



Colombia Médica

ISSN: 0120-8322

colombiamedica@correounivalle.edu.co

Universidad del Valle

Colombia

Rico Velasco, Jesús

El papel del profesional de la salud pública ante los retos del nuevo milenio

Colombia Médica, vol. 29, núm. 3, 1998, pp. 97-107

Universidad del Valle

Cali, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28329008>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

El papel del profesional de la salud pública ante los retos del nuevo milenio

Jesús Rico-Velasco, Ph.D.*

Palabras claves: Salud pública. Perfil profesional. Retos

A fin de comprender el futuro es necesario analizar el presente, mirar y recordar el pasado para establecer los retos que tienen los responsables de la salud pública de cara al siglo 21.

De entrada es importante reconocer que se ha avanzado algo en la salud de la gente tanto en los países desarrollados como en los menos desarrollados. Estos logros en salud entran en la gran dimensión de las causas y efectos del crecimiento poblacional como resultante inmediato de las variaciones que se presentan en las tasas de mortalidad y fecundidad.

En el año uno de la era cristiana se calcula que existían aproximadamente unos 250 millones de personas que necesitaron un poco más de 1600 años a fin de duplicarse, según estimativos para la segunda mitad del siglo 16, con unos 500 millones de habitantes. En 1900 la cosmonave tierra estaba habitada por 1650 millones de personas, dos mil millones alrededor de 1930, tres mil millones en 1960, cuatro mil millones en 1974, cinco mil millones en 1987, y actualmente somos aproximadamente seis mil millones de terrícolas¹.

Los demógrafos utilizan la teoría de la transición demográfica para explicar este crecimiento e identifican una primera fase que caracterizó a las sociedades preindustriales con lento crecimiento natural resultante de las altas tasas de mortalidad y fecundidad. La segunda fase para las sociedades en

transición (principalmente países en desarrollo) que presentan una continuidad en las altas tasas de fecundidad con disminuciones significativas en la mortalidad dando como resultado un rápido crecimiento poblacional. Y una tercera fase que caracteriza a las sociedades modernas con bajas tasas de mortalidad y fecundidad y poco crecimiento de la población.

Actualmente la población mundial crece en promedio a una tasa de 1.5% por año y agrega aproximadamente unos 86 millones de personas por año. Entre 1990 y 1995 los países en desarrollo crecían a una tasa cercana a 2% mientras que los países más desarrollados lo hacían a 0.4%.

En la actualidad la esperanza de vida al nacer está por encima de los 75 años en los países desarrollados y 63 en los menos desarrollados. En los países que conforman América Latina y el Caribe el promedio se sitúa alrededor de los 69 años. Hace menos de 40 años los promedios estaban en 67 y 41 años, respectivamente, con ganancias muy aceleradas en la medida en que iba descendiendo la mortalidad especialmente la infantil y en la niñez.

La mortalidad infantil para los países ricos es del orden de 9 defunciones de niños menores de un año por cada mil nacidos vivos y en los países pobres a pesar de que la cifra es definitivamente muy alta por encima de 60 defunciones, el descenso ha sido muy significativo en los últimos 10 años cuando se encontraban tasas muy por encima

de los 120, especialmente en el continente africano. América Latina y el Caribe muestran un promedio de 39 defunciones de niños menores de un año por cada 1000 nacidos vivos en 1997.

La mortalidad materna sigue siendo una preocupación importante a nivel mundial. Los logros no han sido tan importantes como en otras áreas de la salud pública. Mientras en Estados Unidos por cada 100,000 niños nacidos vivos mueren ocho mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto, en algunos lugares de África mueren 900 mujeres. A pesar de que la mortalidad materna en América Latina y el Caribe (180 muertes por cada 100,000 nacidos vivos) es inferior a las tasas calculadas para el resto de países en desarrollo, se puede considerar excesivamente alta si se la compara con la tasa mencionada para nuestro vecino del norte, los Estados Unidos².

La epidemiología muestra cómo la viruela que causaba más de 5 millones de defunciones por año, hacia 1950 ha sido erradicada totalmente, y las campañas de vacunación en los países han reducido de modo radical la presencia del sarampión y la poliomielitis de tal manera que en algunos países no se han registrado casos en los últimos años y se han sentado las bases para una posible erradicación completa³.

RECONOCIMIENTO DE LA PRESENCIA DE UNA CRISIS EN LA SALUD PÚBLICA

A pesar de los grandes logros en salud y el significativo avance en el

* Profesor Emérito, Director de la Escuela de Salud Pública. Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali. Conferencia magistral en la semana de la salud pública. Escuela de Graduados en Salud Pública. Universidad de Puerto Rico. Abril de 1998.

proceso de modernización a nivel global, la situación de salud es preocupante en la gran mayoría de los países como fue reconocida en la declaración de la crisis de la salud pública hacia finales de la década de 1980.

La reunión de expertos realizada en Nueva Orleans en 1990 reconoció la presencia de una crisis en la salud pública de casi todos los países de las Américas y otros de Europa frente a "la incapacidad de la mayoría de las sociedades de promover y proteger su salud en la medida en que sus circunstancias históricas lo requieren"⁴.

En efecto, la década de 1980 mostró el resurgimiento de algunos daños de la salud que se creían controlados, como malaria, cólera, dengue, tuberculosis y otras endemias en vía de ser erradicadas del planeta. Hicieron su aparición síndromes como el SIDA, diferentes tipos de virus y otras enfermedades infecciosas. Paralelo a un aumento progresivo de las entidades degenerativas propias del envejecimiento en algunas poblaciones, como los problemas cardiovasculares, el cáncer y un alza significativa en las enfermedades psicosociales como la depresión y la violencia en sus diversas manifestaciones de homicidios, suicidios, y la violencia intrafamiliar. Igual situación se encontró con los accidentes de tránsito, las enfermedades de orígenes ocupacionales y, por supuesto, un franco deterioro del ambiente. El tabaquismo, el alcoholismo y la drogadicción juntos son responsables de un gran número de muertes prematuras.

Ante estas circunstancias los expertos reconocieron que la crisis en la salud pública tocaba todos sus componentes identificados de la siguiente maner^{5,6}.

