



AVISO LEGAL

Artículo: Una propuesta de vinculación Universidad-Sociedad : el proyecto USALC-XXI

Autor: Cano Valle, Rubén Fernando; López Moreno, Sergio

Fue publicado en la revista: *Cuadernos Americanos*. Nueva época, vol. 6, año IV, núm. 24 (noviembre-diciembre de 1990), ISSN: 0185-156X

Forma sugerida de citar: Cano, R. F. y López, S. (1990). Una propuesta de vinculación Universidad-Sociedad: el proyecto USALC-XXI. *Cuadernos Americanos*, 6(24), 53-74.
<https://rilzea.cialc.unam.mx/jspui/>

D.R. © 1990 Universidad Nacional Autónoma de México.
Ciudad Universitaria, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04510
México, Ciudad de México.

Centro de Investigaciones sobre América Latina y el Caribe
Piso 8 Torre II de Humanidades, Ciudad Universitaria, C.P. 04510,
Ciudad de México.

<https://cialc.unam.mx/>

Correo electrónico: cialc-sibiunam@dgb.unam.mx

Los derechos patrimoniales pertenecen a la Universidad Nacional Autónoma de México. Excepto donde se indique lo contrario, este contenido en su versión digital está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No comercial-Sin derivados 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0 Internacional).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.es>



Con la licencia BY-NC-ND usted es libre de:

- › Compartir: copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.

Bajo los siguientes términos:

- › Atribución: usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Pueden hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.
- › No comercial: usted no puede hacer uso del material con propósitos comerciales.
- › Sin derivados: si remezcla, transforma o crea a partir del material con propósitos comerciales.

Esto es un resumen fácilmente legible del texto legal de la licencia completa disponible en:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.es>

En los casos que sea usada la presente obra, deben respetarse los términos especificados en esta licencia.

UNA PROPUESTA DE VINCULACION UNIVERSIDAD-SOCIEDAD: EL PROYECTO USALC-XXI

Por *Fernando* CANO VALLE

DIRECTOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

y *Sergio* LÓPEZ MORENO

DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA Y COMUNIDAD

FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

Una nación que no reconoce la humanidad de todos sus miembros, difícilmente puede estar segura de poseer ésta y exigir su reconocimiento ante otras naciones, salvo que tenga la fuerza física para hacerlo. Pueblos débiles como el nuestro sólo pueden exigir aquello que están previamente dispuestos a reconocer en otros, en sus propios nacionales, o en los de otros de naciones semejantes a la suya.

Leopoldo Zea

Introducción

EL ALCANCE del más elevado nivel de salud de los pueblos es sin duda una de las más nobles metas a las que puede aspirar la sociedad. El hecho innegable de que este nivel de salud no sólo no ha mejorado ostensiblemente, sino que en algunos casos ha decrecido, indica que las acciones que la comunidad mundial ha promovido entre cada uno de los gobiernos han sido hasta la fecha insuficientes.

Tomando como base la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la "Función de las Universidades en las Estrategias de Salud para Todos", la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) firmaron en marzo de 1987 un convenio de cooperación técnica para

el establecimiento de un programa de apoyo universitario para el desarrollo de la salud en la región.¹ El programa resultante fue denominado "Universidad y Salud para América Latina y el Caribe en el Siglo XXI" (USALC-XXI)

El principal propósito del Programa, establecido desde la firma del convenio, consiste en promover la incorporación de las Universidades de la región en un esfuerzo común para el abordaje interdisciplinario de la meta de "Salud para todos en el año 2000" (SPT-2000). El objetivo del presente ensayo es proporcionar el contexto general en el cual el programa USALC-XXI aparece en América Latina, así como analizar sus posibles alcances y limitaciones como instrumento de vinculación entre la Universidad y la sociedad. Se abordarán también brevemente algunos elementos recientemente propuestos acerca del papel de las instituciones de educación superior frente a los proyectos de modernización de la sociedad civil y del Estado, y la redefinición, en tal contexto, de la estructura, objetivos, funciones y formas de operación de la Universidad Nacional para la década próxima, particularmente en lo que respecta al caso de la salud.

Tal como el documento oficial propone, el programa parte del "reconocimiento de que la salud, por su carácter interdisciplinario, sólo puede alcanzarse mediante la acción integrada de diversos sectores y el desarrollo de diferentes campos del conocimiento" y especifica los siguientes objetivos particulares:

1. Sistematizar la recolección del pensamiento latinoamericano para el enriquecimiento permanente de la salud como concepto y como meta operacional.
2. Conformar grupos interdisciplinarios que actúen como intermediarios en la amplia movilización de los distintos sectores de la Universidad en pro de la meta SPT-2000.
3. Promover el intercambio de conocimientos y experiencias entre los sectores académicos y los servicios, en torno a problemas prioritarios del país.

El análisis de los elementos arriba descritos resulta además trascendente en la particular coyuntura latinoamericana, en la medida

¹ El "Convenio de Cooperación Técnica OPS-UDUAL" fue firmado en la ciudad de México en marzo de 1987. La resolución de la OMS en la cual se basa ese convenio es la WHA 37.31 acerca de las funciones de la Universidad frente al compromiso de Salud para todos en el año 2000.

en que sobre ellos se deberá construir el proyecto de Universidad para el siguiente siglo. Las modalidades bajo las cuales podrá vincularse la institución universitaria con la sociedad en su conjunto en las próximas décadas posiblemente se encuentran ya contenidas en los programas que, como es el caso de USALC-XXI, intentan modificar las tradicionales maneras de ejercer la libertad y la autonomía universitaria, proponiendo a la ciencia y la cultura como vehículos a partir de los cuales las instituciones de educación superior pueden servir de eslabón en el proceso de desarrollo social de los pueblos.

Aun cuando este proyecto se dedica específicamente al aspecto de salud, la perspectiva desde la cual lo aborda requiere necesariamente el análisis de la Universidad en su conjunto, con estrecha relación con la sociedad a la que ésta pertenece. Por tal razón, el interés que pudiera tener la propuesta se amplía a todos aquellos que, vinculados o no al problema de la salud como fenómeno social, permanecen atentos al desarrollo de la Universidad como instancia de la sociedad.

