

Universidad latinoamericana y el derecho social a la salud

The Latin-American University and the Social Right to Health

Patricio Yopez Miño^{1,2,3*} <https://orcid.org/0000-0002-7962-9228>

¹Universidades de América Latina y El Caribe (UDUAL). Puebla, México.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Cuba.

RESUMEN

Este artículo se presenta en la sección de Conferencias Magistrales por ser el texto de una conferencia dictada en la IV Conferencia Internacional Educación Médica en el Siglo XXI durante la IV Convención Internacional de Salud, La Habana, octubre de 2022. Se ha mantenido su carácter de discurso oral. Se aborda el tema universidad latinoamericana y el derecho social a la salud, al considerar la relevancia de la salud en el desarrollo social y económico de la población y al tomar en cuenta la importancia de formar recursos humanos comprometidos con la salud como un derecho social, un bien público y una responsabilidad del Estado. Esto permite analizar críticamente el espacio de la salud pública y la formación de los recursos humanos en el siglo XX y el inicio del siglo XXI para aportar a la demanda de una nueva dimensión estratégica que responda, de forma comprometida, a las necesidades y prioridades de salud de nuestras poblaciones.

Palabras clave: educación médica; universidad latinoamericana; derecho social a la salud; Agenda 2030; salud pública.

ABSTRACT

This article is presented in the Keynote Lectures section because it is the text of a lecture given at the IV International Conference on Medical Education in the 21st Century during the IV International Health Convention, Havana, October 2022. It has been kept as an oral text. The topic on the Latin-American university and the

social right to health is addressed, considering the relevance of health in the social and economic development of the population, as well as taking into account the importance of training human resources committed to health as a social right, a public good, and a responsibility of the State. This allows to analyze critically the public health space and the training of human resources in the twentieth century and the beginning of the twenty-first century, in order to contribute to the demand for a new strategic dimension that responds, in a committed manner, to the health needs and priorities of our populations.

Keywords: medical education; Latin-American university; social right to health; 2030 Agenda; public health.

Recibido: 10/11/2022

Aceptado: 16/01/2023

Introducción

Diferentes momentos políticos y económicos a lo largo del siglo xx y lo que ha transcurrido del siglo xxi han determinado la dinámica de la salud pública en nuestros países, lo cual es necesario tomar en cuenta para el análisis y la redefinición del nuevo espacio de compromiso de la universidad con la salud y el desarrollo social de la población.

Creación de la Oficina Sanitaria Internacional, la OPS, las Escuelas de Salud Pública y los Ministerios de Salud

La I Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas⁽¹⁾ se celebró en Washington del 2 al 5 de diciembre de 1902, con la asistencia de diez países: Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Estados Unidos de Norteamérica, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Paraguay. El mismo día de su inauguración quedaba constituida la Oficina Sanitaria Internacional de las Repúblicas de América. Entre sus deberes aprobados se señalan:

- Enviar regularmente los datos relativos al estado sanitario de sus respectivos puertos y territorios.
- Proporcionar a dicha oficina el auxilio posible para un estudio detenido y científico de las invasiones de cualquier enfermedad contagiosa que pueda ocurrir en los territorios.
- Contribuir a que se obtenga la mayor protección posible de la salud pública de cada una de las repúblicas, a fin de que se eliminen las enfermedades y que se facilite el comercio entre las expresadas Repúblicas.
- Deberá estimular y ayudar o imponer por todos los medios lícitos a su alcance, el saneamiento de los puertos de mar, incluyendo la introducción de mejoras sanitaria en las bahías, el alcantarillado o sistemas de cloacas, el desagüe del suelo, el empedrado, la eliminación de la infección de todas las edificaciones, así como la destrucción de los mosquitos y otros insectos dañinos.

Por lo señalado, la creación de la Oficina Sanitaria Internacional respondió a una decisión política de los países en respuesta a la determinación económica que requería de la salud pública para facilitar el intercambio comercial y migratorio.