La educación en salud pública. La salud pública como ciencia y

como arte ha evolucionado progresivamente con marcos teóricos recogidos y utilizados en la definición de paradigmas que orientaron la educación en salud pública por muchos años. Inicialmente la salud pública se enseñaba como una parte de la medicina y en su práctica solamente aparecían los galenos con su formación en los departamentos de medicina preventiva y posteriormente comunitaria. Hoy en día la salud pública se enseña en escuelas o departamentos independientes de las facultades de medicina y con una participación multiprofesional en los diferentes postgrados. En casi todas las Escuelas de los últimos años, los desarrollos de la medicina comunitaria y la definición de la estrategia de atención primaria sirvieron para orientar los currícula en las universidades, sobre todo en la formación de postgrados.

A pesar del gran desarrollo del marco teórico sobre la salud pública definido en la década de 1980 por los organismos internacionales, la enseñanza de la salud pública tomaba otros caminos que la desviaban del progreso que debería haber alcanzado.

El enclaustramiento de la enseñanza, las actividades docentes centradas en el profesor y el alejamiento de los servicios de salud dieron como resultado una formación escolástica, intramural y revisionista que, en muchas ocasiones apareció distante de las propias realidades y entornos socioculturales que las mismas escuelas estaban acostumbradas a manejar. Ante estas circunstancias y las reflexiones sobre la enseñanza de la salud pública es necesario continuar los cambios estratégicos y operacionales que den respuestas apropiadas a la formación del salubrista frente a las necesidades de profesionales en el futuro.

Estado de salud de una población. Aunque el estado de salud de algunas poblaciones había mejorado en los promedios, como se mencionó antes al señalar los aumentos importantes en la esperanza de vida y en el descenso de la mortalidad que se manifiesta claramente en los cambios cuantitativos y cualitativos de la mortalidad materno-infantil, los diferenciales entre las regiones y el interior de los países eran cada vez mayores.

Prestación de servicios de salud del Estado. La prestación de servicios de salud de salud pública que estaban subsidiados en la oferta prácticamente se les presionó a transformarse con rapidez en empresas sociales del estado con énfasis en el subsidio hacia la demanda dentro de un enfoque neocapitalista (para algunos "neoliberal") cuyo centro principal se identifica con la medicina preparada hacia la recuperación de la salud dentro de un régimen contributivo para quienes pueden pagar en instituciones prestadoras de servicios privados y los de régimen subsidiado o que se vinculan al sistema en empresas sociales del estado, que crea un nuevo escenario para el futuro de la salud pública. El esquema paternalista de las décadas pasadas condicionado por las ideas del "estado de bienestar" fruto de las ideologías socialistas se ha transformado muy pronto por orientaciones capitalistas neoliberales que exigen nuevas maneras de responder por la salud de la gente.

La salud pública como derecho básico. El Estado reconoce en la Constitución Nacional la salud como un derecho y, por tanto, se ve obligado a responder por la salud de la gente. Al ser la salud pública un acto político, se va más allá de la responsabilidad individual de la salud para considerar una acción colectiva organizada, igualitaria y

equitativa. La seguridad social se establece como mecanismo del Estado para asegurar que todas las personas tengan acceso a los servicios en función y en proporción a sus necesidades, status ocupacional, y estratos socioeconómicos. En este sentido el Estado define diversas posibilidades o maneras de prestación de servicios y de contrataciones para responder a las necesidades de salud de la población. Frente a estos hechos, la práctica social de la salud pública se ve amenazada por el debilitamiento del poder del Gobierno y la reorganización de la sociedad como mercado.

La salud pública como práctica social. El continuum de la salud y la enfermedad está condicionado por los procesos de socialización, las relaciones sociales y materiales, y la estructura de la personalidad. A la salud de una población la condicionan fuertemente los elementos de la cultura que influyen en la definición de la enfermedad, tanto a nivel de las personas como de las familias y comunidades.

Además del autocuidado, como deber ciudadano frente a su salud, existen factores ambientales y socioculturales que permiten acercarse a la dimensión de una salud colectiva para poder hablar de poblaciones saludables. Es importante señalar que la salud colectiva es producto de la interacción, interdependencia, e interfuncionalidad del comportamiento individual y familiar en salud. En este sentido la salud colectiva (léase salud pública) no es la resultante de la sumatoria de los estados de salud de los individuos.

¿Quienes son los profesionales de la salud pública? Al recordar la década de 1960 nos encontramos con el tradicional equipo de salud en el cual participaban bajo la dirección del médico del centro de

salud, hospital local y/o regional, la enfermera, el personal auxiliar, las promotoras de salud y los inspectores de saneamiento. También se coordinaban con el equipo de salud básico otros profesionales como las trabajadoras sociales, ingenieros sanitarios y uno que otro administrador en salud. Se llamaba salud pública a las actividades que se efectuaban fuera del servicio en la comunidad. En el fondo las actividades que se realizaban estaban centradas en las personas como pacientes y algunas acciones coercitivas en el medio ambiente. Para hacer el cuento corto, era una especie de salud pública con enfoque clínico.

La gran mayoría de los "salubristas" eran médicos algunos realmente interesados en la salud de la comunidad y unos pocos egresados de los centros formadores del recurso humano en medicina social o comunal. En algunas partes la formación de postgrado en salud pública estaba restringida a los profesionales médicos quienes en aquella época gozaban de un gran prestigio social y algunos eran líderes que con el paso de los años se convirtieron en dirigentes políticos, gobernadores y algunos llegaron a ser ministros de salud pública en la época de los gobiernos paternalistas colombianos o de corte socialista como en Chile en la época de Salvador Allende. Sin embargo, y muy矛盾oramente, el ser médico salubrista lo situaba en un diferencial importante frente a los otros médicos especialistas (ginecólogos, pediatras, cirujanos, etc.) con asignaciones salariales significativamente por debajo de las actividades clínicas. Con el tiempo la hegemonía médica se ha ido deteriorando, con pérdidas significativas en su status social y desempeñando un conjunto de papeles en sistemas prepago que convierte al

paciente del médico en el cliente de unas empresas con éxito relativo que manejan fundamentalmente la enfermedad, y consideran la salud como un producto que se controla en el mercado como bien o como servicio.