1. Universidad y salud

El análisis de las relaciones entre las instituciones educativas superiores y la situación de salud de la población ha sido objeto de profundos debates en América Latina desde hace más de dos décadas, sobre todo en el ambiente universitario. En prácticamente todos los casos, este debate ha dejado ver la necesidad de redefinir la concepción bajo la cual se han desarrollado hasta ahora:

1. Las acciones de salud.
2. Las funciones, objetivos, estructura y mecanismos de operación de la Universidad, y
3. El proceso de formación de los recursos humanos para la salud.

I. 1. El concepto de salud

Con respecto al primer punto, un acercamiento inicial al estudio del proceso salud-enfermedad, su concepto y su práctica, permite reconocerlo como un fenómeno colectivo cuya determinación no puede encontrarse al margen de las condiciones políticas, económicas y sociales en las cuales se presenta. Tal carácter social del

proceso salud-enfermedad (en adelante PSE) nos lleva a considerar el carácter histórico de su génesis, evidenciado además por los cambios en el perfil patológico de los pueblos, como consecuencia de las modificaciones de la estructura social en su conjunto.

Este concepto, sin embargo, es relativamente reciente. No obstante la existencia de propuestas similares durante el siglo pasado, el desarrollo de la microbiología médica —inaugurada por Louis Pasteur en Francia a finales del siglo XIX— determinó el triunfo de las teorías unicasales de la enfermedad sobre las concepciones salubristas de buena parte de la medicina europea.

No es sino a partir de la década de los sesenta, ya en este siglo, cuando se inicia un movimiento mundial de crítica hacia la práctica médica curativa, hospitalaria, individual y fragmentaria que la teoría unicasal provocó como consecuencia del acento casi exclusivo en las consideraciones biológicas del PSE. A partir de ese momento, paulatinamente la comunidad médica mundial ha iniciado una reconsideración profunda del carácter del concepto, la práctica y el saber médicos tradicionales.²

Sin embargo, aun cuando todavía pueden encontrarse, por lo menos a nivel discursivo, prácticas impregnadas de lo que se ha dado en llamar el "biologicismo ingenuo" entre los profesionales de la Medicina, de acuerdo con J. C. García la total autonomía de la Medicina de la estructura social o de sus partes ya no es postulada, hoy en día, por las corrientes importantes de las ciencias sociales.³

Todo lo anterior ha conducido a una ruptura, abierta o velada, con las tesis flexnerianas de principios de siglo conforme a las cuales, hasta hace muy poco tiempo, habían sido organizados tanto la práctica profesional como el proceso educativo en salud en el continente.⁴ No obstante, dado que estas tesis condujeron a un abuso

² Para una mayor información al respecto, pueden consultarse los trabajos elaborados por Laurell, Eibenschutz y Cuéllar en México, Breilh y Granda en Ecuador, Testa en Venezuela, Cordeiro y Fleury en Brasil, Mercer en Argentina y Fasler en Chile. Sobre análisis globales de la educación médica desde el punto de vista crítico son excelentes los trabajos de J. C. García, M. I. Rodríguez y R. Villarreal.

³ Cf. J. C. García, "Medicina y Sociedad", en *Educ. Med. Salud*, 4 (1983)

⁴ A. Flexner realizó un estudio sobre las condiciones de la educación médica en Norteamérica patrocinado por la Fundación Carnegie en 1910. Para un análisis detallado sobre las recomendaciones del informe resultante —conocido como informe Flexner— y sus consecuencias a largo plazo, cf. Berliner, "A large perspective of Flexner report", en *Soc. Sci. and Med.* y OPS,

en las consideraciones de carácter biológico en el estudio de los fenómenos patológicos, la emergencia de intelectuales cuyas propuestas se orientaban hacia el predominio de los aspectos psicológicos y sociales del PSE adquirió muy rápidamente el carácter de confrontación.

Por este motivo, aunque ya casi nadie sostiene interpretaciones unicasales sobre el PSE, el cambio de dicha tesis por aquellas que señalaban la preeminencia social del proceso se caracterizó por una gran irregularidad y una historia llena de contratiempos.

Más recientemente, algunos críticos han señalado diversos errores cometidos por la "corriente social" de la Medicina, entre los que se destacan: el abandono del acto clínico como elemento fundamental de la práctica médica; la sobreideologización del PSE; la sobresimplificación de las explicaciones causales de la enfermedad y el rechazo de los avances técnicos aplicados a la Medicina.³

Aunque resulta muy evidente que tales errores condujeron a una situación estacionaria en el desarrollo científico de la "corriente social" de la Medicina, nos parece, sin embargo, que el esfuerzo encabezado por ella ha determinado algunos hechos que resultan de la mayor significación. Entre ellos, los más importantes son los siguientes:

- a. La ruptura de las estructuras tradicionales de pensamiento médico y las repercusiones políticas y sociales que tal ruptura conlleva.
- b. La modificación de las tendencias en la prestación de servicios de salud, caracterizados en el modelo flexneriano por su alto costo, su baja accesibilidad, su complejidad técnica creciente y su pobre impacto sobre la salud colectiva.
- c. El surgimiento de una conciencia, cada vez más extendida, acerca de las relaciones entre la salud de la población, la práctica médica, la estructura económica y la política general de las sociedades.
- d. La "descentración"* del fenómeno "enfermedad" como ob-

Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines (1920). Washington, D. C., *Publ. Cient.* 93. 1964.

* Se entiende por "Descentración" al proceso de sustitución de un objeto central por otro, conforme el cual el primero pasa a ser objeto periférico y no central, mientras que el segundo adquiere el *status* del primero.

³ Una recopilación excelente de estas críticas puede encontrarse en L. Almada Bay, "Medicina y Sociedad", en *Nexos* (México), 149 (1990)

jeto principal del acto médico, que se sustituye por el de "salud" como concepto y como meta.

