociaciones de salud pública.

Dr. Terris Creo que le hemos dado a los relatores una tarea muy difícil, casi imposible. Se trataba de condensar los comentarios hechos aquí, a veces de manera muy acalorada, y hacer de ello una sinopsis, lo cual lograron con cierto éxito. No con éxito completo, porque al preparar la síntesis perdieron todo el sabor de la controversia. Sin embargo, no los podemos criticar por eso, en tanto su tarea consistía en hacer un informe preliminar.

Conuerdo con varios de ustedes en que necesitamos un tipo de informe diferente. Uno que capture la riqueza de los comentarios, para que cuando sea leído en las escuelas de salud pública, la gente diga: "¡Dios mío, todos estos oráculos están en desacuerdo! Así que a lo mejor nosotros también podemos discutir y rebatir sus argumentos. Si no se trata de las leyes del Olimpo". Por eso insisto en que el sentido y el tono de esta reunión deben hacerse evidentes en el informe final, para que la gente lo lea.

La verdad es que existe un precedente. Ustedes todos conocen el libro *El desafío de la epidemiología*. Este volumen recoge todos los trabajos que han hecho época en ese campo del conocimiento. Y los tomamos uno por uno y los criticamos. Decidimos entonces que le haríamos una pequeña introducción a cada capítulo. Sin embargo, el Dr. Ferreira nos traicionó porque ellos tenían las grabaciones. Así que decidieron incluir todos los alegatos y discusiones acaloradas que tuvieron lugar alrededor de cada sección del libro.

Inicialmente yo pensé que estaban locos. Pero finalmente llegamos a un acuerdo, y nos permitieron eliminar lo peor. Yo quité la parte donde Carol Buck me decía: "¡deje de interrumpir, Terris!" ¿Se acuerdan? Y estoy convencido de que el libro se convirtió en un *bestseller* no sólo porque los artículos constituían una buena colección, sino porque la gente se interesó en las discusiones y en los argumentos.

Por eso quisiera sugerir que se incorporaran a este informe los materiales básicos. Va a ser un libro de distribución masiva, no para el Secretariado. Si queremos que la gente lo lea, incluimos los materiales básicos y, como lo dijo el Dr. Tejada, hagamos énfasis en las áreas de acuerdo y de desacuerdo, así como en los puntos de consenso; pero no en un resumen de declaraciones emitidas por gente sin nombre.

¿Saben lo que le falta a este informe? Le falta vida. No tiene ilustraciones concretas, no incluye las experiencias. Creo, por ejemplo, que las experiencias descritas por los doctores Sandoval y Tejada fueron muy importantes porque "le pusieron sustancia al hueso", como decimos en inglés. Tampoco debemos vacilar en incluir las propuestas específicas que aquí se han hecho. Pienso, por ejemplo, que el énfasis que hizo el Dr. Omenn en los objetivos de salud para la nación debería reportarse como tal.

Muchos de ustedes también hicieron sugerencias muy concretas que deben aparecer en el informe en sus propias palabras, y no en las de un editor que diga "Hubo un acuerdo general sobre esto y lo de más allá". Y creo que este es el tipo de informe que la gente va a leer. ¿Qué creen ustedes?

Dr. Badgley Estoy de acuerdo en que al documento le hace falta vida. Pero no sé cuánto trabajo va a requerir adecuarlo a la medida. Porque muchos de nosotros no hablamos tan claramente como debiéramos, y habría que añadir oraciones, mejorar el lenguaje, pulirlo.

Dr. Terris Va a requerir de mucho trabajo por parte del Secretariado, del comité y de nosotros mismos, con el fin de obtener un producto acabado. En realidad me parece que es un trabajo artístico convertir estos materiales en un libro interesante y valioso. Y creo que es posible lograrlo.

Dr. Nájera Estoy de acuerdo con lo propuesto por el Dr. Terris. Quisiera insistir, eso sí, en que es necesario que se limpie un tanto lo que aquí se ha dicho, pero sin esterilizarlo.