En las escuelas de salud pública se abrieron los postgrados en áreas como la epidemiología, la administración en salud, la salud ocupacional, salud ambiental y la propia salud pública con una clientela multiprofesional en donde participan abogados, médicos, enfermeras, ingenieros, trabajadores sociales, psicólogos, sociólogos, economistas, sacerdotes y otros profesionales que le han dado una práctica diferente a la salud pública en los servicios y en la comunidad. La empresa de la salud ha impulsado un nuevo orden en las instituciones con enfermeras, ingenieros, administradores y otros profesionales en las posiciones de dirección y autoridad quebrando un poco el *status quo* de la administración exclusiva de los médicos. La demanda presente y futura está asegurada en la medida en que la legislación, la reforma del sector, y los nuevos paradigmas se aterricen en el nivel municipal, instituciones de salud, empresas de desarrollo social, y promotoras de salud.

Como respuesta a la crisis de la salud pública, actualmente se plantea una nueva salud pública que responde a un enfoque biopsicosocial y trasciende los servicios de salud. El paradigma resultante es el de municipios saludables que se extiende a cualquier tipo de espacio para hablar de escuela saludable, lugar de trabajo saludable, y muy posiblemente de hogar o familia saludable.

En este nuevo enfoque aparecen otros actores en el escenario de la salud pública que sin ser profesionales salubristas tienen que responder en parte por la salud de

la gente: los alcaldes, los concejales municipales, maestros y profesores, sacerdotes, pastores de iglesias, militares, y por supuesto los organismos no gubernamentales (ONG).

Definición de un nuevo perfil profesional. Para lograr el posicionamiento de la nueva salud pública, el salubrismo ambiental, y otras áreas afines hay que definir y tratar de lograr un nuevo perfil profesional cuyas características más notorias podrían ser las siguientes:

- El salubrista debe ser un “soñador político” capaz de interpretar los ideales de salud de la gente y concretarlos en acciones que promuevan el mejoramiento en la calidad de vida de las personas, las familias y comunidades.
- El salubrista debe ser un “líder” capaz de construir ideologías que motiven y dinamicen los cambios y procesos sociales.
- El salubrista debe ser un investigador capaz de medir, comparar y analizar las variables e indicadores que condicionan o determinan la salud de una población y su covariación con otros componentes del entorno sociocultural.
- El salubrista debe ser un gerente, administrador, que entienda y comprenda el manejo de la cosa pública y privada.
- El salubrista debe ser un planificador capaz de trazar caminos, diseñar empresas y un estratega para realizar actividades y tareas que respondan a metas claras y objetivos precisos. Finalmente,
- El salubrista debe ser un humanista, democrata y un hombre ético.
- El salubrista podría ser un “poeta” cuyos versos podrían estar representados en la inspiración de un amigo que siempre consideramos como un ejemplo de vida humanista y que trabajó mucho por el desarrollo rural, el

bienestar del campesino y la salud pública rural, Alfonso Villegas (qepd) y que en alguna parte dice:⁷

“Escribo para mi hermano, el hombre que vive con la espalda doblada sobre el surco, para mi hermano, el hombre que en la fábrica va dejando jirones de su vida prendidos a las tuercas de las máquinas. Para el que baja a los hondos socavones de las minas a buscar el carbón, el diamante, el oro, la esmeralda y sólo ve la luz del sol cuando lo sacan a arrastrar su vejez por las calzadas. Escribo para mi hermano, el hombre que talla la piedra y funde los cimientos de los rascacielos, para el que trepa a los andamios, limpia chimeneas y arregla los tejados de los más exclusivos vecindarios. Para el que llega a casa por las noches con un pedazo de pan ganado con la sangre de sus manos, para el que nunca fue a la escuela y por eso no sabe que le canto, para el que no me conoce y me llama hijo de puta cuando me ve soñando con sus duros trabajos y su angustia, tendido sobre un prado. Y tal vez por eso le canto, porque sé que todavía le hierve la sangre y algún día levantarán las banderas de sus manos para pedir, para exigir un sitio en este barco de la dignidad humana en que tantos navegamos.”

Identificando retos frente al nuevo milenio. Sin ningún orden de importancia teórica o práctica se pretende a continuación identificar algunos retos de cara al siglo 21, que ayuden a mejorar la formación del salubrista y su práctica social como persona. También se pretende mostrar grandes dimensiones cuyos elementos se podrían considerar como obstáculos para unos y/o oportunidades para otros dependiendo de los recursos humanos, físicos y financieros con que se cuenta actualmente o sus proyecciones hacia el futuro para adecuar los perfiles profesionales, su formación y capacidades para desempeñarse con éxito en las

empresas de salud.

• **Dimensión curricular para la formación en las escuelas de salud pública.** Las dificultades reconocidas en el proceso de formación de salubristas a finales de la década pasada y los resultados producidos por el debate y las reflexiones sobre la crisis de la salud pública, reforzaron la búsqueda de nuevas estrategias para su enseñanza, específicamente en nuestra Escuela. Algunas reflexiones y observaciones se basan en la experiencia vivida en nuestro proceso de transformación.

Enfoques pedagógicos. En primer lugar, las experiencias adquiridas en algunas escuelas de Medicina en los Estados Unidos⁸ y Europa⁹ con la puesta en marcha del aprendizaje con base en problemas («Problem-Based Learning» PBL) sirvieron de fundamento para aplicar un esquema que se derivó de esa metodología y que se denominó «análisis situacional» donde el estudiante combina el PBL utilizado en las ciencias médicas con circunstancias propias de la vida sociocultural de la organización o de la comunidad para convertir la salud pública en un disciplina que cuestiona, analiza, propone cambios situacionales, y documenta.

En segundo lugar, se pensó en una enseñanza de la salud pública «sin paredes», que transforma el aprendizaje tradicional intramural de los últimos tiempos centrado en los objetos de cada una de las disciplinas organizadas en un cuerpo de conocimientos, por trabajos prácticos extramurales en los servicios de salud según sus niveles de atención, (centros de salud, centros-hospitales, hospitales y Sistemas Locales de Salud SILOS), en instituciones públicas o privadas relacionadas con la salud, en organismos no gubernamentales (ONG) con misiones diferentes, y en comunidades donde se interactúa

con familias, líderes y juntas comunales. De esta manera el estudiante es expuesto a situaciones reales que debe analizar con sus herramientas teóricas adquiridas en la enseñanza de la Escuela o en su propio desarrollo.

