

EXPERIENCIAS DEL TERCER MUNDO EN LA COLABORACION INTERNACIONAL EN SALUD (*)

*Dr. Gustavo Molina G. ****

Agradezco la honrosa invitación del Comité de Salud Internacional para discutir mis experiencias de colaboración especialmente en referencia al Tercer Mundo. Como ellas cubren un período de más de 4 décadas de actividad en la mayor parte de los países del Continente, debo limitarme sólo a ciertos aspectos, orientando mi discusión al interés particular de la audiencia norteamericana. Ello obedece no tanto al tamaño de su representación en este Panel como al peso que sus opiniones y actitudes continuarán teniendo en el futuro próximo en las actividades internacionales en salud. Los más jóvenes entre ustedes, sobre todo, no captarán en plenitud la profundidad y la extensión de la dependencia que tiene América Latina, por ejemplo, respecto de los patrones de vida de los Estados Unidos y del ámbito general de su cultura.

Hace 20 años como funcionario de la Oficina Central de la Organización Panamericana de la Salud tuve el privilegio de participar de una manera sistemática en la orientación de profesionales de salud norteamericanos destinados a trabajar en el extranjero. Esto me permitió una visión por dentro de sus prejuicios y concepciones erradas prevalentes con respecto a las interrelaciones culturales y socioeconómicas de los Estados Unidos y el resto del mundo. Era aparente que muchos de vuestros colegas de aquel período no habían sido preparados para entender y enfrentar la clase de problemas de salud y de las condiciones generales que iban a encontrar.

Dominaba una sensación general de complacencia, de pertenecer a la sociedad mejor organizada del mundo, dotados del conocimiento y la disposición para com-

partir su riqueza y sus habilidades técnicas con las naciones pobres; ellos podían reconocer la miseria de las condiciones que existían en aquellas naciones, pero no podían imaginar que los Estados Unidos fueran responsables o tuvieran que ver con tales condiciones.

Querría compartir con ustedes algunas de las lecciones aprendidas a través de ese proceso y en el trabajo posterior. Tengo plena conciencia del enorme progreso realizado en vuestras mentes desde aquella época. Este es debido largamente a la rica praxis social experimentada por vuestra generación en Indochina, Watergate y en el derrocamiento (llamado desestabilización) de una serie de gobiernos democráticos, hostiles a los grandes monopolios, en Sudamérica y en otras partes.

Igual que en el pasado, nuestra Asociación ha reflejado y orientado con mucha inteligencia, cuando no ha dirigido, este cambio. Cambios similares se reflejan en diversas publicaciones internacionales recientes, (1,2,3,4,5,6) y en el resultado de un análisis inquisitivo y profundo hecho por distinguidos colegas norteamericanos (8,9,42,43,44).

El Tercer Mundo es un agregado heterogéneo muy difícil de definir. Incluye países con diferentes niveles de desarrollo y, con rara excepción, profundamente estratificados en clases sociales y grupos cuyos intereses son divergentes cuando no antagónicos. Tal vez su característica más notable es su dependencia de la cultura europea y norteamericana, es decir de vuestra cultura que naturalmente tenderá a ignorar o a excluir los más auténticos puntos de vista nacionalistas. Sos-

(*) Presentado en el Panel organizado por el Comité de Salud Internacional, en la 104 Reunión Anual de la Asociación Americana de Salud Pública, en Miami Beach, el 18 de octubre de 1976. Original en inglés.

(**) Profesor, Escuela Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia,

pecho que muy pocos entre ustedes habrán leído que Simón Bolívar anunció allá por 1829 que “Los Estados Unidos parecen destinados por la providencia para plagar de miseria a la América Latina en nombre de la libertad” (11). Creo que es igualmente pertinente indicar el estudio de algunos autores que raramente llegarán hasta nuestras oficinas de especialistas y una apreciación de su profundidad histórica y sociológica nos ayudará a entender mejor las relaciones entre la economía, la planificación y la prevención. Permittedme identificar solamente tres de ellos: Eduardo Galeano en su libro “Las venas abiertas de América Latina” (12); el expresidente de Guatemala J.J. Arévalo en su “La fábula del tiburón y de las sardinas” (11) y el libro de Franz Fanon “Estudios sobre un colonialismo agonizante” (13).

Agruparé las mayores lecciones aprendidas durante este período bajo 3 subtítulos, a saber:

- I. Aspectos sobresalientes del trabajo de salud en América Latina desde Franklin Delano Roosevelt a Nixon.
 - II. Valor y limitaciones de los indicadores de salud, economía y cultura.
 - III. Participación de la comunidad y planificación de los Servicios de Salud.
- I. *Puntos sobresalientes en la experiencia del trabajo de salud desde Roosevelt a Nixon. Uso de la historia como un profiláctico individual contra el imperialismo cultural. Política de salud y política social.*

He participado o he sido testigo directo de tres etapas en estas cuatro décadas:

- A) Primero la Política del “buen vecino” de Roosevelt despertó grandes esperanzas de poner término al largo período del “Gran garrote”, de la conquista de territorios y del apoyo militar a la expansión económica iniciada con este siglo en México, Centro y Sudamérica. Las actividades de salud, reflejo de esta nueva política, pronto se complicaron con el estallido de la Segunda Guerra Mundial y se dirigieron principalmente, en cada país, a aquellas áreas de interés estratégico. El énfasis era la prevención: las viejas campañas de fiebre amarilla y del tifo exantemático; se desarrollaron servicios locales de salud en áreas seleccionadas; pequeñas y medianas fuentes de agua y acueductos fueron construidos en

localidades seleccionadas, todo lo cual en conjunto constituyó una gota de agua en un mar de necesidades. Se construyeron sanatorios y centros de salud, equipados con lujo, a menudo la única o la mejor estructura sólida en el área. Muchas, muchas becas para el adiestramiento de personal en los Estados Unidos.