Dr. Ferreira El libro al que se refería el Dr. Terris fue en realidad el precursor de este proceso, porque con él aprendimos mucho; incluso a validar este tipo de debate y a divulgarlo ampliamente. Al mismo tiempo debo insistir en que, en un informe tan corto y hecho tan rápidamente como el que aquí se ha presentado, sería difícil alcanzar el nivel de "vida" a que ustedes han hecho referencia. Pero los elementos están ahí. Las discusiones grabadas van a permitir que se logre recomponer todo el sentido del debate para que, como decía el Dr. Tejada, pueda llegarle a todos.

Lo que sí es importante tomar en cuenta es el momentum que se está generando en cierta forma con esta reunión, el cual no se debe perder. Cuanto más rápido logremos difundirlo de manera amplia en la Región, mejor. Y creo que se debería divulgar no sólo en América Latina y el Caribe, sino también en los Estados Unidos de América y en Canadá.

CLAUSURA

Moderador:
Dr. Gilbert Omenn

Dr. Omenn

La preparación de esta reunión y las intensas discusiones que aquí se han sostenido han sido francamente admirables. Quiero expresar mi complacencia de poder estar aquí con todos ustedes, y hacer unos comentarios en representación de la Asociación de Escuelas de Salud Pública de los Estados Unidos. Primero que todo quisiera decir, a nombre propio y en el de mis colegas, que es necesario que nos acerquemos a estas actividades de cooperación internacional con mayor humildad. Es una vergüenza que no podamos hablar el idioma de la mayoría, y les agradecemos que se hayan tomado las molestias del caso para superar nuestras deficiencias. Sabemos que la población de los Estados Unidos no constituye la mayoría en el hemisferio. Por eso nos hemos empeñado en que nuestros estudiantes aprendan a dominar alguno de los idiomas más comunes en esta sociedad global, entre los cuales el español ocupa un lugar privilegiado.

En segundo lugar quiero decir que no nos enorgullecemos del estado de la salud de muchos ciudadanos y residentes de los Estados Unidos. Compartimos hasta cierto punto varios de los problemas y desafíos más graves que confrontan otros países del hemisferio. Por ejemplo, en los objetivos nacionales de salud a los que me he referido en varias oportunidades, se ha hecho un esfuerzo específico dentro de las metas generales por mejorar los indicadores de salud más vergonzosos, especialmente entre los grupos más vulnerables y susceptibles de la población. Esto se ha hecho con el propósito de que los indicadores que reflejan el estado de salud de estos grupos no queden sumergidos en los agregados estadísticos a nivel nacional.

Cuando hablamos de enfrentar los problemas de salud pública a nivel local, es evidente para los funcionarios del sector y para los responsables del gobierno municipal y de los departamentos de salud de municipios y condados, así como de las áreas rurales, que existen subgrupos de población claramente definidos por nivel de ingreso, raza, y a veces por ocupación, cuyas necesidades son mucho mayores. Para tales subgrupos los mensajes en inglés son inútiles; con ellos se requiere un tipo de interacción diferente. Con respecto a la participación comunitaria, una cosa es hacer que la clase media, los sindicatos y otros sectores organizados de la sociedad participen en iniciativas comunitarias, y otra muy distinta es lograr lo mismo de personas minusválidas, ancianos, o individuos cuya lengua materna no es el inglés. Su idioma nativo puede ser uno de los 12 o más que se hablan en los Estados Unidos, y de los cuales el más común es el español. En el oeste tenemos por ejemplo muchos asiáticos que se han venido a este país huyendo de circunstancias muy difíciles en el este y suroeste de Asia. Y tenemos un número creciente de Centroamericanos y personas de otras partes del mundo que son

refugiados políticos y/o económicos, y que se vienen en busca de una vida mejor.

No dudo que muchos otros países hayan recibido el mismo tipo de corrientes migratorias, un asunto que verdaderamente requiere especial atención. Creo que en los Estados Unidos los cambios demográficos de las próximas décadas van a estar determinados por la inmigración. En 1990 se produjeron modificaciones significativas en nuestra política al respecto, sobre todo en lo que se refiere a los denominados extranjeros no registrados, es decir, aquéllos que no tienen permiso legal para residir aquí. Por lo general estas personas se convierten en dependientes de nuestros sistemas de salud pública y cuidado médico, aumentando así las deficiencias y carencias existentes. No están asegurados por nuestro sistema privado de atención médica, ni tampoco por el sistema gubernamental. Se convierten en los olvidados, en razón a la manera como operan nuestros servicios, a lo cual se añaden la barrera del idioma, los bajos ingresos y las dificultades legales.