Como todo, estamos seguros que aún es necesario continuar en la búsqueda de un concepto claro y operativo de salud, que se desprenda del carácter ideológico impreso por los teóricos de la "corriente social", pero que considere su carácter histórico y su determinación socioeconómica en última instancia.

I.2. El papel de la Universidad

Las Universidades de América Latina tienen una gran tradición. En algunos casos, tales instituciones se acercan a los cuatro siglos y medio de vida, de manera que sus propósitos, funciones y estructuras condensan un largo historial determinado por su propio desarrollo y el de las naciones a que pertenecen.

Por otro lado, existe un numeroso grupo de Universidades de más reciente creación, y se considera, a manera de aproximación, que en conjunto con las más antiguas rebasan fácilmente el número de 2,000, tan sólo para América Latina y el Caribe.

Un segundo elemento a considerar es el constituido por el tipo de Universidad, que determina sin lugar a dudas y de manera muy importante su papel en el seno de la sociedad. En este sentido, las hay públicas y privadas; nacionales, regionales y locales; laicas y religiosas; militares y populares; estatales o gubernamentales y autónomas.

Por supuesto, en este ensayo nos importa analizar a la Universidad Latinoamericana en su conjunto, aunque, debido a la evidente heterogeneidad del grupo, sólo señalaremos los elementos comunes sobre todo a las universidades más antiguas, nacionales y de carácter autónomo.

La mayoría de las instituciones universitarias declara explícitamente que sus funciones principales se centran en la enseñanza, la generación y la conservación de la cultura. Algunas incluyen la difusión cultural y el servicio a la sociedad, aunque pocas lo hacen de manera explícita. Las de carácter autónomo señalan como principios inviolables la libertad de cátedra y de investigación, y las más avanzadas han incluido en sus documentos rectores la libertad de crítica, la libre expresión de las ideas y el estímulo al debate ideológico y político.

El doctor Guerra de Macedo, en un documento ya clásico, ha dicho que la Universidad tiene el deber de constituirse en "la conciencia crítica de la sociedad" y, en ese sentido, encabezar los cambios que resulten necesarios.⁶ A pesar de ello, en el mismo ensayo el doctor Guerra señala que desafortunadamente dicho papel está obstaculizado por la tradición profundamente conservadora del quehacer universitario, determinado por la función que la sociedad asigna a la Universidad como instrumento de reproducción de las formas de vida social de la estructura en su conjunto.

No obstante, ha resultado claro dentro del debate sobre las relaciones Universidad-sociedad que señalamos líneas arriba, que la Universidad tendrá que modificarse de tal manera que le sea posible asumir un liderazgo en la defensa de la vida humana y de los derechos al trabajo, la educación, la salud, la vivienda y el bienestar en general, so pena de no cumplir con el papel social que le depara el futuro inmediato.

Algunos grupos de análisis han propuesto incluso la incorporación de la Universidad al trabajo democrático en y con la comunidad organizada, trasladando las acciones académicas al seno mismo de la sociedad, haciendo efectivos los principios del "aprender-sirviendo" y "servir-transformando". En este contexto, se ha dicho que la Universidad sólo podrá adquirir su cabal dimensión social cuando al compromiso científico-académico se enlace un compromiso ético-político.⁷

En una reunión reciente sobre "Universidad y Salud"⁸ se hizo mención del compromiso universitario de contribuir al proyecto histórico de construcción de una sociedad más justa y más democrática. Para ello, se propone a la Universidad como el principal elemento de la sociedad para:

1. El estudio e interpretación de la realidad.
2. La identificación de sus principales problemas.
3. El esclarecimiento de la naturaleza y las causas de tal problemática.

⁶ Cf. C. Guerra de Macedo, "La Universidad y la Salud para todos en el año 2000", en *Bol. Of. Sanit. Panam.*, 3 (1985).

⁷ OPS-UDUAL, *Resumen de la reunión de Quito sobre Universidad y Salud*, Quito, mayo de 1989.

⁸ *Ibid*

4. El planteamiento y ensayo de formas para su enfrentamiento, y
5. La difusión de los hallazgos encontrados.

Ante estos y otros llamados, determinados también por el desarrollo de la sociedad en su totalidad, las universidades latinoamericanas han iniciado un proceso profundo de redefinición de sus propósitos, funciones y estructura. Como resulta evidente, este proceso, apenas en marcha, ha resultado irregular y contradictorio. En algunos casos, el fenómeno ha emergido con visos de violencia y confrontación, y en otros, ha dado la impresión de un cambio natural y necesario. Sin embargo, tales ajustes deberán proseguir su marcha, definiendo cada vez más claramente lo que será la Universidad del próximo siglo.

Como resultado de este proceso, una gran cantidad de universidades ha iniciado diversos programas de ajuste curricular y administrativo, dentro de los cuales la salud de los pueblos adquiere cada vez mayor presencia. La magnitud y la orientación de los cambios particulares para las escuelas y facultades del área de la Salud han obedecido también al desarrollo específico de la formación de recursos humanos en la región, tal como lo detallaremos enseguida.

1.3. La formación de los recursos humanos para la salud

Como ya se ha señalado, hasta hace pocos años la formación de recursos humanos para la salud (en adelante FRHS) se caracterizó en América Latina por el seguimiento acrítico del modelo flexneriano propuesto en Norteamérica, a partir de 1910.

A pesar de que gracias a este modelo pudieron realizarse importantes desarrollos en la Medicina —sobre todo en los aspectos de cirugía, farmacología, clínica y creación de aparatos e instrumental médico—, su implantación en el subcontinente resultó, al final de cuentas, una pesada carga de la cual los países latinoamericanos aún no han podido desprenderse.

En el ámbito de la FRHS el énfasis en lo individual, lo curativo, lo hospitalario y lo biológico del PSE determinó el surgimiento de un enorme volumen de trabajadores de la salud insertos en un panorama epidemiológico distinto al que habían aprendido a solucionar en las aulas. Para la década de los sesenta, el elevado costo de los equipos médicos, la deficiencia de medicamentos y la con-

centración de los servicios en áreas hospitalarias restringidas determinaron la aparición de una crisis conocida como "la crisis de la Medicina". A ello se agregó el bajo impacto de las acciones curativas de trabajadores de la salud desacostumbrados al trabajo en equipo, a las acciones fuera del hospital y a las actividades preventivas.