- B) El punto cuatro de Truman cubre la próxima década. La colaboración en salud es desarrollada en la mayor parte de las Repúblicas Latinoamericanas a través de agencias especiales que trabajan en estrecha cooperación, en todas partes, con las embajadas de los Estados Unidos, dando nacimiento al llamado “Servicio Cooperativo” conectado con, pero paralelo al servicio de salud en cada país. Con diferentes escalas de salario y un gran énfasis en la propaganda, propaganda de las acciones que se apoyaban, por una parte, en la nueva tecnología y por otra parte, en la fé en el “estilo americano”. Equipos multidisciplinarios pequeños, medianos y aún numerosos (85 profesionales en un momento dado en la pequeña Bolivia con su limitada capacidad para absorber ayuda) fueron establecidos para guiar a los “contrapartes” nacionales, o manejar directamente programas más o menos dispersos o coordinados de acuerdo con los principios y técnicas de salud modernos, vale decir “americanos”.

El énfasis sigue siendo la prevención, pero destinando ya grandes sumas a la construcción de vastos Centros Médicos con completo olvido de la seguridad social que constituía uno de los mayores problemas financieros y administrativos de los países, pero que era extraño a la experiencia de los visitantes. Unos pocos fracasos sobresalientes son dignos de recordar como lecciones que continúan siendo útiles hoy. En varios países, particularmente Centro América, miles de letrinas construidas por la colaboración exterior nunca se usaron y fueron utilizadas para almacenar granos o como vivienda de animales. Extensos y costosos esfuerzos para introducir en América Latina (creo que también en Asia) el ingeniero sanitario o el educador sanitario profesional, tuvieron que ser abandonados, sólo después de perturbar seriamente el sistema educacional local.

Igualmente difícil si no imposible de adaptar fue el sistema “ful time” de tiempo completo, especialmente para los médicos en centros de

salud que estaban dedicados exclusivamente a la acción preventiva, en comunidades donde la atención del enfermo era ya una función estatal desde hacía largo tiempo.

Elaborados sistemas de registros médicos importados, por ejemplo a Colombia, por la colaboración internacional, fueron pronto abandonados de manera que no he podido encontrar un formulario o una persona que los recuerde diez años más tarde. Al final de la década, la educación médica fue introducida dentro de los programas de ayuda exterior con la misma actitud de imperialismo cultural en materia de currículum, metodología y énfasis en las ciencias básicas y en la medicina curativa centrada en el Hospital. Algunas escuelas se desarrollaron casi como una copia exacta del tipo de colegios médicos americanos nacidos de la reforma de Flexner.

La interferencia de esta colaboración con una política racional de desarrollo de recursos humanos, adecuada a las necesidades de la mayoría de los países, ha sido el objeto de muchos estudios. Incidentalmente, esta distorsión de la educación médica es una de las pocas políticas que ha sido ampliamente reconocida como una fuente importante de abierto imperialismo económico, ya que abastece a Europa y a los Estados Unidos con personal médico y de enfermería sin costo para ellos.

El concepto y la práctica de la planificación nacional en salud, como la entendemos hoy, estuvo ausente durante estos períodos de la colaboración internacional. Igual que cualquier idea de cobertura. Aún la ayuda solicitada por algunos países para planificación, como en el caso de Chile, fue rechazada.

- C) El Tercer período, que comienza alrededor de 1960, está fresco en la memoria de todos como la Alianza para el Progreso, esa inspirada ilusión del presidente Kennedy "que defraudó aún a los más ingenuos en pocos años"(14). En cada etapa, la ofensiva de colaboración internacional tenía que ser más dramática en las palabras y el texto de los documentos, así como en su financiamiento. Alrededor de 1940 y de 1950 y de nuevo en 1960, los grupos políticos y sociales en el poder en cada país cabalgaban sobre la propaganda nacida en estos proyectos de colaboración internacional, constituyendo una

fuerza interminable de demagogia, apoyada a veces contra su voluntad por los expertos asesores extranjeros e instintivamente rechazada por los pueblos. Los 20 millones ofrecidos en 1961 por la Alianza para el Progreso no podían ser invertidos sin alguna clase de programación o planificación nacional y continental. De aquí nació, con aprobación oficial, la idea y la práctica de la planificación en salud y se establecieron una serie de objetivos muy ambiciosos. Bien sabemos ahora que el dinero prometido nunca vino y que tampoco fueron cumplidos esos objetivos. Pero un efecto importante, pertinente a nuestra discusión de momento, es que durante la próxima década, casi hasta ahora, todos los países desviaron un esfuerzo considerable y gran parte del mejor talento disponible al proceso de formular planes nacionales de salud. Ningún plan fue efectivamente cumplido. Muy pocos, si alguno, fueron seriamente aprobados por los respectivos gobiernos por razones técnicas, sociales y políticas que constituyen la gran lección de este período y ellas han sido muy bien discutidas en un documento producido por el propio Centro Panamericano de Planificación de la Salud (16).