También tenemos muchas deficiencias para tratar de responder a las necesidades de la gente a nivel comunitario. Y me doy cuenta por los trabajos presentados aquí, y por mis viajes a otros países, que el modelo que predomina aún es el de proporcionarle atención médica e intervenciones de carácter preventivo a aquéllos que están lo suficientemente preparados y bien informados como para pedirlos. Concebir estrategias que realmente cubran a las personas que más necesitan el cuidado, los servicios preventivos y las medidas de protección de la salud es uno de los desafíos más importantes que tenemos, si bien muy probablemente será descuidado por el establecimiento médico y es de limitado interés para los políticos. Sin embargo, alcanzar a los más necesitados es un asunto de conciencia y moral, así como de obligación profesional para la salud pública.

Se han producido muchas críticas con respecto a la salud pública académica de los Estados Unidos, y aún por parte de algunos de nuestros líderes anteriores, quienes participaron en la elaboración del informe del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias titulado *El futuro de la salud pública*. El informe no trataba de la salud pública académica. Trataba sobre los servicios públicos de salud. Sin embargo, incluyó algunos comentarios gratuitos sobre un cierto aislamiento o desconexión de algunas escuelas de salud pública con respecto a la práctica. Igualmente se está hablando de conducir otro estudio sobre la formación académica para carreras en salud pública. Y están ocurriendo tantos cambios positivos en las escuelas de salud pública de todo el país que es necesario escoger el momento apropiado para realizar y lanzar un estudio de esa naturaleza, de manera que no vaya a estar

desactualizado cuando se publique. Pero es verdad que se está haciendo un esfuerzo, por lo menos en mi escuela (la Universidad de Washington en Seattle), en Tulane y en varias otras del país, para que nuestros estudiantes—como alumnos y luego como exalumnos—y nuestros profesores y catedráticos se vinculen mucho más a nuestros colegas que ejercen en el área de la salud pública.

Y quiero decir una cosa más sobre este particular, como lo expresé claramente en una serie de reuniones que tuvimos en Seattle. Mis colegas y yo tenemos un respeto muy grande por aquéllos que luchan para sacar adelante programas reales de salud pública, aún con todos los obstáculos y desafíos que hemos venido discutiendo aquí. Por eso creo que no sería respetuoso ni apropiado proponer que nuestros estudiantes o nuestros profesores se involucren en esas actividades como si estuvieran preparados para adoptar los roles profesionales de otros, o que traten de hacer lo que otros se han preparado para ejecutar con propiedad después de años y años de experiencia. En el mismo sentido creo que no es saludable que comentaristas ajenos al campo sugieran que los académicos deben comenzar a comportarse de un momento a otro como si fueran funcionarios de salud. Existen imperativos de supervivencia en la vida académica. Hay roles que le son propios a la vida universitaria, y que conducen a la producción de conocimientos nuevos. Estos son complementarios, más no idénticos, a los de aquéllos que ejercen la práctica de la salud pública. Por eso creo que unos y otros debemos tratar de entender mejor nuestros roles, obstáculos y oportunidades.

Dicho ésto, también creo que hay un papel especial que le puede corresponder a un grupo relativamente reducido de personas, quienes están en la capacidad de establecer el puente entre la academia y la práctica; gente que ha trabajado por un tiempo en el gobierno, en organizaciones no gubernamentales o en otras entidades, que tiene una experiencia sustancial y las cualificaciones apropiadas para irse a trabajar en la academia por un período, o viceversa. Menos son aún los que pueden llevar a cabo las dos actividades simultáneamente. Uno de ellos, sin embargo, es un colega mío, el profesor de epidemiología James Gale. Se trata de un académico establecido, quien además ha sido consejero de los departamentos de salud local, estatal y federal, sobre todo en asuntos donde ha sido necesario tomar decisiones sobre análisis epidemiológicos.