Finalmente se hizo un gran énfasis en el auto-aprendizaje (aprender a aprender) de tal manera que los estudiantes motivados por los docentes pudieran dedicar dos horas de trabajo propio por cada hora de docencia directa. El docente es un socio en el aprendizaje y su participación como facilitador y orientador es básica en el proceso «aprender a aprender.»

Con las últimas promociones los resultados han sido bastante satisfactorios. Las rotaciones y el análisis situacional han servido para desarrollar los trabajos de investigación (documentos) que se requieren como requisito parcial para obtener el título de Magister en Salud Pública. Además se ha considerado que esta es una manera de poner al estudiante frente a situaciones que realmente le corresponderán en el futuro como egresado. Estos documentos son parte de la mención histórica en el desarrollo de la Escuela de Salud Pública.

La programación de las actividades docentes se ha hecho de manera semipresencial para no sacar al estudiante de su medio de trabajo. Además, se presenta la posibilidad de realizar prácticas en las mismas empresas donde labora el estudiante optimizando su proceso de aprendizaje y con aplicaciones inmediatas que beneficien a sus instituciones.

Las clases magistrales se han reducido al mínimo y se ha encaminado el aprendizaje por grupos pequeños y con tutores que dedican como mínimo dos horas por semana por estudiante. La metodología de trabajo se concentra en talleres y

seminarios con empleo de la información recogida en las prácticas.

- *Desafíos en la transformación curricular.* Adecuar los programas de postgrado de la Escuela a los cambios de la legislación en salud y sus decretos reglamentarios. La reforma del sector salud dentro de esquemas ideológicos diferentes, las transformaciones de los organismos de salud en empresas sociales del Estado, la definición de la Ley de Seguridad Social, y las de adecuación ambiental, han producido como resultado una nueva manera de llegar a la gente con servicios y diferentes posibilidades de exigir las garantías de salud con enfoques de promoción de la salud, participación comunitaria, prevención de las enfermedades y atención de morbilidades y rehabilitación.

La revolución tecnológica y el manejo de la información demanda del estudiante y de los docentes nuevas habilidades para poder desempeñarse al interior de la Escuela y en el trabajo exitoso de los estudiantes posteriormente como egresados. La telemática con todos los adelantos de multimedia es un desafío costoso pero indispensable para situarse de cara al siglo 21.

La desescolarización, la flexibilidad curricular, el análisis situacional de contexto extramural en los servicios, organizaciones y comunidades, son estrategias que se deben poner en marcha rápidamente para atemperarse, por una parte, a los cambios sociales que están ocurriendo, y, por la otra, dar respuesta a elementos críticos identificados en las diversas dimensiones de la salud pública a fin de contribuir con currículos innovadores a la salida de la transición en que se encuentran los sistemas educativos.

La pedagogía del futuro inmediato demanda cambios en la

formación académica de los docentes. La manera de llegar a los estudiantes con contenidos relevantes y pertinentes a las condiciones sociales del entorno, han dado como producto la eliminación paulatina de las clases magistrales y de contenidos teóricos por otras estrategias docentes de talleres, seminarios conversacionales en pequeños grupos, motivados permanentemente por los tutores en sus prácticas comunitarias y organizativas.

La promoción de la salud es el centro de atención de la salud pública. Producir salud es un reto prioritario en el escenario comunidad-servicios-universidad para responder a los ideales de salud de las personas, familias y comunidades. El ideal de salud se relaciona con la alimentación, la vivienda, la educación (especialmente la educación para la salud), las condiciones económicas asociadas con el derecho al trabajo, el derecho a vivir en paz, la recreación, el descanso y el disfrute del arte y la cultura. Promocionar la salud es valorar la vida, comprenderla y defenderla. Hacer de la promoción de la salud el centro del desarrollo curricular en los diferentes postgrados es un desafío que las escuelas deberán asumir con responsabilidad, excelencia y dedicación.

La epidemiología en los servicios de salud y la vigilancia epidemiológica son parte de los desafíos futuros en los diferentes programas de postgrado en la Escuela. La nueva salud pública exige bases fuertes de formación académica en la epidemiología moderna con sistemas innovadores que se salgan del acercamiento tradicional de mirar la distribución de las enfermedades en la población, para vigilar los adelantos en la salud de la gente a través del desarrollo de la promoción en salud y prevención de las enfermedades.

Finalmente, la Escuela de Salud Pública debe desempeñar una función de «*advocacy*» y pronunciarse frente a los grandes temas de salud y los procesos de la reforma en el sector salud a través de la publicación de sus investigaciones, documentos y ensayos temáticos serios, propuestas para la solución de problemas o análisis situacional a nivel de las comunidades, evaluaciones en la aplicación de políticas en los servicios de salud y organizaciones que trabajan en el sector salud mirando la calidad, efectividad y coberturas y su relación con el estado de salud de las personas, familias y comunidades.

• *Dimensión: Información, Ciencia y Tecnología.* El manejo de la información que pueda resultar en la construcción de variables o indicadores está inundado por la cantidad de datos que se generan en el sistema. Se recogen datos de servicios que hacen relación a la disponibilidad de los recursos humanos (ej. horas contratadas, horas trabajadas), estados financieros (costos de nómina, funcionamiento, inversión), gerenciales (hechos administrativos) producción de actividades y tareas realizadas, y en algunos casos algo sobre calidad de la atención médica indirectamente en función de la satisfacción del usuario, el estado de los equipos, existencia de normas, manuales y protocolos. Se generan datos de uso a través de los informes diarios de actividades, historias clínicas, ficheros, citaciones, remisiones, y algo sobre vigilancia epidemiológica con la notificación obligatoria de enfermedades transmisibles. Se manejan datos poblacionales relacionados con los censos de población y estado de las viviendas, estadísticas vitales sobre nacimientos, defunciones, matrimonios, y estadísticas judiciales,

encuestas de hogares, recuentos, visitas domiciliarias, etc.