La reformulación del proceso del FRHS tiene su primera referencia en América Latina en un documento oficial de la OPS publicado en 1958 conocido como "Resumen de los Informes Sanitarios de las Américas", donde se incluían datos sobre las existencias globales de odontólogos, ingenieros sanitarios y médicos veterinarios. Se recomendaba considerar de manera especial la información sobre recursos humanos disponibles y desarrollar los medios necesarios para satisfacer las necesidades en materia de sanidad nacional, en el caso de que estos recursos fueran insuficientes para la ampliación de los programas de salud pública.⁹

En 1961, en la reunión de Punta del Este, Uruguay, se acordó determinar y preparar el número de técnicos necesarios de cada función o profesión en el área de la salud, para cada uno de los países del Continente.¹⁰

Más tarde, en la reunión de Ministros de Salud celebrada en Washington, Estados Unidos, en 1963, por primera vez se señaló explícitamente que la formación del médico debe concebirse como "un proceso sistemático, orientado a objetivos precisos y parte inseparable de cualquier programa de salud y, por lo tanto, objeto de una planificación cuidadosa".¹¹ Las recomendaciones finales enfatizan la necesidad de establecer una estrecha colaboración entre los encargados de la educación médica y los representantes de las instituciones prestadoras de servicios durante la revisión, evaluación y ejecución de los programas de enseñanza médica.

Para 1972, la II Reunión Especial de Ministros de Salud en las Américas recomendaba, dentro del Plan Decenal de Salud, la planificación de los recursos humanos integrada al proceso global de planificación del Sistema de Salud en cada país.¹² En 1977, duran-

⁹ OPS, *Resumen de los informes cuatrienales sobre las condiciones de salud de las Américas*, Washington, D.C., 1958, *Publ. Cient.* 40.

¹⁰ OEA, *Alianza para el progreso. Doc. Of. de la OEA*, Washington, D.C., Ser. H/XII, Rev. 2 (1961).

¹¹ OPS, *Reunión de Ministros de Salud*, Washington, D.C., 1963, *Doc. Of. núm.* 51.

¹² OPS, *Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos*, Washington, D.C., *Publ. Cient.* 279.

te la IV Reunión de Ministros se invitó a los países participantes a intensificar los esfuerzos de capacitación de personal médico, con el fin, sobre todo, de acelerar el proceso de extensión de cobertura al total de la población.¹³

En 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud (en adelante APS), realizada en Alma Ata, Unión Soviética, estableció esta estrategia como la más importante para el logro de la meta de salud para todos en el año 2000. Para tal efecto, la misma Conferencia recomendó a los gobiernos estimular y apoyar aquellas "actividades de reorientación y capacitación para todas las categorías del personal existente y la revisión de los programas de adiestramiento del nuevo personal de salud de la comunidad, particularmente médicos y enfermeras, de manera tal que reciban una formación social y técnica que los motive para servir a la comunidad; que en todos los casos tales actividades de capacitación comprendan trabajos prácticos sobre el terreno y que se exhorte a los médicos y otros profesionales de la salud para que al comenzar sus carreras trabajen en zonas desatendidas".¹⁴

Tres años después, durante la 34a. Asamblea Mundial de la Salud realizada en Ginebra, Suiza, la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó oficialmente la recomendación sobre APS emanada de la Conferencia Internacional de Alma Ata como la mejor vía para el logro de la meta de SP-2000.¹⁵ En esta misma Asamblea, se insistió sobre la necesidad de movilizar todos los recursos disponibles, sensibilizando al personal de salud de todos los tipos y categorías desde el inicio mismo de su formación. A partir de este momento, las propuestas alternativas para la FRHS adquieren un gran impulso en América Latina, al recoger los señalamientos que desde 1957 hicieron los organismos regionales de Educación Médica.

Como consecuencia de los debates que este movimiento trajo aparejados en torno al campo de la salud y la formación de recur-

¹³ OPS, *Principios básicos para el desarrollo de la Educación Médica en América Latina y el Caribe*. Washington DC, 1977, *Publ. Cient* 341

¹⁴ La mejor referencia sobre esta conferencia es OMS/UNICEF, *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, Alma Ata, URSS, 6-12 sept. de 1978, Ginebra, 1978, Doc. Of. núm. 1. Un resumen publicado en México puede encontrarse en "Resumen de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud". en *Rev. Sal. Públ. Méx.*, nov de 1978.

¹⁵ OMS, *Resolución WHA 34.36 sobre Salud para todos en el año 2000*, cit. en *Crónica de la OMS*, vol. 35, pp. 128-156, Ginebra, 1984.

sos humanos, el Continente fue testigo de una incorporación paulatina de las disciplinas sociales en los curricula de las principales Escuelas de Medicina. Como señalan acertadamente Rodríguez y Villarreal, tal parece que existiera, a partir de ese momento, "un acuerdo sobre la necesidad de orientar la formación del personal de salud con un enfoque integral del proceso salud-enfermedad, de la Medicina y de la organización de su práctica".¹⁶

No obstante, el problema de la integración de la naturaleza biológica y social del PSE no pudo ser resuelto por los encargados del diseño de los planes y programas de estudio de aquel entonces, a pesar de que este problema se encontraba ya en el centro de los esfuerzos por conocer y transformar el PSE como objeto de estudio.

Como quiera que haya sido, la dificultad ha persistido hasta el momento actual, no obstante el intenso trabajo realizado, desde diferentes puntos de vista, por los epidemiólogos más destacados. Una consecuencia directa de esta situación se ha manifestado en el hecho de que diversas Escuelas Latinoamericanas llevaron a cabo un sinnúmero de ensayos, casi todos ellos aislados y difícilmente reproducibles.¹⁷

Debido a que la evaluación de los modelos anteriores resultó, en la mayoría de los casos, escasamente satisfactoria, las organizaciones regionales y mundiales han continuado el debate iniciado una década antes, proponiendo respuestas globales con una orientación mucho más crítica.