Asimismo, las tres primeras décadas del siglo xx estuvieron marcadas por la expansión del comercio y, por lo tanto, la relevancia de la salud pública estuvo determinada por dicha expansión, lo cual conllevó importantes esfuerzos hacia el saneamiento, la higienización y el control de enfermedades, especialmente el paludismo, el cólera y la fiebre amarilla, que afectaba seriamente los flujos comerciales y migratorios. Ejemplos de estos esfuerzos fueron la construcción de Canal de Panamá y el saneamiento de los puertos de La Habana y Río de Janeiro.⁽²⁾

Por otra parte, en estas primeras décadas tiene lugar la creación de las Escuelas de Salud Pública en Estados Unidos (Johns Hopkins, Harvard) y América Latina, Chile, Brasil, Venezuela y México. También en América Latina comienzan a crearse los Ministerios de Sanidad y las instituciones públicas de seguridad social.⁽²⁾

Creación de las Naciones Unidas, la OMS, el FMI y el BIRF

La siguiente década de los años 40 está marcada por la Segunda Guerra Mundial, al final de la cual hay decisiones políticas para la creación de las Naciones Unidas y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como de las instituciones de

Breton Woods (FMI y BM) que tendrán en el futuro una incidencia directa sobre el campo de la salud.

Atención Primaria y Salud para Todos. Consenso de Washington

Al final de la década de los años 70 se genera un movimiento trascendental por la salud de los pueblos hacia el logro de la *salud para todos basado en la estrategia social de la atención primaria*, el cual fue un planteamiento de avanzada y revolucionario en salud, que surge, como señala María Isabel Rodríguez, "en una coyuntura mundial desesperante, en reconocimiento a las grandes desigualdades entre el mundo del desarrollo y el del subdesarrollo y aun hacia el interior de los países, todo lo cual daba origen a una efervescencia política y social. Asimismo, se da en el contexto de la búsqueda de un nuevo Orden Económico y Social a nivel internacional".⁽³⁾

En 1978 hubo un salto conceptual en Alma Ata, cuando los países aprobaron la estrategia de atención primaria para alcanzar salud para todos en 2000. En esa oportunidad, el consenso que allí se alcanzó, como señalaba Halfdan Mahler (citado por *Lipcovich*),⁽⁴⁾ "marcó un divorcio con la idea convencional que hace equivaler la atención de salud con la función de la medicina".

En Alma Ata, de acuerdo con lo expresado por Mahler "se determinó que salud es mucho más que la medicina: es educación, es la nutrición, es el acceso al agua potable, son los estilos de vida saludables."⁽⁴⁾

La doctrina en la que descansa la Declaración de Alma Ata fue de gran avanzada y revolucionaria, al declarar que el estado de salud de millones de personas en el mundo era inaceptable, particularmente en los países en desarrollo. Por ello se propuso conseguir que todos los ciudadanos del mundo alcanzaran un nivel de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente activa.^(5,6)

Solo un año después de la Conferencia de Alma Ata, la Fundación Rockefeller patrocinó una conferencia titulada "Salud y Población en el desarrollo", en Bellagio, Italia. Allí, sobre la base de un influyente artículo de *Walsh y Warren*,⁽⁷⁾ se afirmó que el objetivo de Alma Ata era "irreprochable pero inalcanzable en un futuro cercano", y se acuñó la Atención Primaria Selectiva como una "estrategia temporal", basada en un grupo de intervenciones consideradas costo-efectivas, que pueden interpretarse como una nueva formulación del viejo paradigma de control de enfermedades. Esta estrategia fue asumida de forma entusiasta por los organismos de cooperación internacional, especialmente el BM y la UNICEF, hasta convertirse en el dominante modelo propugnado por el Consenso de Washington.

