

"UNIVERSIDAD Y SALUD". REALIDADES Y POSIBILIDADES.
ENFOQUE CRITICO AL AÑO 2000

MARIANO DEFILLO RICART

No cabe duda de que las universidades deben constituirse en la conciencia crítica de las sociedades y, en esa calidad, ser instrumento principal y primordial para promover y generar las transformaciones necesarias. La historia nos muestra que ha sido de ellas de donde han nacido y se han creado las ideas innovadoras y los principios de cambios que podrían traducirse o convertirse en propuestas o indicaciones de transformación de nuestras sociedades y pueblos. Lamentablemente, en la práctica, las universidades no han logrado cumplir esa función renovadora.

Tal como dice Guerra de Macedo, "el proceso social, de naturaleza predominante político, en nuestros países se ha caracterizado por la inercia o resistencia al cambio, expresión fundamental de la actitud conservadora prevaleciente. La Universidad, como síntesis del proceso social y espejo de las contradicciones que se observan en la sociedad, apuntala ese comportamiento, perpetuándose enteramente como estructura conservadora, aunque se pronuncien en ella discursos revolucionarios. En consecuencia, ha servido sobre todo para afianzar el *statu quo* de nuestras sociedades, mediante la consolidación o reproducción de valores establecidos o alienantes.

"Dentro de las funciones básicas de cualquier universidad, una de la de mayor importancia es la generación de conocimientos y estos, en algunos aspectos, en lugar de ser encauzados o encaminados hacia el cambio o transformación, se concentran fundamentalmente en la duplicación de conocimientos originados en el exterior, aquellos producidos en sociedades más estables, los cuales no son los modelos más adecuados para el proceso de reformas que necesitamos. Además, como consecuencia de este proceso global, la universidad tiende a aislarse en la ejecución de sus actividades, aun cuando se propone incorporarse al

movimiento social.

“En este contexto merece considerarse especialmente la proposición de que la formación de recursos humanos debe orientarse hacia la atención de las necesidades reales de salud y de la población como un todo”.

“De hecho, esta proposición, que se basa en el valor que exponemos todos aquellos que pretendemos transformar y edificar sociedades más justas en proclamaciones de igualdad o equidad, hasta hoy no ha sido más que una utopía”.

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

“Esa creciente realidad política convierte el concepto de adecuación de los recursos humanos a las necesidades de salud de la población, en una buscada y anhelada quimera incluso necesaria, pero que nunca ha dejado de ser más que eso”.

“Contra la voluntad de muchos en la Universidad, y pese a los esfuerzos realizados para evitarlos, la realidad es que la formación de los recursos humanos sigue orientándose hacia la atención de las demandas sociales y la política médica que requieren las minorías”.

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

contradicción hay ciertas verdades evidentes, de las cuales dos deben ser destacadas”.

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

“Si se relaciona ese hecho con la función que la universidad ejerce en la validación del proceso social, veremos que, de hecho, la universidad, en su función de formar profesionales, no responde a las necesidades de salud de la población, sino más bien a los requerimientos sociales expresados en la demanda efectiva”.

“La universidad, por tanto, cumple con sus obligaciones ante la sociedad y atiende, aunque con demora, las demandas reales y concretas que esta le impone. No obstante, al hacerlo reafirma las prácticas que satisfacen esas demandas, sin desarrollar presión y acciones para cambiar las condiciones que las generan”.

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

No hay dudas de que se necesitan cambios. ¿Qué papel desempeña la Escuela de Medicina en la promoción y puesta en práctica de todo este cambio?. ¿Qué papel le corresponde al médico en todo este contexto?.

El proceso educativo en sí no ha logrado producir, a través de la formación profesional, una transformación de las prácticas de salud y especialmente de la atención médica. Por el contrario, se ha observado una influencia a la inversa. La estructura de la práctica médica representa el factor hegemónico que ha determinado en cada contexto el patrón que reproduce la educación médica.