En septiembre de 1984, la Asociación de Escuelas Médicas Norteamericanas presentó, durante la reunión de su Consejo Ejecutivo, la recomendación a sus miembros de "ampliar las exigencias educativas en lo que respecta a las ciencias sociales, naturales y las

¹⁶ La cita es de M.I. Rodríguez y R. Villarreal, en *La integración de lo biológico y lo social*, s/d Una recopilación exhaustiva de las condiciones anteriores que desembocaron en el proceso señalado se encuentra en el clásico *La educación médica en América Latina*, de la OPS, 1972, *Publ. Cient.* 255; la información puede completarse en J.R. Ferreira, "La enseñanza de las ciencias fisiológicas en la formación del médico", *Educ. Med. Salud*, 9 (1975) y C. Vidal, "El desarrollo de los recursos humanos en las Américas", en *Educ. Med. Salud*, 18 (1984).

¹⁷ Sobre las experiencias particulares en nuestro país, consúltense los documentos programáticos del "Plan A-36" de la UNAM, los planes "San Pedro Xalpa", "Tojolabal" y "Selva" del IPN y el programa modular de Medicina de la Universidad Autónoma Metropolitana y Xochimilco. Experiencias anteriores pueden encontrarse en el "Plan Guadalupe" de la Universidad Autónoma de Nuevo León, el "Plan Sinaloa" y el "Plan Someyucan", también del IPN.

humanidades".¹⁸ Se menciona en el mismo documento la necesidad imperiosa de "reiterar la responsabilidad de los médicos frente a sus pacientes y comunidades".

En 1987, en Lima, Perú, la Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina recomendó que las acciones médicas deben ser "humanizadas, eficientes, actualizadas, accesibles e igualitarias, y ejercitarse en la salud y en la enfermedad, tanto en la medicina colectivizada y corporatizada como comunitaria".¹⁹ Tales principios, señaló la Asociación, deben incorporarse a la educación considerando que la Medicina tiene la obligación de procurar que las condiciones de vida —en sus aspectos ecológicos, biológicos, psicológicos, espirituales y laborales— deben ser los óptimos para el mantenimiento del bienestar de los hombres.

Como fase culminante de este proceso de modificación de las concepciones sobre la FRHS a nivel latinoamericano y mundial, se destacan las conclusiones obtenidas durante la Conferencia Mundial sobre Educación Médica celebrada en Edimburgo, Escocia, en agosto de 1988. En ella sobresalieron las siguientes propuestas:

- a. La finalidad de la Educación Médica es producir médicos que promuevan la salud para todos y no simplemente otorgar servicios curativos a aquellos que puedan pagarlos o para quienes sean de fácil acceso.
- b. La Educación Médica debe asegurar:
 1. Que los programas de enseñanza incluyan todos los ámbitos y recursos de la comunidad y no únicamente los hospitales.
 2. Que los planes de estudios reflejen las prioridades de salud nacionales y la disponibilidad de recursos económicamente accesibles.
 3. Que la educación teórica se integre con la práctica mediante la solución de problemas como base para el aprendizaje, tanto en sedes clínicas como en la comunidad.
 4. Que las actividades de enseñanza permitan la consecución tanto de la competencia profesional como de los valores sociales de la Medicina.

¹⁸ FEPAFEM, *Médicos para el Siglo XXI*, nov. de 1985. Comentarios sobre el informe GPEP.

¹⁹ Colegio Médico de Chile, *Vida Médica. Publicación Científica*, Santiago de Chile, 2o trimestre de 1987.

5. Que el aprendizaje, la investigación y los servicios se lleven a cabo de manera conjunta con otras profesiones de la salud y las relacionadas con la misma.
 6. Que la selección de estudiantes utilice métodos que trasciendan la capacidad intelectual y los logros académicos de los aspirantes, para incluir sistemas de evaluación de sus cualidades personales.
- c. Las reformas anteriores requieren de un compromiso generalizado para la acción; un enérgico liderazgo y voluntad política. Deberá buscarse la mayor cantidad de esfuerzos sostenidos y organizados para modificar las características de la educación médica, de tal forma que ésta realmente satisfaga las necesidades de la sociedad en que se sitúa.²⁰

Como puede notarse, con tales planteamientos quedan fundadas las bases para el logro de un programa de las características de USALC-XXI donde, en consonancia con las propuestas más avanzadas de modificación de los Sistemas de Salud, la estructura universitaria y la Educación Médica, puedan encontrarse modalidades distintas para el logro de la salud como concepto y como meta operacional.

II. El proyecto USALC-XXI y las condiciones de salud

LÍNEAS arriba habíamos ya señalado que, a pesar de los esfuerzos internacionales tendientes a elevar el nivel de salud de la población, ésta no había mejorado ostensiblemente.

Para el comienzo de la década que acaba de terminar, cerca de mil millones de personas vivían en la extrema pobreza, casi todas ellas en los países del Tercer Mundo; en estos mismos países, la esperanza de vida alcanzó un promedio de apenas 55 años, mientras que en los más desarrollados fue de 72 años; la tasa de mortalidad infantil, de menos de 10 por mil en los países ricos, rebasó en cambio las 150 muertes por cada mil nacidos en los países más pobres.