Es realmente impresionante la cantidad de datos que se generan en los sistemas de salud públicos y privados. Lo sorprendente es que existen muy pocos indicadores o variables que realmente se utilizan para la toma de decisiones, la producción de indicadores positivos de la salud, la vigilancia epidemiológica y los sistemas de alarma temprana. Este es un verdadero desafío de cara al Siglo XXI.

La construcción del pensamiento científico en nuestro medio es supremamente limitada. Los avances en el conocimiento científico de punta parecen estar reservados para aquellos científicos que trabajan y se beneficien de los grandes adelantos en los países más desarrollados. En los países más ricos la ciencia y la tecnología van cogidas de la mano apoyándose mutuamente en procesos sinérgicos y exponenciales. En los países nuestros el apoyo para el mejoramiento de las ciencias básicas está supeditado a la disponibilidad de escasos recursos financieros y el poco desarrollo de una verdadera comunidad de científicos. Existen algunos esfuerzos exitosos en Argentina y Brasil. En Colombia tenemos algunos grupos, entre ellos el dirigido por el Dr. Elkin Patarroyo que viene intentando desarrollar una vacuna sintética contra la malaria, pero sin evidencias científicas suficientes como para aumentar el porcentaje de eficacia o protección de la vacuna que permita ser comercializada o utilizada en forma masiva en los países expuestos a los riesgos de la malaria. Mientras se mejora el proceso de sintetizar la vacuna debemos aceptar la conclusión del Dr. Zaninovic' en el sentido de que "No existe, hasta la fecha, nada mejor para prevenir la malaria que el

toldillo"¹⁰.

No obstante, somos expertos en la aplicación de la tecnología generada en los países más desarrollados. Podría decirse que la transferencia es casi que inmediata a pesar de los altos costos. Compramos tecnología de punta en el área hospitalaria, farmacológica, informática, transporte, comunicaciones, procesos industriales, maquinaria, metal-mecánica, etc. Claro que también copiamos tecnología y se hacen innovaciones que demuestran el talento criollo que en ocasiones supera la obra original.

Esta dimensión de la ciencia y la tecnología en el campo de la salud pública hay que comprenderla en función y en proporción a las necesidades de las comunidades en donde se trabaja. De pronto el desafío de cara al nuevo milenio podría resultar en una oportunidad para generar nuevos conocimientos y en producir innovaciones tecnológicas que beneficien y mejoren la calidad de vida de los millones de personas (casi 80% de los terrícolas) necesitadas de mejorar así sea un poco su permanencia sobre la tierra.

• *Viejos y nuevos paradigmas. ¿Qué pasó con la aplicación de la estrategia de "atención primaria"* como mecanismo para lograr la salud para todos en el año 2000? ¿Hubo un compromiso de todos los representantes de los gobiernos que se reunieron en 1978 en Alma Ata y posteriormente en Riga en 1988 en la evaluación a mitad de camino, para continuar con la aplicación de la estrategia de atención primaria? La reforma del sector a finales de la década de 1980 apuntaba hacia un reforzamiento del Estado como garante de la salud de la población. De repente, poco tiempo después en los primeros años de la década de 1990 se hizo un reversazo en algunos de los países latinoamericanos como México y Colombia, entre otros. Se

impuso un rápido proceso de cambio legislativo y reglamentario y se adoptó un modelo neocapitalista ("neoliberal") donde el factor controlador está definido por los precios de los paquetes que consideran la salud como producto en el mercado o como servicio. La presencia del dinero y del interés empieza a regular la oferta y la demanda de servicios de salud y la ganancia define la permanencia de las empresas en el mercado. Contradicториamente, en este paradigma neocapitalista la economía de mercado no es una garantía de la igualdad o de la equidad. La práctica neocapitalista pone de lado los principios fundamentales para el desarrollo de una nueva salud pública basada en el humanismo, la ética, la participación democrática y la solidaridad.

La "salud para todos" como paradigma hacia el año 2000 se ha convertido en la salud para "UNOS" que sí pueden pagar para mantener o recuperar su salud en el mercado de la libre oferta y demanda. La salud para el "resto" mayoritario se basa en los sistemas solidarios, la focalización, la subsidiaridad, y la carnetización que estigmatiza y los identifica como pobres. Se reduce la estrategia de atención primaria a planes de atención básica subsidiados por el Estado y de responsabilidad limitada que se centra en los alcaldes y con territorialidad definida administrativamente en los municipios.

Los planes de atención básica en el complejo de la legislación y reglamentación de la salud en Colombia, al ser operacionalizados representarían lo queda de la salud pública o lo que se construiría como la nueva salud pública municipal. Este podría ser uno de los retos más interesantes en el futuro inmediato en la primera década del nuevo milenio.

Como se mencionó anteriormente la promoción de la salud y prevención de las enfermedades son las dos dimensiones claves como ejes en la formación de salubristas y como elementos fundamentales en los planes de atención básica.

Finalmente, y como hay que ser prácticos ante la circunstancia de aceptación silenciosa de la apertura económica, la competitividad, y los modelos neocapitalistas, se deben aprovechar las ventajas comparativas y empezar a trabajar en cómo aterrizar los programas de reforma del sector salud construyendo la salud desde el nivel micromunicipal. Las escuelas de salud pública deben establecer unidades de apoyo técnico y científico que trabajen con los funcionarios del gobierno encargados en aplicar la reforma; al fin y al cabo la salud en el nivel micromunicipal es una responsabilidad compartida entre la universidad, los servicios y la comunidad.

• *Transición demográfica, epidemiológica y calidad de vida.* La transición demográfica que se mencionó al principio está produciendo cambios importantes en la estructura poblacional en la medida en que la mortalidad y la fecundidad disminuyen en casi todas partes. El efecto es significativo en los países más desarrollados con aumento en la población de los adultos mayores (más de 45 años) y en los grupos de la tercera edad (por encima de los 60 años). Estamos ante un fenómeno sociológico en el que se puede producir una lucha generacional entre grupos de edades más avanzadas que sustentan el poder y que no estarán muy dispuestos a perder las ganancias alcanzadas a través de muchos años, frente a una juventud proactiva, demandante, motivada al logro, que desea llegar a las metas en forma muy rápida sin importar los medios establecidos y acordados

tácitamente en el proceso de socialización y adscripción de los status.