Apenas 18 meses después de Alma Ata, se presenta un escenario macro político adverso, al asumir Ronald Reagan la Presidencia de Estados Unidos, quien, junto con la primera ministra del Reino Unido, Margaret Thatcher, promueve la llamada “revolución conservadora”, la cual, entre otras acciones, propició: a) el debilitamiento de los organismos multilaterales, especialmente en aquellos en los cuales la presencia del G-7 era significativa como sucedió con UNESCO; b) la quiebra de la resistencia de la OPEP; c) el traslado de las acciones del G-7 hacia los organismos de Bretton Woods, lo que rompió un pacto de convivencia dentro de la familia de organismos de NNUU, en desmedro de los organismos técnicos multilaterales.⁽⁶⁾

En la práctica se unieron funciones de asistencia técnica con financiera (BM, BID, FMI), al combinar recetas técnicas con créditos altamente condicionados y el diseño de una nueva arquitectura para promover el llamado “libre mercado”.⁽⁷⁾

Por otra parte, las propuestas de los neoliberales para hacer frente al problema del subdesarrollo quedaron sintetizadas en lo que se conoce como el Consenso de Washington.⁽⁸⁾

A principios de la década de los años 90 ya existía en los organismos internacionales con sede en Washington (FMI y Banco Mundial, particularmente), en las administraciones dependientes de la Casa Blanca (el Tesoro y el Departamento de Estado de los Estados Unidos, específicamente) y en los ministros de economía del G-7 y los presidentes de los veinte mayores bancos internacionales (con gran influencia en las instituciones anteriores), *una especie de consenso sobre la naturaleza de la crisis latinoamericana y sobre las reformas que debían aplicarse para superarla (sin la participación de América Latina)*.

Las políticas de reforma, o de ajuste estructural, pretendían generar un modelo de desarrollo orientado hacia el mercado, y se basaban en la reducción del Estado, la liberalización del comercio internacional y la promoción de las exportaciones.

El Consenso de Washington y el modelo reformista de desarrollo derivado de él asumen que, una vez que las economías sean estabilizadas, liberalizadas y privatizadas, estas retomarán la senda del desarrollo; dicho desarrollo vendría dado por la restauración de un crecimiento sostenido, cuyos efectos se irían distribuyendo por toda la economía y por toda la sociedad, para mejorar el nivel y la calidad de vida de la población.

El consenso no tuvo los resultados esperados. Al respecto, Joseph Stiglitz (en *Magallanes y Stiglitz*)⁽⁹⁾ señala:

[...] el efecto de las políticas estipuladas por el Consenso de Washington ha sido favorecer a la minoría a expensas de la mayoría, a los ricos a expensas de los pobres. En muchos casos los valores e intereses comerciales han prevalecido sobre las preocupaciones acerca del medio ambiente, la democracia, los derechos humanos y la justicia social.

Asimismo, desde 1993 América Latina y el Caribe, inspirados en el poderoso y controvertido informe "invertir en salud" del Banco Mundial, fueron escenario de una explosión de reformas del sector de la salud. La esperanza de mayor equidad se puso en las reformas del sector salud y, sutilmente, fue extinguiendo el interés por la APS.⁽¹⁰⁾

En las décadas de los años 80 y 90 la banca multilateral eclipsó a la OMS: los préstamos del BM alcanzaban en 1999 16,800 millones. De esta forma, se impusieron un lenguaje y una práctica en el sector salud que se resume en: reducción del gasto social, recuperación de costos, eliminación de subsidios, descentralización, y privatización de servicios y mercados regulados.

Las políticas se inspiraron en el modelo de política sanitaria del BM de invertir en salud, una política sanitaria acorde con el momento económico y político. Se promovió un modelo de salud que profundizó las inequidades, lo que fortaleció la coexistencia de sistemas en función del ingreso y capacidad contributiva de la gente. Los usuarios de los servicios quedaron a merced del proveedor con muy poco control estatal. En la mayor parte de los países se definieron "paquetes básicos de salud" como el instrumento para atender las necesidades de los más pobres, lo que distorsionó el enfoque con la llamada atención primaria selectiva. La participación de la población antes y durante la reforma fue la gran ausente.⁽¹¹⁾

Carta de Ottawa y promoción de la salud

Por otra parte, es necesario referirnos a la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Canadá, la cual el día 21 de noviembre de 1986 emite la denominada Carta de Ottawa, dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000". Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas de las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados

como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento “Los Objetivos de la Salud para Todos” de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud, sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud.

Al respecto, la referida carta señala que la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre esta. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades, y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata, por tanto, de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de “salud como bienestar” trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

Las condiciones y los requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, el ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerequisites.