Desde el punto de vista del perfil patológico, la desnutrición continúa siendo una causa importante de enfermedad, y se considera que por lo menos una cuarta parte de la población mundial

²⁰ OPS, *Plan de acción para la instrumentación de estrategias regionales*, Washington, D.C., 1982, Doc. Of. núm. 179

ingere alimentos por debajo del mínimo aceptable.²¹ Las enfermedades transmisibles e infecto-contagiosas prevalecen y continuarán prevaleciendo en América Latina entre las primeras causas de muerte, cuando en la actualidad son entidades perfectamente controlables desde el punto de vista científico-técnico. De esta patología, más del 80% se agrupan entre aquellas producidas por el agua, alimento y el suelo contaminados.²²

Por otra parte, a partir de la quinta década de este siglo, Latinoamérica ha sido testigo de un aumento acelerado de los padecimientos crónicos conocidos como "propios del desarrollo". Este crecimiento, de acuerdo con algunos analistas, puede deberse tanto al proceso de urbanización e industrialización correspondiente a la segunda gran división internacional del trabajo como al aumento de la esperanza de vida y el consecuente crecimiento de la población de edad avanzada.²³

Este fenómeno, de acuerdo con la epidemiología clásica, puede interpretarse como el paso de una etapa caracterizada por la "patología de la peste y la hambruna" a otra —supuestamente más avanzada— en la cual el alto índice de enfermedades provocadas por el hombre, constituye el perfil predominante.²⁴ Tal proceso, denominado por Omran como "Transición Epidemiológica", en América Latina ha sido desigual y combinado, y comprende a un número relativamente bajo de países, sobre todo a los más desarrollados (México, Argentina, Brasil, Venezuela). El resto presenta aún un perfil patológico en el que las enfermedades propias de la carencia social siguen ocupando los primeros sitios. Este mosaico epidemiológico encuentra su explicación en el carácter del desarrollo socioeconómico de cada nación

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ha

Ibid

²¹ *Ibid*

²² A R. Omran, "Epidemiologic transition A theory of the Epidemiology of Population Change, en *Milbank Memorial Found Quarterly* (1971), 509-538

Para el caso de México se puede revisar J Frenk *et al.*, *Health Transition in middle income countries*, USA, International Congress of Infectious Diseases, 1988 y S Vendele *et al.*, "Análisis de la mortalidad y principales causas de defunción en México 1950-1975", en *Sal. Publ. Mex.* 25 (1983).

²⁴ A R Omran "Epidemiologic Transition", en *Encyclopedia of Population Sciences*, 1983 Esta es una reconsideración sobre las primeras tesis referidas en la nota 23

demostrado la estrecha relación que existe entre, por ejemplo, el producto nacional bruto y la mortalidad infantil.²⁵ En 1978, un estudio realizado en México por la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados, en el que se analiza la información proveniente de 14 países latinoamericanos, sugirió que el PNB tiene una relación directa incluso con la mortalidad general y la esperanza de vida.²⁶

El mayor problema frente a esta situación es que no parece razonable suponer que mejore en los próximos años. De acuerdo con algunas estimaciones, el conjunto de países latinoamericanos ha rebasado en los últimos diez años los 300 millones de dólares por concepto de la deuda externa.²⁷ Cualquier análisis del subcontinente debe considerar este hecho fundamental, en cuanto que el monto total de la deuda de los países en desarrollo representa una cifra mayor que la destinada al gasto militar mundial.²⁸

Como puede notarse, una disminución o aumento de la deuda repercute, dada su magnitud, en la extensión y profundidad de cada acción que los países deudores realizan o dejan de realizar en áreas tan importantes como las de salud o educación.

Por desgracia, todos los cálculos apuntan hacia una profundización de la crisis económica en la mayoría de los países, por lo que un crecimiento económico más sano habrá de postergarse por varios años. La deuda de América Latina es hoy, por ejemplo, cuatro veces más alta que su ingreso total anual por concepto de exportaciones. Esto significa que cada aumento en un punto en los tipos de interés requiere de un incremento del 4% en las exportaciones totales de la región, sólo para mantener el actual ritmo de pagos. La sombra de la deuda externa se proyecta por lo tanto, como una gran amenaza para la década próxima.²⁹

Por su parte la OPS, dentro de las metas específicas para la re-

²⁵ Cf. los reportes anuales de UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia de 1984 a 1990*, Madrid, Siglo XXI y UNICEF

²⁶ COPLAMAR, *Necesidades esenciales en México*, vol. 4 (Salud), México, Siglo XXI, 1979.

²⁷ De acuerdo con R. Rojas Soriano en *Crisis, Salud Enfermedad y Práctica Médica*, México, Plaza y Valdés, 1990, la cifra casi alcanzó los 400,000 millones de dólares para 1989. Información más precisa puede encontrarse en los informes de CEPAL sobre la deuda externa latinoamericana para 1987, 1988 y 1989.

²⁸ UNICEF, *Estado mundial de la infancia*.

²⁹ *Ibid.*

gión, en el contexto de la meta general de "Salud para todos en el año 2000", ha propuesto la dotación de agua potable para 100 nuevos millones de habitantes en zonas rurales y 150 millones de habitantes urbanos y servicios de alcantarillado y disposición de excretas a 140 millones de habitantes rurales y 250 millones urbanos antes del año 2000.³⁰ Hasta 1984, sólo la tercera parte de la población latinoamericana contaba con acceso permanente a los servicios de agua potable y alcantarillado, por lo que la meta propuesta representará un esfuerzo económico formidable.

La aplicación de la cobertura de los servicios de salud al 100% de la población, tal como especifica el mismo documento de la OPS, requerirá también un aumento considerable en la proporción del gasto de salud en relación con el gasto público total en cada país, en términos reales. Tal incremento no se ha observado en la mayoría de los países, mientras que en cambio es notoria una reducción significativa en algunos de ellos.

Como es evidente, un Programa Regional que promueva la participación de las naciones latinoamericanas en un esfuerzo concertado en la búsqueda de soluciones para los problemas de salud y que trascienda los esquemas tradicionales de respuesta, resulta de la mayor significación política y social.

El proyecto USALC-XXI, bajo el compromiso de incorporar a las Universidades Latinoamericanas en el esfuerzo por alcanzar la meta de Salud para todos en el año 2000, ha dirigido sus acciones hacia las áreas prioritarias señaladas por la OPS en sus documentos rectores. Estas áreas son:

1. Perfiles de salud
2. Proceso político y salud
3. Fuerza de trabajo y salud
4. Organización de sistemas y servicios de salud
5. Economía y financiamiento del sector salud
6. Saneamiento ambiental
7. Crecimiento, desarrollo y reproducción humana
8. Salud/Enfermedad en la población adulta
9. Salud y trabajo
10. Envejecimiento y salud
11. Mujer, salud y desarrollo, y
12. Desarrollos tecnológicos prioritarios.³¹

³⁰ OPS, *Plan de acción...*

³¹ OPS, *Research Grants Program. PAHO-WHO*, Washington, D.C. 1978.