Como parte de un esfuerzo nuevo de establecer vínculos más fuertes entre nuestra escuela y la práctica profesional, el profesor Gale trabaja un día a la semana como empleado de un condado que tuvo una dificultad enorme en conseguir un funcionario de salud que fuera médico. Se trata de un condado rural que queda

a unas dos horas al este de Seattle, atravesando unas montañas. Su esfuerzo es una muestra de nuestro compromiso por construir los puentes a los que me he referido. Y ahora, durante el segundo año de este esfuerzo, al profesor Gale lo acompaña uno de nuestros residentes de medicina preventiva como practicante.

Les cuento ésto porque es algo que exige un compromiso muy personal. Y lo cierto es que ahora tenemos pedidos similares de lugares aún más distantes, lo cual complica el panorama. Llevamos ya mucho tiempo trabajando con los departamentos de salud de nuestros condados. Y tenemos programas cada vez más amplios que han aumentado año por año durante la última década, desde que soy decano de la facultad. Tenemos un cierto número de gente que ha sido contratada conjuntamente por el departamento de salud y la escuela de salud pública. Y estamos buscando los mecanismos externos que nos permitan financiar más actividades de este tipo, porque el estado no las financia.

El 75% de nuestra escuela se financia con fondos para la investigación por los cuales tenemos que entrar a competir. No es así para muchas otras escuelas de salud pública del país, las cuales cuentan con apoyo financiero sustancial de la legislatura del estado. Pero la nuestra está localizada en un estado pequeño con cuatro millones y medio de habitantes. Tenemos una de las universidades más prestigiosas del país, si se la mide en términos de los fondos que obtiene compitiendo por financiación para la investigación. Ocupamos el tercer lugar a nivel nacional, después de Johns Hopkins y el Instituto de Tecnología de Massachusetts (MIT), y adelante de Stanford, Harvard, Berkeley y todas las demás que compiten por fondos para la investigación.

Como se imaginarán, no es un lugar donde la gente se dedique a hacer estudios casuales, a recoger datos y a ser parte del cuerpo docente. Allí los estándares son muy altos. Somos una escuela de formación profesional que a la vez cuenta con un programa para la formación académica. Esto quiere decir que damos capacitación para los que quieran dedicarse a la práctica de la salud pública y para quienes quieran seguir una carrera en la academia. Tenemos docentes practicantes, así como profesores adjuntos y afiliados que están muy vinculados con nuestros programas profesionales de administración en salud, salud ambiental y ocupacional, salud materno-infantil y medicina comunitaria.

En este punto quisiera hacer énfasis en la conexión entre todas estas áreas y las ciencias de laboratorio. En este foro no se discutió mucho el tópico, pero el trabajo de laboratorio es una función importante de los departamentos de salud estatales y locales. Es importante para los departamentos ambientales, para las unidades de salud y seguridad ocupacional, así como para el

control de las enfermedades infecciosas. Estas son algunas de las áreas donde las capacidades que se tengan en el laboratorio pueden contribuir a mejorar la calidad de los esfuerzos conducidos por las agencias de salud locales, estatales y nacionales. El laboratorio es un campo que se presta para conducir labores conjuntas en materia de instrumentación, control de calidad y capacitación. Todos estos son campos de la práctica. La mayoría de nuestros estudiantes que se capacita en las áreas de salud ambiental y ocupacional termina trabajando en los sectores públicos, por fuera de la universidad.

Aquí hemos hablado de la segunda revolución epidemiológica, pero la verdad es que todavía hay muchísima gente que está en la primera condición epidemiológica. Desafortunadamente la epidemia del VIH-SIDA nos ha recordado que no podemos ser complacientes con los riesgos de infección. De hecho, hay muchas enfermedades comunes sobre cuyas causas sabemos mucho menos de lo que pensamos. Mis colegas, los doctores Tom Graystone, San-Pin Wang y C. C. Kuo han sido internacionalmente aclamados por su trabajo sobre la clamidia. Todos sabemos que las diversas clases de clamidia causan tracoma y enfermedades de transmisión sexual. Pero en los últimos años ellos descubrieron otra especie de clamidia que causa neumonía. Casos se han presentado en los Estados Unidos, en Finlandia, en Taiwan, en Sudamérica y en otros países y regiones del mundo.