Es una lástima que el tiempo impida expandirnos en los aspectos positivos, de esa experiencia. He destacado nuestros errores pasados porque son los mejores maestros y porque nosotros, en el Tercer Mundo, creemos que el análisis de sus raíces tiene un interés permanente. De todos modos, ésta no es una tentativa para evaluar dichos programas. El cuadro puede aparecer demasiado pesimista a aquellos de ustedes que dedicaron tanto abnegado esfuerzo a este trabajo. Pero no hay razones para sentirse mal tampoco. Salud es, después de todo, el mejor campo en que se puede servir a la humanidad, aún si se cometen errores y desviaciones importantes. Pensad por un momento en aquel Mayor General del cuerpo de los Marines que descubre ya jubilado que, "ha pasado 33 años, no protegiendo a su país, sino sirviendo los intereses de las compañías petroleras o del National City Bank, o los negocios de las compañías azucareras o de la United Fruit Company... en México, Haití, Cuba, República Dominicana, Nicaragua, Honduras o China..."(17).

Mutatis mutandi, Richard Brown ha expresado de manera admirable, en su estudio sobre los primeros programas de la Fundación Rockefe-

ller en los Estados Unidos y en el exterior, nuestra propia síntesis de las amplias lecciones sociales dejadas por estas tres décadas de interrelaciones. He aquí el extracto: “Las campañas contra el anquilostoma en los Estados del sur de la Unión primero, y luego en la mayor parte del mundo, estaban primariamente orientados a elevar la productividad de los obreros en las áreas subdesarrolladas; en segundo lugar a reducir la autonomía cultural de aquellas comunidades agrarias, y hacerlas más accesibles a incorporarse en una fuerza industrial; y en tercer lugar a reducir o disminuir la hostilidad hacia los Estados Unidos minando los objetivos o aspiraciones de independencia nacional, económica y política..., haciendo así de las instituciones educacionales de la economía agrícola, y del trabajo de salud pública una fuerza en favor del nuevo órgano...” Ustedes todos recuerdan que las Escuelas de Salud Pública y los primeros Centros de Salud formaban parte de tal programa.

Es obvio en estas citas derivadas de los archivos de la familia Rockefeller, que los filántropos y sus asesores concluyeron pronto que la medicina y la salud pública eran mucho más efectivas que los misioneros o que los ejércitos para perseguir sus propósitos económicos. La salud fue identificada mas bien que en términos de felicidad humana, como rendimiento y capacidad de trabajo; el éxito de los programas y la mejoría de salud eran medidos por el aumento cuantitativo de la productividad. “Para los propósitos de aplacar a los pueblos primitivos recelosos, la medicina tenía algunas ventajas sobre los cañones, a causa de su carácter humanitario; los subproductos de nuestro programa de salud, en la forma de relaciones amistosas internacionales pueden ser aun más importantes para el futuro de los negocios que el control de la fiebre amarilla o el anquilostoma...”

Una última lección de ese estudio tiene particular interés para nuestra discusión. Una vez que estos programas eran aprobados por los altos oficiales de la Fundación, las condiciones históricas y la lógica interna de los mismos aseguraban que su propósito imperialista sería satisfecho, aún cuando el personal profesional de salud no hiciera nada para promoverlo conscientemente a través de su programa. (Esto, que para Brown es una consideración teórica correcta, ha sido una experiencia viva muy rica para mí, trabajando por años con algunos de ellos en el

campo. Varios se cuentan entre los trabajadores más eficientes y abnegados que yo he conocido).

Programas obviamente humanitarios pueden incluir propósitos opresivos, sea que se lo propongan o no. Corresponde a los profesionales de salud y a sus asociaciones incluir dentro de sus preocupaciones, no sólo la competencia técnica sino también el análisis de las finalidades económicas, políticas y sociales de los programas en los cuales sirven. Es, ciertamente, fácil hacerlo retrospectivamente con la ayuda de los archivos internos de una familia de imperialistas. Pero queremos tratar de mostrar, al menos algunos aspectos del problema que encaran nuestros colegas hoy en su trabajo actual.

Política Social y Política de Salud. Este punto fue planteado con gran inteligencia y energía en el discurso presidencial de la última reunión de la Asociación, que tuvo lugar en esta ciudad hace 9 años. Sugiero a cualquiera interesado en este campo y en el trabajo internacional, leer de nuevo ese documento que en nuestra experiencia causó gran impacto cuando circuló profusamente en castellano. Dijo muy bien Milton Terris.

“Hay una fuerte tendencia a divorciar la conducta individual de su base social. Las ciencias sociales han sido redefinidas como “ciencias de la conducta” y se coloca el énfasis en la conducta individual per se... Los problemas de salud pública, nuevos o viejos, son esencialmente sociales por su carácter y sólo pueden ser resueltos en términos de una política social...”

“Algunos de los más importantes determinantes de la enfermedad se encuentran en el área del desarrollo social general. Una política social para la salud no puede ignorar el hecho de que la pobreza y la discriminación persisten como causas importantes de mala salud, que influyen en la política de salud, la calidad y cantidad de servicios de salud recibidos. Y es aquí donde la política de salud se confunde con la política social general, donde los profesionales de salud necesitan ir más allá de sus preocupaciones específicas para apoyar aquellos en sus elementos de la política social general que hará posible la

eliminación de la pobreza y la discriminación como factores etiológicos de la enfermedad. En el mundo como un todo, la pobreza sigue siendo el principal obstáculo a la salud. Aquellas condiciones sólo responderán de modo parcial a las medidas de una política de salud aislada. Tampoco desaparecerán como efecto de los programas de control de la natalidad ya que éstos no pueden eliminar el atraso económico y social. En verdad, es dudoso que los programas de control de la natalidad por sí mismos, puedan lograr ningún éxito apreciable, en economías agrarias caracterizadas por la pobreza, por la falta de educación y la ausencia de incentivos para limitar los nacimientos. En tales países, la política social efectiva para servir los fines de la salud no puede ser lograda en el área de la salud sólo. Los profesionales de salud preocupados por las necesidades de estas naciones tienen una doble responsabilidad: desarrollar a la vez programas de salud específicos, y apoyar medidas sociales generales para la industrialización, el desarrollo económico y la modernización” (19).