Por otra parte, en los países pobres los cambios en la estructura poblacional se ven reflejados fundamentalmente en una reducción porcentual del grupo de niños menores de cinco años por efectos de la reducción drástica de la fecundidad y de la mortalidad infantil y en la niñez, y también en un aumento importante en la proporción de viejos. De esta manera se encuentran unos grupos dependientes por edad de otros que deberían estar en la fuerza laboral pero que no encuentran empleo y crean una situación difícil que repercute en la calidad de vida. Por eso es importante el papel del salubrista que debe analizar el dilema de aumentar años a la vida, o vida a los años. Es poco lo que gana el ser humano en términos de bienestar si prolonga su existencia sobre la tierra sin calidad de vida.

Los retos frente al nuevo milenio se aumentan al considerar la transición epidemiológica que se está presentando en los países menos desarrollados. Existe en este proceso una participación simultánea de las enfermedades cardiovasculares y degenerativas propias de la edad, con enfermedades respiratorias agudas en la infancia, enfermedad diarreica aguda, parasitarias e infecciosas, asociadas necesariamente con el estado de pobreza y subdesarrollo de una parte importante de la población que como resultado de sus situaciones propias está sujeta a los mayores riesgos de enfermar y morir. El tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción, la prostitución, el gaminismo, y otros males sociales se asocian con este estado de pobreza. Nuevamente los elementos que conducen al mejoramiento en la calidad de vida están amenazados por la adopción de

modelos socioeconómicos que consideran la inversión en estos grupos como inflacionaria, de altos costos, y con retornos a muy largo plazo.

Por último, es preciso señalar el comportamiento migratorio de las personas. Continúa el proceso de concentración de la gente en ciudades. Poco a poco, más de dos tercios de la población mundial vive en áreas urbanizadas. Este fenómeno ha producido grandes dificultades en el suministro de servicios públicos (agua, alcantarillado, energía eléctrica, teléfonos, recolección y disposición de las basuras) y el deseo de aumentar la satisfacción de las necesidades básicas de vivienda, alimentos, educación, transporte, vestuario, recreación, etc. Un número importante de los habitantes de nuestras ciudades son pobres que residen en áreas subnormales marginadas (tugurios, villas miserias, pueblos jóvenes, favelas) que en algunos casos superan 60% de la población y cuyos estilos de vida o culturas de la pobreza presionan sobre su estado de salud y por supuesto en la calidad de vida del resto de los habitantes de la ciudad.

Actualmente el fenómeno se agudiza en algunos medios al aparecer el problema de los desplazados por la violencia guerrillera, paramilitar, del estado, delincuencia común y narcotraficantes. Por otra parte los accidentes ecológicos, los cambios climáticos como el fenómeno de El Niño, y las grandes catástrofes aumentan el número de desplazados que migran a las ciudades en busca de una mediana solución a sus problemas.

El salubrista tiene un papel por jugar muy importante en el manejo de las situaciones generacionales, en el diseño y operacionalización de programas que mejoren el bienestar de las personas de la tercera edad,

buscar soluciones con aproximaciones sucesivas en el mejoramiento de la calidad de vida, acciones para la convivencia, la tolerancia y el respeto ciudadano para que se pueda empezar a disfrutar del viaje por los caminos de la paz.

• *Sostenibilidad ambiental.* Las escuelas de salud pública deben comprometerse en la protección del ambiente. Al cumplir su función de "advocacy" (defensora de, abogada, señaladora, etc.) debe ayudar a que la relación entre el desarrollo económico y social de los pueblos entre en armonía con las políticas de protección del medio. La producción de bienes y servicios y el consumo irracional contribuyen al uso insostenible de los recursos naturales y a la degradación irreversible del medio ambiente¹¹. Alcanzar niveles de salud aceptables y mejorar la calidad de vida de las personas, familias y comunidades es casi que imposible cuando existe un proceso de degradación del ambiente. Hay que despertar las conciencias, es más, hay que presionar a las gentes para que respondan por el mejoramiento del medio, "hay que meter a la gente en el paseo," como decimos en Colombia.

¿Cómo se puede lograr un estado de salud aceptable cuando estamos deteriorando por contaminación la tierra, el agua, y el aire? La expansión de la agricultura a través de la deforestación de áreas de frontera por colonización, o la utilización de la madera como combustible en la preparación de los alimentos o mecanismo de calefacción en algunos países de la tierra, más las empresas que utilizan la madera como materia prima en forma desordenada, está atentando contra el mantenimiento de recursos ambientales que le pertenecen a toda la humanidad como es el caso de la selva amazónica, la cuenca del río Congo y otras más que debemos

proTEGER¹².

El empleo inadecuado de los pesticidas, la ignorancia en el uso y sus cantidades por campesinos analfabetos, y las empresas agrícolas de la caña de azúcar, el algodón, el sorgo, el maíz y otras variedades de pepas, que se olvidan del hombre y la mujer que como jornaleros participan en el manejo de los venenos, en la recolección de las cosechas, y tareas de contacto con productos recientemente fumigados que deterioran la salud con el tiempo, y en el caso de las mujeres embarazadas expuestas a estos riesgos químicos que producen malformaciones congénitas¹³.

La gran mayoría de los estudios sobre la relación que existe entre la demanda de servicios de salud (hospitalización y de atención ambulatoria en salud pública) y la contaminación ambiental del aire ha presentado consistentemente evidencias de asociación estadística¹⁴. Existen ciudades como Santiago de Chile, Bogotá, y ciudad de México, en donde prácticamente hay momentos en que el aire se torna casi imposible para respirar como resultado principal de la contaminación producida por el excesivo número de automotores y la contaminación industrial. ¿Cómo se puede manejar este problema desde la salud pública como práctica social? ¿Es otro de los grandes retos para los salubristas en el próximo milenio?