La mayoría de los médicos y el público en general piensan que lo sabemos todo sobre la neumonía, cuando de hecho hay por lo menos entre un 30% y un 50% de las neumonías clínicas para las cuales no hay diagnóstico etiológico microbiológico. De ese 30% a 50%, un 10% se le atribuye a la clamidia. Y se puede diagnosticar, se puede tratar, y no es costoso hacerlo. Así que hay muchas otras cosas para hacer en el laboratorio que tienen una aplicación práctica muy amplia. Por eso insisto en que el laboratorio es un vínculo entre la academia, la salud pública y otras entidades orientadas hacia la salud.

Para concluir, quiero reiterar que uno de los grandes retos que tenemos frente a nosotros es el de cambiar el equilibrio entre la prevención y el tratamiento, entre la salud pública y la atención médica, o lo que algunos de ustedes han llamado la hegemonía médica y la medicalización de la salud pública. Creo que nuestras relaciones con los colegas médicos quizás puedan encontrar algún equilibrio si las construimos paralelamente con las que involucren a científicos sociales, a los encargados de tomar decisiones en materia de política social, a los economistas, a los ambientalistas y otros, para ponerlas al servicio de lo que algunos de ustedes han llamado políticas públicas saludables.

Con esta introducción, permítanme invitar al Dr. Ferreira a hacer sus comentarios.

Dr. Ferreira

En realidad, resta muy poco que agregar a lo dicho aquí en estos días. Quiero aprovechar estos minutos finales para indicar nuestra plena satisfacción con la reunión, la cual ha superado nuestras expectativas. Cuando empezamos a desarrollar esta iniciativa, no podíamos estimar con precisión a qué nivel podíamos llegar. Por eso reitero que en este punto la consulta nos ha dejado enteramente satisfechos.

En estos comentarios finales quiero centrarme en tres aspectos muy generales. En primer lugar desearía volver al punto que señalé cuando se inició este evento, en referencia al surgimiento de la salud pública en nuestro medio; en segundo lugar haré un comentario sobre el ámbito de esta iniciativa, y en tercer lugar me referiré al seguimiento que pensamos darle a este esfuerzo, de acuerdo con los comentarios y propuestas que ustedes han hecho.

En relación al primer componente, ustedes se acordarán del comentario que yo hacía en mi introducción cuando analizaba la evolución de la enseñanza de la salud pública en nuestro medio, fundamentalmente en los Estados Unidos. Y me refería al libro de Elizabeth Fee, *Disease and Discovery*, señalando que si en la selección que hubo que hacer entre Harvard, Columbia y Hopkins—la cual estuvo a cargo de Flexner y favoreció a Hopkins—hubieran salido triunfantes cualquiera de las otras dos, la salud pública de hoy sería distinta. Después de esta consulta tendría que reformular ese comentario y decir que lo que le faltó a Flexner fue la visión suficiente para invitar a Rosenau, a Seligman y a Welsh para trabajar conjuntamente y formular el modelo de la salud pública.

El segundo comentario se refiere al ámbito de esta reunión, es decir, a cómo configuramos el esfuerzo de esta iniciativa. Si se mira la participación de las personas involucradas—fundamentalmente los once que fueron invitados a preparar los trabajos escritos—y el mismo contexto de la reunión, da la sensación de que se impone el habla hispana en el grupo. Esto podría llevarnos a pensar que se trató de una reunión predominantemente latinoamericana que contó con el apoyo de nuestros colegas de Norteamérica. Sin embargo, si miramos la nacionalidad de los participantes, es evidente que los once miembros del grupo provienen cada uno de un país de América, y que sólo los Estados Unidos estuvo representado por tres miembros. Con eso el Secretariado quiere demostrar realmente la importancia que le damos a que esta sea una iniciativa de ámbito continental, y seguimos queriendo que así continúe.