II. *Salud, Economía y Cultura. Valor de los Indicadores y sus Limitaciones.*

Entre tanto, a través de estos años, la situación de salud no mejoró para el Tercer Mundo. Más bien se deterioró. Prueba adicional de que no se puede comprar salud con la falsa moneda de los Seguros Sociales o de los mágicos servicios nacionales de salud, operando en un vacío social. En América Latina, una década después de haberse lanzado la Alianza para el Progreso, en cada país, excepto Cuba, los indicadores corrientes de salud no mejoraron o empeoraron. A medida que aumentan las inversiones en salud, tanto de los gobiernos como de las agencias externas, empezamos a experimentar problemas “metodológicos” con los indicadores, aprendiendo unas cuantas lecciones dignas de recordar. No me refiero sólo a la necesidad de estar alerta para no asociarnos con las tentativas recurrentes para manipular indicadores, principal pero no exclusivamente por las autoridades locales o nacionales. (Un ejemplo es la publicación reciente en el *New England Journal of Medicine* dando cuenta de la absurda declinación de la tasa de mortalidad infantil en Chile, desde

el 71 al 72 por mil nacidos vivos en un solo año. Este descenso es explicado como el resultado de las políticas y acciones de la Junta Militar, cuyos efectos ampliamente conocidos han sido el serio deterioro en la situación económica y en la calidad y cantidad de servicios de salud).(20).

Me refiero más a la limitación de las tasas promedio como descriptivas de la situación de un país o una amplia región. Tales valores enmascararían las diferencias internas dentro de la población. Encaramos por primera vez este problema, haciendo un estudio comparativo de Puerto Rico y las naciones latinoamericanas (21), que intentaba correlacionar 3 series de 17 indicadores, a saber: nivel de salud; nivel socio-económico y cultural; y servicios y actividades de salud. El producto nacional bruto per cápita se demostró particularmente débil, debido a que de ordinario no se dispone de datos relativos a su distribución, a la proporción destinada a los trabajadores y al capital. Pero también lo era la tasa nacional de mortalidad infantil que oscilaba, por ejemplo, de 65-70 en San Pablo y Rio de Janeiro a 102 en Puerto Alegre, a cerca de 220 en Fortaleza y a más de 360 en Natal. ¿Qué significaba, entonces, realmente la tasa media estimada de 120 a 160 para Brasil en aquel año? (14). Con mucho, lo mismo es verdad para varios de los otros 15 indicadores ya que ellos no reflejan el factor fundamental, a menudo ignorado, de la profunda estratificación social de las naciones del Tercer Mundo, que constituye el más serio y real obstáculo al progreso sanitario y social. La situación era tan mala, sin embargo, que uno podía elegir casi cualquier indicador para medir el grado de desarrollo de las naciones incluídas en nuestra investigación. Los coeficientes de correlación encontrados en un estudio publicado en ese tiempo por las Naciones Unidas pueden ilustrar nuestra discusión de este momento.

“Pese a todas las reservas indispensables, se puede concluir que el ingreso per cápita está estrechamente relacionado con los niveles de educación (. +84), nutrición (. -86) y mortalidad infantil (-84). Es de interés observar que la tasa de mortalidad está más estrechamente relacionada con el ingreso calórico (-81) y la escolaridad (-64), en cada país, más bien que con la disponibilidad de médicos (+43).

Las observaciones finales de este estudio de las Naciones Unidas son también muy pertinentes:

“El ingreso promedio per cápita en América Latina es considerablemente mayor que los promedios nacionales para Asia y Africa; sin embargo el nivel de ingreso para los más pobres de América Latina, no es muy diferente que aquel de las masas de Asia y Africa. Esta gran desigualdad en la distribución del ingreso nacional, que es debido principalmente a la inversión extranjera concentrada en un sector y a los anticuados sistemas de tenencia de la tierra, deberían ser objeto de especial atención para entender la falta de equilibrio o el desequilibrio entre los diversos indicadores del desarrollo”. (22).

Esta interesante tendencia fué aparente, como una grata sorpresa, en una reunión reciente de la Confederación Universitaria Centroamericana en Costa Rica (23). La información presentada por sus líderes y profesores, no estaba basada en los promedios nacionales de aquellas repúblicas tanto como en las diferencias de los sectores sociales e iba más allá del diagnóstico tecnológico habitual para proponer o informar sobre programas comprensivos que abarcaban acciones sociales tanto como de salud. Sus autores estaban realmente estudiando y practicando la medicina y la salud pública, como la ciencia social que Sigerist advocara pioneramente hace muchos años.

III. *Participación de la Comunidad y Planificación de los Servicios de Salud.*

No cabe decir más sobre el nivel de salud y sus determinantes sociales, dos de los tres temas de nuestro panel. Desearíamos volver a la planeación de los servicios de salud. Su desarrollo y estado actual son igualmente insatisfactorios en el Tercer Mundo. En lo que refiere a América Latina, en la tercera reunión especial de Ministros de Salud en 1972, (24) se comprobó que 37o/o de los habitantes de la América Latina y del Caribe no estaban recibiendo atención médica de ninguna especie.