Finalmente tenemos el recurso hídrico que entra en un círculo vicioso con la dinámica poblacional. El crecimiento de la población y sus fenómenos demográficos asociados como la migración, la densidad poblacional, la concentración urbana afectan necesariamente el uso del agua a nivel doméstico, agrícola, industrial, en la producción de energía eléctrica, etc. En esta relación se producen efectos directos e

indirectos sobre el medio ambiente con la contaminación de las aguas, deterioro del suelo, degradación del ecosistema, reducción del recurso pesquero, y alteraciones en los pronósticos de los ciclos climatológicos. Al ocurrir estos fenómenos se deteriora el estado de salud de las poblaciones por enfermedades transmitidas por el agua, hay escasez de alimentos, y en este orden de ideas se pueden producir procesos de inestabilidad social, de tal manera que el agua tan preciada se convierte en factor "desestabilizador" que podría ser uno de los elementos causales de disputas entre vecinos, conflictos regionales, y en algún momento aparecer como la chispa que desencadena una guerra. Un bien público que era de mucha disponibilidad sobre la tierra hace unos años, hoy en día como resultado de los procesos de deterioro de nuestro medio ambiente se ha convertido en un bien privado¹⁵.

• *Manejo del tiempo libre.* Thorstein Veblen el famoso sociólogo y crítico norteamericano nos habló de su teoría de la clase ociosa al hacer el estudio económico de las instituciones sociales fuertemente influido por el evolucionismo darwinista, el anarquismo utópico y el marxismo¹⁶. Hacía referencia al consumo ostentoso y del despilfarro como símbolos de *status* y de prestigio en las clases superiores. A pesar de que su obra fue muy relevante para su época, algunas de sus ideas son todavía aplicables por extensión en algunos grupos sociales donde el consumo conspicuo es un estilo de vida.

Sin embargo, hoy, en la vida cotidiana de la gente, es difícil utilizar el concepto de ocio para identificar el "tiempo libre" que queda después de la jornada diaria de trabajo, el tiempo de los fines de semana, las vacaciones y otras prestaciones sociales que podrían

entrar en la definición del tiempo libre en las sociedades modernas.

La dinámica poblacional es una de las causantes del aumento proporcional del tiempo libre con el incremento de los grupos de la tercera edad. Como resultado del envejecimiento de la población y los sistemas de jubilación en los países tanto desarrollados como menos desarrollados existen grupos poblacionales que deberían disfrutar mejor de su tiempo libre. El manejo apropiado de este tiempo libre es un verdadero desafío para los profesionales de la salud en el futuro cercano.

Se podría pensar en el uso del tiempo libre en función del bienestar de todas las personas en cualquier etapa de su ciclo vital. Podría orientarse hacia actividades sanas que se asocien con el mantenimiento y recuperación de la salud, por ejemplo en los escolares, los adolescentes, los adultos y por supuesto en los ancianos. Para el hombre trabajador se podría avanzar la idea del uso del tiempo libre para mantenerse en forma, aumentar su disposición al trabajo, o como mecanismo para alejarlo del sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo y drogadicción.

Igualmente se podría pensar en el uso del tiempo libre en el deporte no competitivo que sirva como una expresión de lo social, que sea una estrategia para mejorar la convivencia, estimular los mecanismos de asociación y compartir. Podría orientarse hacia lo lúdico, lo cultural, el disfrute de lo artístico como complemento esencial en la salud mental.

La postmodernidad se visualiza como un estado en el cual el hombre tendrá que dedicar cada vez menos tiempo a su trabajo para ganarse la vida y disfrutar de un espacio mayor de tiempo para pensar, compartir con su familia y realizar una serie de actividades que ni siquiera todavía nos atreveríamos a definir.

Así, en estas áreas se podría proyectar el papel de los profesionales de la salud como promotores del manejo adecuado del tiempo libre en los diferentes grupos sociales.

• *Globalización de la economía.* La superestructura ideológica en salud se confronta muchas veces y se estrella contra las variaciones que están ocurriendo en la estructura económica de la sociedad. El salubrista se enfrenta ante un fenómeno casi universal que resulta de la aceptación global de un modelo económico basado en el capital, el interés y la renta. El fenómeno alarmante es la "pauperización de las poblaciones" o "caída de los estratos sociales." Las teorías sociológicas de la década de 1960 son débiles generalizaciones del desarrollo secuencial y mejoramiento progresivo de las sociedades.

Frente a la crisis económica mundial aparece el neoliberalismo como ideología para salvar la política económica con énfasis en la libre oferta y demanda de los bienes y servicios, con una fuerte reducción de los papeles del estado como regulador de los factores de producción (capital, tierra, trabajo y organización), y con estrategias claras de privatización de las empresas desarrolladas en los períodos anteriores de proteccionismo estatal.

El neoliberalismo plantea nuevamente el libre comercio, la libertad en el mercado de capitales, la libre absorción y ubicación de las empresas nacionales y transnacionales, la concentración del mercado financiero, y el derecho a determinar la dirección hacia la que se deben mover las economías menores en un proceso de globalización como nunca se hubieran imaginado los ideólogos del liberalismo.

Los países en desarrollo o tercermundistas están supeditando

sus procesos de desarrollo económico y social a las directrices de la banca mundial, las transnacionales y los grupos financieros que manejan realmente el poder. En el proceso de globalización de la economía los ricos son cada vez más ricos y los pobres además de ser más pobres son más numerosos (de los 484 millones de habitantes en Latinoamérica y el Caribe se estima que 217 millones, o sea 45 % de la población, son pobres)¹⁷.

Es más, se ha presentado un fenómeno interesante que podría llamarse la "caída de los estratos." Por ejemplo, en ciudades como Cali (Colombia) donde los espacios urbanos o barrios están estratificados del uno, más bajo, al seis, más alto, para el manejo de las tarifas de los servicios públicos, los impuestos prediales, la planificación urbana, la densidad poblacional y el tipo de uso del suelo en comercial, industrial, residencial, etc., los ciudadanos de los estratos medios y algunos del estrato seis, se han unido en algunas partes por primera vez para solicitar la reclasificación de su estrato social ante las imposibilidades de poder pagar como resultado de una disminución significativa en sus ingresos, ampliando notoriamente la red de pobres.