El tercer elemento concierne al asunto del seguimiento. Pensando en voz alta, voy a intentar sistematizar este aspecto

que, como se dijo anteriormente, faltó en el informe preliminar pero que se enriqueció significativamente con sus comentarios. En este intento de sistematización, tomando las diversas sugerencias y con el mismo juego de espacios y niveles con que se discutió y trabajó, yo me estaba imaginando una matriz todavía muy preliminar, una matriz que de un lado tome los espacios geográficos (país, subregión y región), y del otro tome los niveles de análisis, o de intervención que yo llamaría político-estratégicos.

En cuanto al análisis, este podría ser de tres tipos: fenoménico, descriptivo e histórico-estructural. Desde un punto de vista geográfico, a nivel de cada país va a ser necesario estimular estudios sobre la situación de las instituciones, facultades y escuelas de salud pública, y sobre la propia condición de los servicios. Desde la perspectiva histórico-estructural, yo vería la constitución de los grupos seleccionados que ustedes mencionaron, pero trabajando en un nivel subregional en aras de profundizar el análisis requerido para explicar todos estos fenómenos que hemos estado discutiendo.

Del lado político-estratégico, tendríamos a nivel nacional las reuniones que nos describió en detalle el Dr. Tejada y que involucrarían todos los niveles de la vida social, incluyendo grupos emergentes de organizaciones no gubernamentales y otros de la sociedad civil. Llevando para un nivel subregional, la discusión en el contexto profesionalizado, el contexto de la práctica de la salud pública, dada la dificultad de movilizar los distintos actores nacionales en un nivel subregional o regional. Pienso que a nivel de país tendríamos que concentrarnos más en la reunión amplia promocional, y a nivel subregional más en la reunión de debate—en la línea técnico-científica que discutimos aquí—por supuesto con el apoyo de los mismos grupos subregionales que estarían trabajando en el contexto de un proceso multicéntrico de análisis.

En el nivel regional se podría plantear la continuación de lo que hasta el momento ha formado parte de esta iniciativa, empezando necesariamente con la divulgación de lo que se ha logrado reunir hasta el momento: los trabajos escritos de los participantes, la reunión, y el informe reformulado, ampliado. Esperamos que ésto resulte en un libro que pueda convertirse en documento de trabajo de aquí en adelante. El Dr. Badgley mencionaba la necesidad de hacer quizás reuniones intermedias. Creo que en el transcurso del proceso va a llegar un momento en que tengamos que ir involucrando a quienes se encargan del tema de la salud en instituciones tales como los bancos multilaterales, las agencias bilaterales, las fundaciones y demás, para que respalden y refuercen la continuación de esta iniciativa.

Finalmente queda la necesidad de difundir cada vez más información. Y en ésto yo pediría la colaboración de todos los participantes. El Dr. Ommen hizo referencia a varias publicaciones, algunas de las cuales son muy recientes. Sería muy importante que nos las pudiesen hacer llegar para iniciar un proceso amplio de disseminación.

Con estas líneas generales tendríamos más o menos diseñado un programa de trabajo que ciertamente nos va ocupar a tiempo completo por los próximos tres o cuatro años. Esperamos que los resultados de esta reunión nos orienten, nos impulsen, nos estimulen para seguir en este esfuerzo. Así que no me queda otra cosa que expresar mis agradecimientos en nombre de la Organización a todos los participantes, incluyendo obviamente a los intérpretes y a los responsables del apoyo secretarial y logístico. Muchas gracias.

Dr. Ommen Dra. Spinola, la oficina ejecutiva de ASPH tiene una particular afinidad por la tarea que le hemos estimulado perseguir, construir relaciones fuertes con OPS, y específicamente con ALAESP que es nuestra contraparte en el resto del hemisferio occidental. Estamos bastante entusiasmados con este proceso, que tiene como un foco importante el vínculo entre la academia y la práctica de la salud pública y el alcance de objetivos comunes. Debería haber también un vínculo creciente y actividades comunes entre nuestras dos asociaciones. Le doy la bienvenida para que haga sus comentarios generales y específicos.