Varios factores fueron señalados como responsables de la limitación de este crecimiento, en todos los niveles de la operación regional, agotando la capacidad de expansión para cubrir,

aún con “servicios mínimos o elementales”, más de ese 63o/o de la población. La reunión concluyó, sin embargo, recomendando básicamente la implementación de los mismos mecanismos y estrategias aplicadas en las naciones industrializadas.

Navarro no había publicado todavía su estudio (8) sobre la salud del subdesarrollo, refutando la noción Rostoviana de que la transferencia de tecnología en materia de salud era el mecanismo para sobreponerse al subdesarrollo. Pero el mismo punto era planteado desde varios círculos con diferentes matices y propósitos. Carlos Luis González proponía una forma de medicina simplificada en Venezuela (25). Para Tejada, “la prioridad programática mundial dada al servicio primario de atención médica significaba una completa reelaboración del sistema de salud desde la base para toda la gente” (5).

Héctor Acuña, expresando la experiencia de México y de otros lugares, sugería la necesidad de “ayudar a los sectores menos privilegiados a desarrollar su propia tecnología, capacitándolos para resolver sus necesidades específicas mediante soluciones propias” (6). Y, sin duda todos estábamos grandemente impresionados por la experiencia cubana (26), digna de más estudio por muchos en este país, y muy influenciados por el enfoque chino tan adecuadamente diseminado por Sidel, Wegman, y otros (27,28).

Una circular dirigida por el Departamento de Estado de los Estados Unidos el último año a sus embajadas, a través del mundo, instruía que se diera “apoyo prioritario a programas expandidos de atención primaria de bajo costo, especialmente en las áreas rurales y en el sector económico más pobre, por personal auxiliar en clínicas, centros de salud, sistemas de distribución comercial y otros modos de extenderse a las raíces de la comunidad, con énfasis en la educación y en la distribución de servicios de planificación familiar”.

Para muchos de nosotros en el Tercer Mundo, esta nueva orientación, contraria al enfoque del imperialismo cultural experimentado en las décadas anteriores, despertó considerables sospechas, como un modo diverso de dominación internacional y nacional. Varios trabajadores de salud sudamericanos criticaron tales programas. Ellos aparecían prometiendo a las poblaciones

rurales y marginales de la ciudad "servicios elementales mínimos de muy pobre calidad debido a la falta de recursos pero que en algún modo estaban orientados a paralizar o delimitar su demanda impaciente y bienvenida por mejores condiciones de vida y de salud". (45) Ellos cubrirían solo una pequeña proporción del territorio, seleccionando áreas donde, por coincidencia, los conflictos sociales eran más violentos. Muy parecido a como los sistemas de seguridad social fueron introducidos y se expandieron a partir de la segunda mitad del siglo XIX, en un país tras otro, en las ondas descritas por Sigerist, para conservar el sistema de relaciones productivas. Aquellos trabajadores de salud estaban también sospechosos de las proposiciones para controlar la demanda y reducir los costos, al mismo tiempo que expandían la cobertura, multiplicando prescripciones médicas, y así aumentando el abuso de los productos farmacéuticos, para beneficio de las corporaciones multinacionales.

No habría nada malo y en verdad mucho de bueno, en una organización simplificada para distribuir servicios de salud, a condición de que ella realmente contribuyera a la liberación de la gente, a su comprensión científica de la salud y de la enfermedad y sus determinantes, y a su educación para asumir por sus propias manos la solución de sus problemas.

El último informe conjunto de la UNICEF y la Organización Mundial de la Salud (2) destaca "el fracaso de las estrategias para promover servicios de salud relativamente sofisticados en el Tercer Mundo, centrados ampliamente en las ciudades, predominantemente curativos y accesibles a un pequeño sector privilegiado; claramente ha llegado el momento para examinar de nuevo enfoques alternativos...no se trata de inyectar un poquito más de conocimientos técnicos. Algunos países tendrán que hacer cambios revolucionarios o muy drásticos en su enfoque a los servicios de salud... y en el compromiso de parte del pueblo, que es el único que tiene conocimientos y el poder económico y político para introducir cambios".

Pero la tercera reunión especial de Ministros de Salud de América Latina, además de enterrar oficialmente muchas falsas ilusiones, aprobó una recomendación muy pertinente para nuestra deliberación. Esta es la invitación a "investi-

gar y experimentar tecnologías de salud... consistentes con la realidad socioeconómica y cultural actual y con las expectativas de desarrollo en cada país". Esta invitación ofrece una oportunidad estimulante. Parecería obvio que la salud y los servicios de salud no pueden desarrollarse adecuadamente en el Tercer Mundo dentro de la estructura presente de poder económico y político, de la dependencia extranjera y de la alienación masiva. Como Virchow concluye en la mitad del siglo pasado "la reforma médica necesaria es parte de la reforma de la sociedad" (29). Bajo tales condiciones, experimentar con tecnologías consistentes... "con el desarrollo esperado de cada país" significaría promover o incrementar aquellas medidas de salud que sean viables o tolerables por el sistema, pero que puedan cumplir los siguientes objetivos:

- A. Debilitar la oposición futura posible a los cambios deseados, cuando el tiempo llegue. Por ejemplo, diseminando estas ideas entre los estudiantes de las profesiones de salud, así como entre las asociaciones profesionales de trabajadores de salud; y mediante un análisis crítico de la política nacional o regional de salud; destacando y posiblemente demostrando una delegación o redefinición de funciones dentro del equipo de salud.
- B. Promover aquellos cambios en la estructura de servicios médicos y de salud, que faciliten la organización racional del futuro, promoviendo y practicando por ejemplo integraciones locales y regionales de los sistemas de salud y su coordinación con la seguridad social; o bloqueando la tendencia, a veces estimulada desde el exterior, para crear o reforzar programas o agencias independientes aisladas.
- C. Profundizar las contradicciones internas del sistema, apoyando una verdadera expansión de la cobertura y una genuina participación de la comunidad.