La formación profesional se lleva a cabo en hospitales de alta complejidad, centros en que los casos que llegan no representan la verdadera patología de la comunidad y en los currícula casi ni se

consideran los problemas nacionales de salud ni los diferentes sistemas de prestación de servicios, dado al carácter individualista del ejercicio profesional.

Además, y de manera inequívoca, el proceso educativo se dirige y orienta mayormente a la enfermedad y no a la salud.

En casi todos los países las políticas de salud se han fijado en forma tan amplia que sólo pueden ser consideradas como expresiones de un mero deseo. También los planes de salud a través de los cuales se pretende aplicarlos, no siempre se adaptan a las posibilidades y necesidades reales de la comunidad ni están articulados con el desarrollo global de ella. Asimismo, son insuficientes los planes para encargar la atención primaria en forma global y significativa, pues la capacidad económica de individuos o grupos continúa siendo un factor determinante de la posibilidad y calidad de las prestaciones. Los recursos no siempre se distribuyen de acuerdo con prioridades y pocas veces se efectúa la evaluación de su rendimiento.

Por tanto, si el ambiente no se modifica, resultaría difícil formar adecuadamente el recurso humano y si los educadores médicos mantienen su mentalidad y actitud tradicionales, los alumnos no estarán preparados para los cambios necesarios tanto en el campo del servicio como en el educacional.

Indudablemente, el objetivo básico debe ser que la atención que se brinde a la comunidad sea lo mejor posible con los recursos disponibles; por tanto, es fundamental que los dos sectores, educación y salud, estén convencidos de que a través del servicio y de la formación de recursos cumplen con una innegable responsabilidad histórica hacia la sociedad.

El sector salud debe esperar del sector educacional, en primer término, la formación de profesionales aptos, capaces de saber resolver problemas de salud y de ofrecer una práctica que logre, con su ejercicio mismo, cambiar los patrones de asistencia paternalista. En otras palabras, donde las ciencias médicas sean estudiadas para ser usadas en la solución de los problemas de salud y no como un mero ejercicio cognoscitivo ni como un requisito burocrático, ni tantos menos como una preparación previa para la especialización. Debemos tratar de formar un médico con sólidos conocimientos de medicina interna, pediatría, cirugía general y tocoginecología y con una actitud preventiva que impregne toda su actividad.

Otros aportes del sector educacional serían la investigación social y biológica, la educación continua y la educación para la salud, esta última mediante un enfoque multidisciplinario que trate de lograr un cambio de actitudes en la comunidad.

El sector educacional debe esperar del sector salud necesarios reajustes que pueden ser puestos en acción en forma paralela con el proceso de la educación médica y la implementación de cambios en la práctica médica, siendo la atención primaria la clave para alcanzar una salud para todos en el año 2000.

El médico, en la práctica de la atención primaria de salud, estará necesariamente ubicado en la puerta de entrada del sistema regionalizado y actuará en la interfase entre las acciones de salud de la comunidad (los sistemas informales) y los servicios organizados (del sistema oficial).

En la medida en que la política de los servicios de salud adopte los propósitos de salud para todos en el año 2000 e incorpore las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad, el nuevo médico general podrá ser absorbido por un mercado de trabajo más amplio. Esto hará posible introducir los necesarios ajustes en el sistema educativo para adecuar su formación.

Estos ajustes incluirán, en mayor o menor grado, una más estrecha coordinación de la Escuela de Medicina con los servicios de salud tanto en la elaboración de políticas y planes como en el desempeño de sus actividades rutinarias. Pero también demandarán en el interior de la propia escuela, una más clara diferenciación entre la formación del pregrado y los contenidos que deben ser parte del post-grado para el adiestramientos de sus especialistas.

Entre las innovaciones propuestas en el campo de la educación médica, está como un principal elemento la incorporación de la medicina comunitaria con un nuevo enfoque que conlleva a un mismo tiempo "la integración de las acciones preventivas y curativas con un modelo docente para la formación profesional". Esta medicina comunitaria cumple además un papel destacado al promover la integración de los aspectos asistenciales o curativos, preventivos o sanitarios, educativos y de rehabilitación física y psíquica, realizados por un equipo de profesionales, técnicos, auxiliares y administrativos, en el que cada cual ofrece un aporte al proceso de prestación de servicios de salud. En este

contexto, seguramente el cuerpo docente de la Escuela de Medicina podrá encontrar excelentes oportunidades de desarrollo en estrecha correlación con las instituciones de servicios.