Dra. Spinola En nombre de la ALAESP me gustaría nuevamente felicitar a la Organización Panamericana de la Salud. Para nosotros el inicio de este proceso es de gran importancia y llega en un momento altamente oportuno, porque recientemente la Organización ha experimentado modificaciones profundas y se ha trazado un plan de trabajo hasta 1994. Lo que aquí se ha discutido, incluyendo los desafíos y dificultades, será de gran utilidad y servirá de estímulo para concretar los planes y directrices generales planteados en la última asamblea general de la ALAESP.

La Asociación va a entrar en su etapa de madurez en términos del número de escuelas asociadas y del trabajo futuro previsto con otras instituciones, especialmente con la ASPH. Pienso que las escuelas jugarán un papel muy importante en el proceso que aquí se ha iniciado, porque mucho de lo que se ha discutido en éste foro seguramente deberá ser desarrollado en términos de conocimiento y evaluación de las prácticas al interior de las universidades y dentro de las escuelas de salud pública. Así que tenemos frente a nosotros un gran reto. Muchas gracias.

Dr. Omenn Tiene la palabra el Dr. Spencer. No solamente es nuestro anfitrión oficial, sino que nos ha dado una magnífica introducción a la Escuela de Salud Pública de Tulane. El Dr. Spencer es además una figura destacada internacionalmente en el campo de la investigación parasitológica, y aplaudimos su nombramiento como nuevo decano de Tulane.

Dr. Spencer Estamos muy complacidos de que esta reunión se haya hecho en Nueva Orleans. Quiero reiterar no solamente la importancia de este evento para el hemisferio, sino que muchos de los problemas que confrontamos en los distintos países son comunes. Sólo me resta agregar que espero con mucha ansiedad el informe final de la reunión y el seguimiento que se le haga en términos de implementar las propuestas que aquí han surgido. Creo que cada vez va a haber mayores oportunidades de que trabajemos juntos para sacar adelante este esfuerzo.

Dr. Omenn Para cerrar, quiero proponer que llevemos el sentido de propósito que ha orientado estos debates a otras reuniones programadas, a otras comisiones ya en marcha, y a esfuerzos ya iniciados por otras agencias. Creo que es muy poco práctico que nosotros mismos tratemos de hacerlo todo; el glorioso mundo de la salud pública es sólo una pequeña parte del panorama.

Ya hemos identificado algunas actividades en las que nos podríamos vincular con la OMS. Y me comprometo a enviarles los materiales concernientes a la Comisión sobre Investigación en Salud para el Desarrollo. Igualmente quiero reiterar la invitación que les hice a ustedes y a sus colegas para que participen en la reunión de la Asociación de Escuelas de Salud Pública de los Estados Unidos, especialmente en la sesión que tiene que ver con salud internacional. Así que deberíamos tratar de ganar acceso a la agenda de reuniones, eventos y actividades ya planeadas y enviar representantes para que participen en ellos, con el fin de lograr que la misión de la salud pública con la cual nos hemos comprometido gane mayor visibilidad en otros foros. Muchas gracias a todos.

Anexo

Lista de Participantes

- Dr. Robin Badgley** Department of Behavioral Sciences
Faculty of Medicine
University of Toronto
Mc Murrich Bldg.
12 Queens Park Crescent West
Toronto
Ontario M5G 1A8
Canada
- Dr. Julio Frenk** Director General
Instituto Nacional de Salud Pública
Fco. de P. Miranda 177, 7o. Piso,
Col. Merced Gómez - Unidad Plateros
CP 01480 México, D.F., México
- Dr. Donald A. Henderson *** Associate Director for Life Sciences
Office of Science and Technology Policy
Executive Office of the President
1700 Pennsylvania Ave., N.W.
Washington, D.C. 20506
- Dr. Eduardo L. Menéndez *** Viena 141, Casa 4
Coyoacán, CP 04100
México D.F., México
- Dr. Enrique Nájera** Representante de la OPS/OMS
en Argentina
Oficina Sanitaria Panamericana
Marcelo T. de Alvear 684, 4o. piso
1058 Buenos Aires, Argentina
- Dr. Gilbert Omenn** Dean
School of Public Health and
Community Medicine
SC 30
University of Washington
Seattle, Washington 98195
- Dr. Jairnilson Silva Paim** Departamento de Medicina Preventiva
Universidade Federal da Bahia
Anexo II da Faculdade de Medicina
Rua Padre Feijó, 29 - 4o. Andar Canela
40140 Salvador, Bahia
Brasil