Más que una elaboración intelectual, estas sugerencias reflejan el pensamiento y la Praxis de centenares de trabajadores de salud que he visto recientemente en muchos rincones de América Latina; y que todos hemos conocido a través de la colección de experiencias vivas en otros continentes, por el libro de la Organización Mundial de la Salud "Salud por el Pueblo"

(4). Debe ser aparente, en especial para los asesores internacionales, que cada uno de los pasos sugeridos constituyen elementos básicos en cualquier planificación de salud nacional y son una parte habitual de los respectivos documentos oficiales; pero a menudo se los ignora o son deformados, en el proceso de utilizar los servicios de salud como un elemento más del Estado para preservar el statu quo.

Solamente puedo referir a aquellos de ustedes interesados al trabajo local de salud que se está llevando a cabo en San Ramón, Costa Rica (31), Panamá (32), Antioquia-Colombia (33) y las diversas publicaciones sobre Chile (34 a 39). El Servicio Nacional de Salud de este país se desarrolló a lo largo de tal línea desde aproximadamente 1940, en gran parte bajo el estímulo de un pequeño grupo de médicos. Sus 4 pasos mayores, que conducen a través de 15 años de esfuerzo a un sistema regionalizado, bastante bien integrado, de atención y educación médica, pueden ser recordados en este momento.

Aprobar una escala uniforme de salarios para los profesionales fué uno de los elementos decisivos. Aún más importante, fué el adiestramiento especializado de cuadros directivos imbuídos en los principios de la integración, en el trabajo de equipo multidisciplinario y en la participación de la comunidad. Igualmente crucial fué la demostración de servicios coordinados en áreas o problemas determinados, controlados, o bien conocidos por las profesiones médicas. Otro paso decisivo fué efectuar la integración precoz del Seguro Social y de la Salud Pública, que todavía representa una lección valedera para más de un país no sólo del Tercer Mundo.

Hay un rasgo común en estas experiencias. Este es su difícil propósito de lograr una participación democrática genuina, en comunidades habituadas a formas paternalísticas u opresivas de organización local o nacional. Lo que se busca es "que el mayor número posible de personas tomen parte en las decisiones que les afectan y asuman la mayor responsabilidad posible en las acciones y programas de salud y bienestar" (33). Las avenidas elegidas han sido, entre otras, el desarrollo de "Responsables de Salud", democráticamente designados por las organizaciones de base o, en ausencia de éstas, por los habitantes de una manzana o sector rural. Ellos están llamados a funcionar como un vínculo permanente entre el Servicio Local de Salud y la organización de base ante la cual son responsables. Su adiestramiento se orienta, por etapas, a promover su participación específica en el gobierno de la salud local, de acuerdo con las opiniones, actitudes y

madurez de cada organización y de acuerdo con su competencia técnica individual para asumir una variedad de funciones preventivas, curativas y educacionales.

Estos "responsables" siguen siendo amas de casa, profesores, trabajadores ó estudiantes que desarrollan sus funciones sin remuneración mientras cumplen sus actividades normales. Su adiestramiento destaca el peligro de convertirse en una nueva etapa burocrática entre los servicios oficiales y la comunidad, y enseña la forma de profundizar los contactos con la población. Una manera ideal de lograrlo es la organización de "Comités de Salud Local" genuinos, que coordinan las tareas de los responsables y educan a la población en el proceso de trabajar juntos, en el gobierno local de la salud. El objetivo último de los "responsables de salud" es dotar a cada miembro de la comunidad de un conocimiento básico sobre la salud y la enfermedad y los factores que los determinan (40). Es difícil pensar en algún factor más importante en la planificación de la salud o en la mejoría de los niveles de salud y bienestar en un país. Los reservorios ilimitados de iniciativa y solidaridad del pueblo empiezan a expresarse como cada vez que asumen el manejo aun parcial de sus problemas.

Consideraciones Finales.

Para terminar este análisis, debo reconocer nuestra deuda a numerosos y valientes estudios publicados en este país. Ellos se aplican principalmente a los Estados Unidos y a otros centros de dominación mundial. Pero, también, constituyen guías valiosas para cualquiera que vaya a trabajar en naciones dependientes en cualquiera capacidad. Ellos, ciertamente, interpretan de la manera más adecuada las conclusiones logradas a través de mi propia experiencia.