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social, y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien a favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud resulta hacer que esas condiciones sean favorables para promocionar la salud.

A partir de la Carta de Ottawa y la Conferencia de 1986 se han realizado periódicamente convocatorias internacionales bajo el paraguas de la promoción de la salud, hasta la reunión de 2013 en Finlandia, sin haber logrado que la esencia de su planteamiento sea el eje de las políticas internacionales de salud; por ende, ha sido limitada la repercusión en los países miembros de los organismos de Naciones Unidas relacionados con la salud pública. En 2016 se realiza la novena conferencia en Shanghái y, posteriormente, en Ginebra, en diciembre de 2021, se realiza la décima conferencia mundial (virtual). El documento alienta cinco medidas clave:

1. diseñar una economía equitativa que sirva al desarrollo humano dentro de los límites planetarios;

2. crear políticas públicas favorables al bien común;
3. lograr la cobertura sanitaria universal;
4. abordar la transformación digital para contrarrestar los daños y el debilitamiento, y reforzar los beneficios; y
5. valorar y preservar el planeta.

Los determinantes sociales de la salud

En el espíritu de la justicia social la Organización Mundial de la Salud puso en marcha en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, con el fin de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones a favor de la equidad sanitaria y promover un movimiento internacional para alcanzar este objetivo.⁽¹²⁾

La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno “natural” [...] Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud.^{12,13}

Las recomendaciones generales de la Comisión se refieren a lo siguiente:

- Mejorar las condiciones de vida; es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, trabaja y envejece.
- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos: los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local.

- Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública al respecto.

Por otra parte, la Conferencia Internacional sobre los determinantes sociales de la salud realizada en Río de Janeiro en 2011 señala en el punto 3 de la Declaración:⁽¹³⁾

Subrayamos los principios y las disposiciones establecidos en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y en la Declaración de Alma Ata de 1978, así como en la Carta de Ottawa de 1986 y en la serie de conferencias internacionales sobre promoción de la salud, en las que se reafirma el valor esencial de la equidad sanitaria y se reconoce que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. Reconocemos que los Gobiernos son responsables de la salud de su población, y que solo pueden cumplir con esta obligación adoptando las medidas sociales y de salud adecuadas, y que estas actividades nacionales tienen que contar con el apoyo de un entorno internacional propicio.

Renovación de la atención primaria

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud aprueba en 2008 la denominada “renovación de la atención primaria (APS)”.⁽¹⁴⁾ El propósito de la renovación de la APS es revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos en salud y mejorar la equidad. El objetivo último de un esfuerzo de esta naturaleza resulta lograr mejoras sostenibles en salud para toda la población.

Entre las razones que justifican la renovación de la APS se encuentran: los nuevos desafíos epidemiológicos que la APS debe asumir; la necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los distintos enfoques de la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre buenas prácticas

que pueden incorporarse para incrementar la efectividad de la APS; el reconocimiento creciente de la APS como estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las desigualdades en materia de salud; y, por último, el creciente consenso con respecto a que la APS es un enfoque sólido para abordar las causas de la falta de salud y de las desigualdades.

Por lo tanto, se consideró que una estrategia renovada de APS es una condición esencial para lograr objetivos de desarrollo a nivel internacional, como los contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (los Objetivos de Desarrollo del Milenio u ODM), así como para abordar las causas fundamentales de la salud –tal como ha definido la Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud– y para codificar la salud como un derecho humano, como han articulado algunas constituciones nacionales, grupos de la sociedad civil y otros. Para renovar la APS será necesario apoyarse en el legado de Alma Ata, aprovechar al máximo las lecciones aprendidas y las experiencias acumuladas durante más de un cuarto de siglo; además de reinterpretar y modernizar el enfoque y la práctica de la APS para estar en disposición de afrontar los desafíos del siglo XXI.