* *Imposibilitado para asistir*

-
- Dr. Hernán Sandoval Orellana** Sub-Gerente
Medicina Preventiva
Asociación Chilena de Seguridad
Vicuña Mackenna 200
Santiago
Chile
- Dr. David Tejada de Rivero** Marginal de la Selva 343
Tambo de Monterrico
Surco - Lima
Perú
- Dr. Mario Testa *** Arenales 2655
Buenos Aires 1425
Argentina
- Dr. Milton Terris** Editor
Journal of Public Health Policy
208 Meadowood Drive
South Burlington, Vermont 05401
- Asociación de Escuelas de Salud Pública
de los Estados Unidos de América (ASPH)**
- Dr. Gilbert Omenn** President
- Dr. Michel A. Ibrahim** President Elect, ASPH
Dean
School of Public Health
University of North Carolina
CB-7400, Rosenau Hall, Chapel Hill
North Carolina, NC 27599-7400
- Mr. Michael Gemmel** Executive Director
- Ms. Martha Levin** Manager of Research and Information
- Escuela de Salud Pública y Medicina Tropical,
Universidad de Tulane**
- Dr. Harrison Spencer** Dean
School of Public Health and Tropical Medicine
Tulane University Medical Center
1430 Tulane Avenue
New Orleans, LA 70112

* Imposibilitado para asistir

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

**Dr. Pedro Llerena
Fernández *** Presidente, ALAESP
Decano
Facultad de Salud Pública
Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana
Apartado Aéreo 9082, Zona 9
La Habana, Cuba

**Dra. Aracy Witt de
Pinho Spinoia** Secretaria Ejecutiva, ALAESP
Diretora da Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo
Avenida Doutor Arnaldo 715
01255 São Paulo, SP, Brasil

**Comite Asesor de Investigaciones de Salud
de la OPS (CAIS)**

**Dr. Rodrigo
Guerrero *** Miembro, CAIS
Director Ejecutivo
Fundación Carvajal
Avenida 2a. Norte No. 2-22
Cali
Colombia

**Dr. Roberto Briceno
León** Miembro, CAIS
Laboratorio de Investigaciones Sociales
Universidad Central de Venezuela
Av. Antonio Michelena, Quinta Rakel
Santa Mónica
Caracas 1040-A
Venezuela

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

**Dr. Carlyle Guerra de
Macedo** Director

**Dr. Jose Roberto
Ferreira** Coordinador
Programa de Desarrollo de Recursos
Humanos de Salud

Dr. Alberto Pellegrini Jefe
Unidad de Coordinación de
Investigaciones

** Imposibilitado para asistir*

- Dr. Itzhak Levav** Asesor Regional
Programa de Promoción de la Salud
- Dr. Luis Ruiz** Asesor Regional
Programa de Desarrollo de Recursos
Humanos de Salud
- Dr. Clovis H. Tigre** Asesor Regional
Programa de Análisis de la Situación de
Salud y sus Tendencias
- Dr. Edmundo Granda** Asesor Temporero, OPS (Relator)
Director
Cursos de Posgrado de Administración e
Investigación en Salud Pública
Universidad Central de Quito
Leyton 1248
Quito, Ecuador
- Dr. Oscar Feo** Asesor Temporero, OPS (Relator)
Jefe
Unidad de Salud Ocupacional
Escuela de Malariología y Saneamiento
Ambiental "Dr. Arnaldo Gabaldón"
Av. Bermúdez Sur, Edif. Malariología
Apartado 2102, Maracay
Venezuela
- Lic. Laura Nervi** Consultora de corto plazo
Programa de Desarrollo de Recursos
Humanos de Salud
- Lic. María Stella
Dabancens** Oficial Técnico
Programa de Análisis de la Situación de
Salud y sus Tendencias