Luego de diversas consultas regionales realizadas por la Coordinación de Salud de la UDUAL y los representantes de la OPS, se determinó impulsar el apoyo de aquellos grupos de investigadores que en cada país estuviesen en posibilidades de desarrollar programas y proyectos de salud, en colaboración interdisciplinaria con otras ciencias, para que estudien y propongan soluciones a problemas complejos de la salud de los países latinoamericanos.

Entre otros requisitos fundamentales, el proyecto USALC-XXI ha solicitado, para la formación de núcleos nacionales y/o regionales, que cada proyecto y grupo:

1. Aborden el estudio y análisis de la salud desde una perspectiva interdisciplinaria e interinstitucional.
2. Permitan y fortalezcan el servicio y la extensión de la Universidad, proponiendo soluciones a problemas concretos en colaboración con las instituciones del sector público y privado, creando modelos de atención total o parcialmente replicables en otras circunstancias.
3. Desarrollen investigaciones tendientes a clarificar los nexos entre desarrollo económico y social y situación de salud de la población, y
4. Acerquen el pensamiento latinoamericano al encuentro de la salud como concepto.³²

Como principales obstáculos, el Comité Asesor del proyecto detectó la posible oposición al cambio y la rigidez de las estructuras universitarias; la escasez de recursos económicos de las Universidades Latinoamericanas y la limitación de los tiempos de los investigadores para realizar nuevos proyectos.³³

Aunque no fue señalado en su momento, es posible que uno de los mayores impedimentos para el desarrollo de proyectos de investigación alternativa sea, sin embargo, la dificultad para emprender estudios sólidos de carácter interdisciplinario. Dado que este último elemento constituye una de las propuestas esenciales de USALC-XXI, lo detallaremos en un apartado especial.

³² UDUAL, *Términos de referencia para el proyecto USALC-XXI*. Documento interno de Trabajo, México, enero de 1989.

³³ *Ibid.*

III. La investigación interdisciplinaria en salud y el proyecto USALC-XXI

COMO ya fue señalado, el proyecto USALC-XXI tiene como propósito fundamental el desarrollo de actividades universitarias cuya finalidad sea el alcance de la salud como concepto y como meta operativa. La modalidad de investigación propuesta es aquella que, dirigida hacia las áreas prioritarias señaladas antes, permitan resultados extrapolables a otras condiciones y sean de naturaleza aplicativa, sobre todo, en el campo de la innovación tecnológica.³⁴

El análisis de los criterios arriba mencionados ha permitido determinar que la mejor estrategia para su alcance es la investigación interdisciplinaria.

No obstante, dada la enorme dificultad que representa la investigación interdisciplinaria de alta calidad, la propuesta se ha encontrado con un sinnúmero de obstáculos cuya superación supone la ruptura definitiva con los esquemas tradicionales de investigación. Enseguida señalaremos algunas características que definen la situación actual en este sentido y los alcances y limitaciones que objetivamente se presentan para su desarrollo.

III.1. El concepto de interdisciplinariedad

La acepción más simple con la cual es posible definir el término "interdisciplina", es aquella que se refiere a la unión de dos o más disciplinas para el abordaje de un problema común.³⁵ Este concepto ha sido desarrollado con relativo éxito por parte de la práctica médica, sobre todo en lo que respecta a los equipos de salud en el nivel operativo, esto es, la conjunción del médico, la enfermera, el odontólogo, el psicólogo, etcétera. En un mismo sitio, atendiendo el mismo problema, ha resultado en una relativa mejoría en la prestación de los servicios de salud.

Sin embargo, un análisis más detallado del término nos permi-

³⁴ UDUAL, *Congruencia del proyecto USALC-XXI con los objetivos primordiales de OPS/OMS*. Reporte del Comité Asesor Documento interno de trabajo, México, agosto de 1989.

³⁵ F. Cano Valle, S. López, L. Moreno, P. Moreno, J. Cacho, O. Asseburg, L. Ramírez, "La formación profesional del médico y la interdisciplina", en el Simposio "Ciclo de Actualización", "Educación Médica", México, Academia Nacional de Medicina, julio de 1990

te concebirlo también como la participación de disciplinas distintas en el diseño de estrategias globales de acción en un campo particular, común a todos ellos.

Aun cuando no es posible evaluar el impacto de acciones interdisciplinarias como las descritas arriba, la experiencia nos muestra que para algunas áreas resulta prácticamente imposible la solución de problemas globales sin el concurso de campos distintos del saber humano. Entre éstas se encuentran, por ejemplo, las comisiones encargadas del diseño e instrumentación de los Planes Nacionales de Salud dentro de los cuales participan médicos, economistas, administradores, sociólogos, etcétera. Como puede notarse, aunque este tipo de interdisciplina es de un carácter distinto del primer ejemplo, en esencia sólo se distinguen por la magnitud de sus acciones y la responsabilidad de su función.

De ambos podemos afirmar que pertenecen a lo que podría llamarse "Interdisciplinariedad Instrumental u Operativa". La característica más notable de este tipo de acciones es que no rebasan la integración tecnológica de saberes distintos, articulados para resolver problemas operativos de orden práctico sin que en el transcurso de tales acciones se produzca conocimiento verdaderamente nuevo.

Existe otra posible modalidad de trabajo interdisciplinario. En ésta, la simple suma de técnicas provenientes de disciplinas distintas es trascendida por la integración epistemológica de saberes distintos, fundamentalmente a partir de la reformulación, ampliación y profundización conceptual de las ciencias en un proceso de articulación permanente.

Este proceso no puede darse sin alcanzar, al mismo tiempo, la reconstrucción del objeto de estudio como una totalidad. En este sentido, los distintos saberes y métodos de abordaje, hasta ahora separados en disciplinas aisladas, se recombinan dialécticamente provocando una ruptura de las visiones antes parcializadas del proceso estudiado. Como consecuencia, la especificidad de los conocimientos y habilidades disciplinarias se diluye para permitir un acercamiento más profundo al fenómeno investigado.