El cuidado personal de la salud, especialmente los servicios médicos, es sólo uno de los determinantes de la salud. Esto es innegable y, como lo observa el doctor Roy (10) "en conversaciones privadas todos los médicos estamos de acuerdo; es tan obvio que ni siquiera requiere explicación. Sin embargo, no encuentro que los médicos como grupo se comporten de modo que expresen la aceptación y comprensión de estos hechos básicos de la vida. El rápido y grande aumento en los gastos para salud, especialmente en servicios personales, ha sido acompañado por muy poco o ningún mejoramiento en los grandes indicadores de salud. Esto nos conduce al reexamen de los otros determinantes de la salud y cómo pueden ellos ser modificados". Similarmente, el doctor Cochranne observa (41) que

los Estados Unidos, a pesar de que dedican la mayor proporción de su producto nacional bruto a salud (7.4o/o y 330 dólares por habitante en 1931, ligeramente más que Suecia 7.1o/o y 234 dólares por cabeza), ocupa uno de los últimos lugares en la expectativa de vida y en la mortalidad en todos los grupos de edad, dentro de las 8 naciones más desarrolladas. Y se pregunta por qué los Estados Unidos está obteniendo tan poco del dinero que gasta en salud.

La respuesta avanzada por varios colegas en este país ha sido una de mis últimas y más significativas experiencias. De nuevo, sólo puedo enumerar unos pocos de esos trabajos y que más nos han impresionado en el Tercer Mundo. El análisis de Navarro (42) acerca de la estructura de poder dentro de las instituciones educacionales y de salud, reproduciendo la estratificación de clase de la sociedad americana; y su estudio acerca del subdesarrollo de la salud de los trabajadores (43) en la nación más industrializada del mundo han sido de gran ayuda para comprender nuestros propios problemas y explicarlos a muchos grupos latinoamericanos, siempre receptivos a las ideas que vienen del norte. Lo mismo es verdad del estudio de Sander Kelman (9) invitándonos a reconocer que la definición de saes primariamente social más bien que determinada por factores biológicos; que la sórdida historia de las enfermedades ocupacionales y de las muertes por accidentes del trabajo ilustra cómo la salud está subordinada a la producción más bien que ser un fin en sí misma. En esta sociedad rica, libre, afluente, muchas gentes no tienen otra elección que actuar en contra de sus propios intereses y en contra de su propio conocimiento de la salud o puede que no tengan acceso al conocimiento de las causas o síntomas de la mala salud. Ustedes pueden ver cómo tal idea nos ha ayudado poderosamente a comprender nuestra situación y supongo que será un guía valioso y una fuerza que tempere vuestras inclinaciones a una interpretación superficial para cualquiera que vaya a trabajar en la planificación de salud en las naciones del Tercer Mundo. O para mencionar un estudio más, debemos mucho a Stevenson (44), por su análisis de la industria de la salud como un pesado fardo para todos los pueblos a través del mundo y como una ilustración

sobresaliente de la manera como el capitalismo monopolista bloquea el progreso hacia la felicidad. Este es un punto que el Director de la OMS, el doctor Mahler ha planteado también en términos muy claros recientemente (1).

Muy útil, aunque desde un ángulo diferente es un libro reciente de Bryant (7). En él se intenta un diagnóstico de los problemas administrativos y de personal en un amplio rango de naciones en desarrollo, por encargo de la Fundación Rockefeller y se termina proponiendo soluciones centradas en torno a la universidad y a la investigación. No se hace ninguna concesión a la posibilidad (lograda ya en algunos países) y a la necesidad de luchar por un cambio estructural vasto. Tal cambio permitiría: 1o) disponer de mayores recursos para salud, recuperando y desarrollando la riqueza de una nación y poniendo término a la discriminación interna en su distribución y 2o) permitiría el acceso de las masas a las decisiones relativas a su destino, lo que muchos consideramos la llave para cualquier progreso real en la mejoría de los niveles de salud y de los servicios de salud.

En nuestras naciones dependientes, la función social de los servicios de salud como un instrumento para la preservación del status quo es aparente con facilidad. La situación nacional de salud está dominada por este hecho de la vida. La colaboración exterior habitualmente es un factor contribuyente. La medicina para las masas se espera que alivie, no que cure y menos que prevenga, la enfermedad y el malestar producido por la desorganización social. Se la impone a los grupos, al margen de todo proceso democrático, como otras formas de dominación social.

Quiero terminar invitando a las jóvenes generaciones a tomar estos factores más seriamente en consideración, de lo que tal vez hicimos en nuestros días de actividad, como consejeros internacionales. Les economizaría una sensación recurrente de frustración, de trabajo hecho a medias, de complicidad con la injusticia y de ideales comprometidos, que no es rara en mi propia generación.