Por otra parte, existe un aumento significativo en las tasas de desempleo y un incremento del sector informal de la economía que representa un poco más de 45% de toda la fuerza laboral en las grandes ciudades, y da origen a la "economía del rebusque" de una gran masa de desempleados urbanos marginales.

Es posible afirmar que el neocapitalismo que resulta de las prácticas neoliberales refuerza los procesos de globalización en las postimerías del siglo XX. El debilitamiento de las ideologías y políticas nacionalistas y socialistas, y la pérdida de poder en el escenario

mundial del estatismo soviético, conjuntamente con el derrumbe del Muro de Berlín, la occidentalización del Japón y otros países asiáticos, más las transformaciones recientes de otras repúblicas populares y democráticas de Europa del Este, dejan a los Estados Unidos como el único poder mundial que puede intervenir en casi todas las esferas de la vida de las poblaciones en todo el mundo¹⁸.

En la década de 1970 casi todos los países terceromundistas se vieron obligados a realizar ajustes en el desarrollo de sus economías como resultado de una crisis mundial, en su mayoría condicionados por el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, y poderosos grupos financieros transnacionales que veían en peligro las ganancias en la producción de bienes y servicios, el mercado de capitales, la división del trabajo, los precios de los productos, y los intereses de la deuda externa. Se sentaron las bases de legitimización del neoliberalismo y la aplicación de las prácticas neocapitalistas sin considerar en algún momento el costo social.

Algunos estudios han demostrado que casi todas estas políticas macroeconómicas han tenido efectos negativos sobre la salud de los pobres. La reducción del gasto social en salud es uno de los factores que han repercutido necesariamente en la prestación de los servicios de salud (coberturas, calidad y eficiencia). Poca atención se le ha dado a los efectos negativos sobre la salud de las poblaciones producidos por la aplicación de políticas en el campo de la agricultura, la industria, políticas energéticas y de vivienda. Sin embargo, existe un reconocimiento general que muchas de las aplicaciones estratégicas de las políticas generadas en los diferentes campos mencionados inciden negativamente sobre la salud de las

personas sobre todo de las poblaciones desprotegidas que se encuentran por debajo de las líneas de la pobreza y la miseria¹⁹.

CONCLUSIÓN

Para terminar, y a manera de conclusión, es posible afirmar que la salud pública es la resultante de las transformaciones económicas que ocurren en la sociedad, los cambios profundos y significativos en las ideologías políticas y religiosas, la aplicación de los adelantos científicos y tecnológicos existentes en un lugar y momento determinados y, por último de la definición individual y colectiva de las personas frente a la vida para continuar incrementando su permanencia sobre la tierra.

Ante esta complejidad teórica existe una realidad social que demanda profesionales de la salud que sean capaces de ser líderes, políticos, investigadores, administradores, gerentes, planificadores y con valores sociales definidos en el contexto de la democracia, el humanismo y la ética.

Estos profesionales de la salud tienen unos desafíos presentes y futuros de cara al nuevo milenio que se relacionan con su formación en las escuelas de salud pública que deben ajustar sus enfoques pedagógicos y los currículos para dar respuestas a las demandas que impone el desarrollo de una nueva salud pública, los adelantos en la dimensión de información, ciencia y tecnología, la puesta en práctica de la atención primaria como compromiso para alcanzar la salud para todos en el 2010, y promover innovaciones frente a los cambios producidos por la transición demográfica, epidemiológica, que repercuten en la calidad de vida.

Igualmente se deben comprometer con la sostenibilidad del am-

biente, el manejo del tiempo libre, y reaccionar de pronto con un replanteamiento de los enfoques utilizados en la globalización de la economía con una toma de conciencia de las consecuencias y resultados producidos por la aceptación y aplicación de esquemas neocapitalistas o neoliberales centrados en el capital, la renta y el interés del dinero y que se encuentran muy lejos de cualquier aproximación al humanismo que debe servir de horizonte a la salud pública.

REFERENCIAS

1. United Nations. *World Population Prospects: The 1994 Revision*. New York: Population Division. 1995.
2. Population Reference Bureau. Cuadro de la población mundial 1997. Washington, 1997.
3. Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. *Invertir en Salud*. Washington, 1993.
4. Organización Panamericana de la Salud. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington: OPS, 1992.
5. Organización Panamericana de la Salud. *Sobre la teoría y práctica de la salud pública: un debate, múltiples perspectivas*. Washington, OPS, 1993.
6. Rico-Velasco J, Woolley LG. La crisis de la salud pública y los cambios curriculares: Una experiencia educativa en la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle. *Avances Med Social* 1997; 7: 3-10.
7. Villegas A. *Encuentro de psicología humanista*. Cali, 1983.
8. Kaufman A. (ed.) *Implementing problem-based medical education. Lessons from successful innovations*. New York: Springer Publishing Co. 1985.
9. Kruseman ACN. *Problem-based learning at Maastricht*: U. of Linburg, Maastricht, 1995.
10. Zaninovic' V. Carta al periódico El País de Cali. Noviembre 27 de 1997.
11. Naciones Unidas. *Población y desarrollo: programa de acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. New York: UN, 1995.
12. United Nations. *Population, Environment and Development*. New York: UN, 1994.
13. Westerholm P. *Pregnancy and the working environment*. Sweden: Joint Industrial Safety Council. 1993.
14. Lipfert FW. Critical review of studies of the association between demands for hospital services and air pollution. *Environ Health Perspect* 1993; 101: 229-68.
15. Population Reference Bureau. *El agua y la dinámica de la población*. Washington, 1997.
16. Veblen T. *The theory of the leisure class: an economic study of institutions*. New York: New American Library 1953.
17. Rico-Velasco J. Neoliberalismo, salud pública y atención primaria: las contradicciones en el paradigma de salud para todos. *Colombia Med* 1997; 28: 27-33.
18. González-Poso M. *Dos décadas de reestructuración neoliberal y la búsqueda de alternativas*. Bogotá: Corporación Salud y Desarrollo, 1997.
19. Weil-Cooper DE, Alicbusanj AP, Wilson JF, Reich MR, Bradley DJ. *The impact of development policies on health: a review of the literature*. Geneve: World Health Organization, 1990.