En América Latina, por lo general, esos movimientos sólo se han concretado en ensayos aislados y poco reproducibles.

Indiscutiblemente, salud para todos exigirá la participación no sólo del personal de salud, sino también de la propia población, las comunidades, los gobiernos, las sociedades y las naciones y esa participación debe asumir una dimensión intersectorial.

Las estructuras educacionales y las de salud deben operar conjuntamente desde los niveles de la atención primaria hasta los especializados, según sea necesario.

Es mandatorio establecer mecanismos de coordinación entre los dos sectores y las comunidades.

Para fines puramente educativos la interrelación no tiene limitaciones, pero si ella implica que la universidad provea servicios, se hace necesario definir con claridad los alcances de la misma.

La coordinación no debe limitarse a la prestación de los servicios, sino que debe cubrir todas las fases: formulación de políticas de salud, definición de actividades, determinación del tipo de personal necesario para cada actividad, diseño de programas educativos, desarrollo de tecnología y evaluación del personal formado.

Las proyecciones para el año 2000, apenas a 7 años, indican que en América Latina tendremos que hacer frente a las necesidades de unos 180 millones de nuevos habitantes que vivirán todos en ciudades, con patrones de consumo y demandas propias de una cultura urbana en constante expansión. Esta será una población con una proporción de más alta edad y será más exigente desde el punto de vista social y político. En momentos donde aún no hemos superado los problemas de salud más sencillos prevenibles con tecnologías poco complejas y cuando tendremos que enfrentarnos a un ambiente sometido a intensas presiones producidas simultáneamente por la actividad económica y el propio comportamiento social, nos obliga a afirmar que salud para todos en el año 2000, más que un lema de escaso significado, un gran reto y constituye una doctrina de acción en la cual se exige igualmente que la salud sea, por definición, parte integral del desarrollo, para que las soluciones de la crisis como la que vivimos actualmente no menoscaben la

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

Debemos lograr que se establezcan mecanismos de cooperación efectiva entre las instituciones, sociedades, pueblos y gobiernos dentro de cada país, así como también entre los diferentes países.

Cooperación, para forjar una realidad social en la que se produzcan los tres conceptos y principios más importantes de nuestra cultura: libertad, democracia y justicia social. Cooperación que, además, sirve para fundar la paz, de forma tal que todos ellos: libertad, democracia, justicia social y paz, sean otras de las muchas dimensiones de la salud tan añorada.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Guerra de Macedo, C.:
La Universidad y la salud para todos en el año 2000. *Educación Médica y Salud* 19 (3): 259, 1985.
- 2.- Nakajima, H.:
Salud para todos: El camino por recorrer. *Foro Mundial de la Salud*. Vol. 9 (3): 291, 1988.
- 3.- Bryant, J.:
Salud para todos: El sueño y la realidad. *Foro Mundial de la Salud*. 9 (3): 295, 1988.
- 4.- Estrategia Mundial de Salud para todos en el año 2000.
Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1981.
- 5.- Jadresic, A.:
El personal de salud y los principios que sustentan la meta de salud para todos en el año 2000.
Educación Médica y Salud 25 (4): 360, 1991.
- 6.- Montilla Najul, L.:
La educación médica y la salud para todos. *Educación médica y salud* 25 (4): 432, 1991.
- 7.- Bloom, S.:
The medical school as a social organization. The sources of resistance to change. *Medical Education* 23: 228, 1989.
- 8.- FEPAFEM. Educación Médica en las Américas:
El reto de los años 90. Informe final del proyecto EMA. Caracas, FEPAFEM, (1990).

9.- ALAFEM Y UDUAL Memorias de la XIV Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, Quito, Ecuador, ALAFEM, 1988.