Cobertura Universal de Salud

Al cabo de 36 años reaparecen en el escenario sanitario mundial la Fundación Rockefeller y el Banco Mundial, “supuestamente” apoyando a la OMS sobre *cómo* lograr cobertura universal de salud. Al respecto es importante señalar varios acontecimientos que han dado origen a esta propuesta:

- En noviembre de 2012 se realizó en Beijing, China, un evento sobre Sistemas de Salud, financiado por la Fundación Rockefeller (FR). Con el tema central “Cobertura universal de salud”, una de las ponencias centrales fue la experiencia de China en aseguramiento privado presentado por el Banco Mundial.
- En diciembre de 2012 se realizó en Bellagio, Italia (Centro de la Fundación Rockefeller) una reunión de expertos del sector privado, sobre “el futuro del mercado de la salud”. Sus conclusiones señalan la importancia de las propuestas de “aseguramiento” y “cobertura universal” para el mercado.

- En enero de 2013 en el Foro Económico Mundial (reunión de empresarios y políticos en Davos, Suiza) se discutió el tema de Sistemas de Salud. Una de sus conclusiones fue promover la Cobertura Universal de Salud.
- El 24 de septiembre de 2013 en la Asamblea de las Naciones Unidas la OMS se unió a la Fundación Rockefeller para presentar un “Reporte sobre la cobertura universal de salud”.
- En febrero de 2014 la OPS/OMS ha convocado a un grupo de expertos en salud global con apoyo de la iniciativa Equidad Global de Harvard (HGEI, por sus siglas en inglés) para discutir estrategias de apoyo a la región de las Américas en el logro de la cobertura universal de salud.

Consideramos que la propuesta no es coherente con el derecho social a la salud, por cuanto este se basa en el concepto de los determinantes sociales, la promoción de la salud, la interculturalidad, y en los principios de la atención primaria, de allí que es necesario redefinir en el ámbito académico el espacio de la salud pública para la formación de los recursos humanos en respuesta a las necesidades y prioridades sociosanitarias de la población.

La salud y todos los mecanismos que aseguren el bienestar y la mejor calidad de vida constituyen un derecho de todos los habitantes, por lo que es una obligación del Estado garantizar el acceso a los bienes y servicios que permitan la concreción de este derecho. El acceso universal de salud resulta, por tanto, una obligación y una meta hacia la cual debemos contribuir todas las instituciones contando siempre con la participación social.

Constituye una necesidad inaplazable el agotar todos los esfuerzos posibles para lograr el acceso universal en salud. El problema no radica en el enunciado o en la meta a ser alcanzada, sino en los mecanismos y la responsabilidad de los distintos actores sociales para lograr dicho fin. No se trata de aplicar posibles recetas emanadas de expertos de conocidas instituciones financieras, que en años pasados ya incursionaron en el campo de la salud con modelos, planes, programas y préstamos, que lo único que lograron fue una auténtica desarticulación y precarización de los servicios públicos de salud.

Frente a los mecanismos para lograr la propuesta de “cobertura universal en salud” se pueden identificar al menos dos corrientes. La primera inspirada en la tendencia de conceptualizar a la salud como un bien del mercado sujeta a la competencia de la oferta y la demanda, lo que privilegia a los grandes complejos médico industriales, los seguros privados y la industria farmacéutica; convierte a la salud en un espacio

de lucro para unos; y genera, consecuentemente, una profundización de la inequidad social.

Al respecto, *Asa Cristina Laurell*⁽¹⁵⁾ señala que vale la pena advertir sobre los peligros de algunas políticas que tienden a contravenir, a veces irremediablemente, los objetivos estratégicos de una política del derecho a la salud. La primera es el “aseguramiento universal” hoy muy en boga y promovida desde los organismos financieros supranacionales. Puede parecer una vía de resolver la segmentación y fragmentación del sistema de salud, al crear un mecanismo de financiamiento para que todos puedan acceder a los servicios amparados por un seguro. Sin embargo, la experiencia empírica demuestra que su finalidad es la mercantilización de campo de salud y su agenda oculta la apertura a los agentes privados de administración de fondos y prestación de servicios. Además, tiende a destruir los servicios públicos al exponerlos a una competencia desigual. Otra política es la asociación público-privada para la construcción de infraestructura de salud, un arreglo extremadamente caro que nutre al capital financiero e inmobiliario.