BIBLIOGRAFIA

1. MALHER, H. La OMS y el nuevo orden económico. *Crónica de la OMS (Ginebra)*. 30(6):231-240, Jun, 1976.
2. DJUKANOVIC, V. and MACH, E. Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries. A Joint UNICEP/WHO Study. Geneva, 1975.
3. BEJAR, M. Nutrition a social problem WHO features, 35 Jan. 1976. Also in Spanish.
4. NEWELL, K. W. La salud por el pueblo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1976.
5. TEJADA DE R., D. Entrevista. Lima, La Crónica, Dic. 14, 1975.
6. ACUÑA, H. Salud: esfuerzo colectivo. *Salud Panamericana*. 7(3-4), 1976
7. BRYANT, J. Health and the developing world. Ithaca, Cornell University Press, 1969.
8. NAVARRO, V. The underdevelopment of health or the health of underdevelopment. *International Journal of Health Services*, 5(1), 1974.
9. KELMAN, S. The social nature of the definition problem in health. *International Journal of health services*, 5(4), 1975.
10. ROY, E. R. An agenda for physicians and legislators. *New Engl. J. Med.* 295:589, 1976.
11. SIMON BOLIVAR. Quoted in J.J. Arévalo. *La Fábula del Tiburón y las Sardinias* 6 ed. Buenos Aires, Palestra, 1961. p.169.
12. GALEANO, E. *Las venas abiertas de América Latina*. 10 ed. Buenos Aires, Siglo XXI, 1975.
13. FANON, F. *Studies on a dying colonialism*. New York, M.R. Press, 1965.
14. CAYUELA, J. Helder Camara - Brasil. ¿Un Vietnam católico? 3ed. Bogotá, Promaire, 1970.
15. LATORRE, H. Punta del Este, el cónclave de los medicamentos. Bogotá, 1961.
16. CENTRO PANAMERICANO DE LA PLANIFICACION DE LA SALUD. *Desarrollo del proceso de planificación*. Santiago de Chile, abril, 1975.
17. Quoted by W. C. MILLS in "Listen Yankee". New York, Mac Graw Hill, 1960.
18. BROWN, E. R. Public health in imperialism/early Rockefeller programs et home and abroad. *Am Jour Pub Hlth*. 66(9):897. set, 1976.
19. TERRIS, M. A social policy for health. *Am Jour Pub. Hlth*, 58(1), 1968. Also in Spanish, *Cuadernos Médico Sociales (Santiago de Chile)*. 9(1):28-34, Mar. 1968.
20. MEDINA, E. and CRUZ COKE, R. Chilean medicine under Social Revolution. *New Engl. J. Med.* 295(4), Jul.15, 1976.
21. MOLINA, G. Indicators of health economy and culture, in Puerto Rico and Latin America. *Am. Jour Pub Hlth*. 54(8) Aug. 1964. Also in Spanish, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (Washington)*. 57(2):93-111.
22. UNITED NATIONS. Report on the world social situation, with special reference to balanced socio-economic development. E/C No.5/346. 1961.
23. CONFEDERACION UNIVERSITARIA CENTROAMERICANA (CSUCA) Informe del Seminario sobre Costo de la Salud San José, Costa Rica, abril 1976.
24. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Plan Decenal de Salud para las Américas, Informe final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Washington, 1973 (Documento Oficial, 118).
25. GONZALEZ, C. L. Simplified medicine in the Venezuelan health services. Also in Spanish. See reference 4, NEWELL, page 169-190.
26. TEXEIRO, A. "The health system in Cuba". See reference 4, NEWELL, Page 13.
27. SIDEL, V. and SIDEL, R. Serve the people. Observations on medicine in the people's Republic of China", New York, Macys 1974.
28. WEGMAN, M. E. Public health in the people's Republic of China. New York, Macys, 1973.
29. Quoted by H. E. SIGERIST. *On the sociology of medicine*. New York, M. D. Publications, 1960. Also in Spanish, *Selecciones de historia y sociología de la medicina*, Ed. G. Molina. Bogotá, 1974.
30. MOLINA, G, et al. La salud en función del desarrollo económico en América Latina. *Cuadernos Médi-*

- co Sociales (Santiago de Chile) 5(2-3):14-27, 1964.
31. SERRA, J. Experiencia en un programa de medicina comunitaria en Costa Rica. *Revista Centroamericana de Ciencias de Salud*. 1:151-1975.
 32. SAEID, A. Políticas y programas de salud en Panamá. Panamá, Ministerio de Salud Pública, 1976.
 33. MOLINA G. TURIZO, A. y CARDONA, J. Programas locales integrados de salud y bienestar en Antioquia. *Revista de la Escuela Nacional de Salud Pública* 1(2):27-32, Ene-Jun. 1975.
 34. NAVARRO, V. What does Chile mean. An analysis of events in the health sector before, during and after Allende's Administration. *MMFQ/health and Society*, 93-130, 1974.
 35. MOLINA, G. Tendencias internacionales en la organización de servicios de salud. *Revista de la Escuela Nacional de Salud Pública*.
 36. BELMAR, R. and SIDEL, V. An international perspective on strikes and strikethreats by physicians; the case of Chile. *Int. J. Health Serv.*
 37. JONSEN, A. R. PAREDES, A. And SAGAN, L. Doctors in politics a lesson from Chile. Report of a mission from the American Federation of Scientists. *New Engl. Med.* 291:472-473, 1974.
 38. CORVAZIER, F. Les problèmes de santé au Chili (Report of a French-Swiss Medical Mission visiting Chile) April 1976.
 39. HALL, T. L. and DIAZ, S. Social security and health care patterns in Chile. *Int. J. Health Ser.* (2), 1971.
 40. MOLINA, G. TURIZO, A. y CARDONA, J. El responsable de salud, pilar de la organización local. *Revista de la Escuela Nacional de Salud Pública*. 2:11-23, 1976.
 41. COCHRANNE, A. L. World health problems. *Canad. J. Publ. Hlth*, 66(4):280, 1975.
 42. NAVARRO, V. Social policy issues -- an explanation of the composition nature and functions of the present health sector in the United States. *Bull. New York Academy Med.* 51:199-234, Jan 1975.
 43. NAVARRO, V. The underdevelopment of health of working América. Causes, consequences and possible solutions. *Am. J. Publ. Hlth*. 66:538-547, Jun. 1976.
 44. STEVENSON, G. Functions of health industry in monopoly capitalism. In press.
 45. ATENCION DE la salud en el Nivel Primario. Aspectos conceptuales. Documento presentado por la Escuela Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, en la IX Conferencia de Escuelas de Salud Pública de América Latina, celebrada en Río de Janeiro, Brasil, entre el 7 y el 12 de noviembre de 1976. (En prensa. Revista ENSP).