10.- Asamblea Mundial de la Salud. Las Universidades: ¿Torres de Marfil o Atalayas para el progreso? (Extractado del documento de base y del informe a la 37va. Asamblea Mundial de la Salud, presentado por el presidente de las Discusiones Técnicas sobre función de las Universidades en las estrategias de salud para todos Bol. Of. Sanit. Panam 100 (6): 660, 1986.

11.- Ferreira, J.:
Formación de recursos humanos para la medicina del año 2000. Educ. Méd. Salud 17 (1): 54, 1983.

12.- Rondon, R.:
Esa universidad anhelada. Esa educación médica esperada. Jornadas de Análisis de la Escuela de Medicina de la U.C.I.A., Barquisimeto, 1991.

13.- Mc. Guiré, C.:
The Curriculum for the year 2000. Medical Education 23: 221, 1989.

14.- Franco, S.:
Orientación biosocial de la educación y salud en la sociedad. Educ. Med. Salud 24 (2): 103, 1990.

15.- FFPAFEM (Dirección Ejecutiva):
Reflexiones sobre la educación médica en el continente: De donde venimos..... Hacia donde vamos..... Documento de trabajo analizado durante las reuniones del Comité Administrativo y del Consejo de FFPAFEM, San José, Costa Rica, 1991.

16.- Rodríguez, M.:
Alternativas transformadoras en la educación médica latinoamericana. Memorias de la XIV Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina. Quito, Ecuador, 1988.

- 17.- Ferrera, José Roberto:
El papel de los elementos de apoyo en la educación médica.
Educación Médica y Salud 18 (4): 402, 1984.
- 18.- Haddad Jorge y De Canales, Francisca M.:
Políticas de recursos humanos para la salud: Una propuesta para su
formación. Educación Médica y Salud 18 (4): 419, 1984.
- 19.- Función de las universidades en las estrategias de la salud para
todos. Documentos de base para las discusiones técnicas de la 37va.
Asamblea Mundial de la Salud. Educación Médica y Salud 19 (1): 885,
1985.
- 20.- Organización Panamericana de la Salud:
La estrategia de Salud para todos y el rol de la Universidad.
Washington, D. C., 1985 (Documento mimeografiado).
- 21.- Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de
Medicina. Relato general de la conferencia sobre "Las Universidades de
América Latina y la Estrategia Mundial para alcanzar Salud para
todos en el año 2000". Quito, 1987 (Documento mimeografiado).

COLABORAN EN ESTE NUMERO

Roberto Bergés Febles. Arquitecto. Universidad de Santo Domingo. Rector de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.

Fernando Pérez Memén. Doctor en Historia. Colegio de México. Profesor investigador de la UNPHU.

Carlos Esteban Deive. Doctor en Filosofía. UASD. Decano de la Facultad de Humanidades y Educación de la UNPHU.

Fátima Portorreal. Licenciada en Antropología. UASD. Coordinadora de investigaciones del Departamento de Estudios de la Mujer y la Familia de la UNPHU.

Juan Francisco Solís. Licenciado en Historia. UASD. Profesor de la UNPHU.

José Enrique García. Doctor en Filosofía. Universidad Complutense de Madrid. Profesor investigador de la UNPHU.

Giovanny di Pietro. Doctor en Literatura. Universidad de Quebec. Profesor de la UNPHU.

Lorena M. García Zambrana. Licenciada en Ciencias de la Educación. UNPHU.

Antonio González P. Licenciado en Filosofía. UASD. Profesor de la UNPHU.

Mariano Defilló. Doctor en Medicina. UASD. Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNPHU.

Esta publicación de mil ejemplares se imprimió en el mes de mayo del 1995, en los Talleres Offset de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, bajo la dirección de Andrés Ant. Mercedes Z.; composición: Frank P. Mueses Martínez; fotomecánica: Domingo Suero Adames; impresión: José Ant. Tavárez y José Manuel Bello; y terminación: Bienvenido Ant. Cleto, Francel Moisés Báez Carela, Rafael Arismendy García y Endry Rafael Peralta Durán.