En el caso de la salud, la lectura del proceso como un fenómeno a la vez natural y social requiere del abordaje de su problemática ajustando dinámicamente las demandas de un saber al otro. Ello significa que necesariamente tendrán que existir contradicciones entre los saberes enfrentados, y un acercamiento paulatino basado en

aproximaciones de acuerdo al análisis selectivo de las categorías consideradas "críticas".

Para el logro de lo anterior, es indispensable un análisis sistémico y no restrictivo, es decir, que aborde la estructura del fenómeno en conjunto con las interrelaciones con la totalidad —en este caso, social— en la que éste está inmerso y abierto mutuamente a las observaciones de dos o más saberes.³⁶

El lector habrá notado ya la dificultad que implica llevar a cabo una empresa de tal magnitud. Sólo diremos, resumiendo, que la orientación del proyecto USALC-XXI, al proponer la investigación interdisciplinaria, obedece a una concepción de la ciencia conforme la cual ésta se confunde con el ejercicio mismo de su construcción, y sus momentos de máxima vitalidad coinciden con los de su mayor crisis interna.³⁷

El logro del más alto grado de salud de los pueblos, sin embargo, no podrá alcanzarse sin el concurso comprometido de los universitarios empeñados en consolidar un más elevado nivel teórico y técnico. Sólo así podrá la Universidad constituirse en conciencia crítica y propositiva de su sociedad, garantizando que las propuestas sugeridas sean precisamente las que ésta necesita.

IV. Alcances y limitaciones del proyecto

AUN cuando es imposible dejar de reconocer el inestimable valor que pueden alcanzar las acciones universitarias promovidas por el proyecto USALC-XXI, es necesario dejar claro que el impacto que el proyecto puede tener en la salud de la población será limitado si no se cumplen paralelamente dos requisitos:

a. El primero se refiere al alcance de la mayor comprensión posible de lo que significa la meta de SPT-2000 a partir de la estrategia de Atención Primaria. Esta comprensión debe incluir el papel que las Universidades tendrán que desempeñar en la próxima década y acompañarse de una toma de conciencia por parte de las autoridades universitarias que se traduzca en una voluntad política para

³⁶ B.R. García, Enrique Leff, coord, "Conceptos básicos para el estudio de sistemas complejos", en *Los problemas del conocimiento y la perspectiva ambiental del desarrollo*, México, Siglo XXI, 1986, pp 36 ss.

³⁷ *Ibid.*

promover los cambios que en cada contexto específico resultan necesarios.

Por supuesto, esta acción deberá abarcar al total de los sectores universitarios, pasando de la fase promocional —ya en marcha— a una fase en la cual sea posible “sistematizar la recolección del pensamiento latinoamericano para el enriquecimiento permanente de la salud como concepto y como meta operacional; la movilización de los distintos sectores universitarios en pro de la meta de SPT-2000, y el intercambio de experiencias entre los sectores académicos y los servicios, en torno a problemas prioritarios de salud”.³⁸

Esta segunda etapa del proyecto tendrá que acompañarse de una intensa actividad caracterizada por el análisis en profundidad de la situación de salud y los servicios en el contexto de la crisis económica, revisando las estrategias relativas a la meta SPT-2000 con vistas a la participación universitaria en el campo.³⁹

Desde el punto de vista político, sólo a partir del cumplimiento de estos requerimientos será posible que la Universidad contribuya con nuevos conocimientos a la solución de problemas sustantivos de la colectividad.

b. El segundo requisito se encuentra fuera del alcance de las instancias universitarias, en la medida en que depende del movimiento económico y político de los países en que se desarrolla.

La pregunta es ¿cómo podemos señalar con certeza el impacto real de un proyecto como USAIC-XXI en una situación de crisis tan severa como la que atraviesa nuestro continente? La respuesta puede resultar muy pesimista si consideramos que a nivel mundial el panorama se caracteriza por un auge inesperado de la economía neoliberal frente a la planificada y social. Tal parece que, contrariamente a lo que ha sucedido en el terreno de las ciencias y las humanidades, el empuje de la gran empresa privada frente a las propuestas alternativas en favor de un nuevo orden económico internacional provocará, en un futuro cercano, una mayor desigualdad entre los países pobres y los ricos.

Estas perspectivas de desarrollo “poco seguras” tendrán no sólo

³⁸ OPS/UDUAL, *Informe del estado actual de desarrollo del programa USAIC-XXI y su proyección futura*, Documento interno de trabajo, México, julio de 1990.

³⁹ *Ibid.*

lo importantes repercusiones en las condiciones de salud de los pueblos latinoamericanos, sino también en los modelos de prestación de servicios e indirectamente en la formación de los recursos humanos de nivel superior.

Aunque resulta sumamente difícil predecir hasta dónde las medidas tomadas por los países socialistas pueden repercutir en las economías latinoamericanas, es posible sospechar que no serán pocos los que las interpreten como un retorno al capitalismo de viejo cuño. En este sentido, los programas de bienestar social, educación, salud, trabajo y vivienda pueden sufrir un retroceso colosal frente a la utilización de las leyes del mercado y el valor como principal instrumento de dirección de la sociedad.

Frente a esta situación, los universitarios de América Latina debemos cumplir un doble compromiso: impulsar la modernización de la sociedad en su carácter más progresista, defendiendo los derechos a la salud, la educación, el trabajo, la vivienda y la democracia y renovar la "unidad indiscutible de las ciencias y las humanidades, la cultura general y la del especialista, la teoría y la práctica, la Universidad y la Nación".⁴⁰ Será necesario impulsar el trabajo teórico y técnico al lado de una práctica más social y más humana. Pero, sobre todo, tendremos la obligación de combinar lo mejor de nuestros conocimientos con las grandes luchas de los pueblos, de modo tal que la salud pueda ser considerada la más elevada expresión de la cultura.

⁴⁰ Pablo González Casanova, *Pensar en la Universidad*. Conferencia inaugural del ciclo de conferencias temáticas previas a los foros locales del Congreso Universitario, México, Cd Universitaria, 1990