Por otro lado, está la posición de garantizar el acceso universal a los servicios de salud mediante la estructuración de sistemas nacionales de carácter público bajo la conducción del Estado, que busquen una atención integral, oportuna, equitativa y de calidad.

En el informe de la Comisión de Alto Nivel “Salud Universal en el siglo XXI: 40 Años de Alma Ata”,⁽¹⁶⁾ Michelle Bachelet, alta comisionada de los Derechos Humanos de las NNUU, señala: “y es la vigencia de la Declaración de Alma Ata de 1978, lo que demuestra su carácter visionario. Sus principios están de pie, pero más que nunca su vigencia debe quedar reflejada en la posibilidad de llevar la práctica esos principios”.

Universidad y salud de la población

En la década de los años 70 la OPS, bajo la coordinación de Juan César García, realizó un estudio sobre la educación médica en América Latina. Lo más importante de las recomendaciones de este informe fue que incorporaba una nueva visión de calidad de la educación médica, al concebirla no como un proceso aislado, sino subordinado a la sociedad donde se desarrolla.⁽¹⁷⁾

A partir de la Declaración de Alma Ata sobre la estrategia de atención primaria para alcanzar la meta de Salud para Todos, se han sucedido una serie de

resoluciones de los cuerpos directivos de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, vinculados a las políticas, las estrategias y los planes de desarrollo del personal de salud, como de las instituciones involucradas, entre ellas las escuelas y los centros formadores de personal y las universidades.⁽¹⁹⁾

Al respecto, *María Isabel Rodríguez*⁽³⁾ señala que el octavo documento que corresponde al “Séptimo Programa General de Trabajo de la OMS 1984-1989” contiene un buen capítulo sobre recursos humanos y otro dedicado a la información pública y a la educación para la salud, como elementos substanciales para el desarrollo de la estrategia global de alcanzar salud para todos.

Por otra parte, *María Isabel Rodríguez*⁽³⁾ destaca que “se menciona por primera vez, la recomendación a las universidades para que no solamente se limiten a rediseñar sus programas educativos a la luz de los principios de Alma Ata, sino también a desarrollar diferentes tipos de investigaciones requeridos para apoyar el movimiento de salud para todos”.

Durante el período 1987-1993 el aporte de las universidades latinoamericanas fue desarrollado con la participación de las Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina, Enfermería, Odontología, Salud Pública y Medicina Social, y promovida por la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) y la OPS/OMS.⁽³⁾

La tesis básica que fue compartida por los diversos núcleos sobre la misión y las funciones de la universidad, debe contribuir al proyecto histórico de construcción de una sociedad más justa y democrática, y asumir un liderazgo en defensa de la vida humana y del conjunto de derechos fundamentales de las y los ciudadanos.

En 2000 la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL), la OPS/OMS y el Ministerio de Salud de Cuba convocan al encuentro “Universidad Latinoamericana y salud de la población: desafíos y retos para el siglo XXI”, el cual, de manera retrospectiva y prospectiva, permite identificar la dinámica de las instituciones con respecto a los resultados logrados desde 1991, fecha de la Conferencia Integrada Universidad Latinoamericana y Salud de la Población.⁽¹⁸⁾

En la agenda para el cambio propuesta por el mencionado encuentro se señalaron los siguientes puntos:⁽¹⁸⁾

- Recuperar la credibilidad de las universidades.
- Promover la cooperación sur-sur.
- Habitarse al concepto de educación permanente.

- Propuestas cualitativamente sólidas a organismos financieros.
- Profundizar en el análisis de salud y hacer propuestas viables a los Gobiernos.
- Alianzas con la comunidad para contribuir a la solución de sus problemas.
- Educación a distancia ponderada (culturalmente adecuada) y de alta calidad.
- Promover el intercambio de estudiantes, profesores e investigadores.

En 2010 se convoca un taller entre UDUAL y la Universidad de Cuenca, Ecuador, sobre “desarrollo local integral en interacción con la formación universitaria”, a partir del cual se han formulado propuestas que retomen los principios de la APS, y los DSS para una movilización multiprofesional e interdisciplinaria de la universidad hacia las necesidades y prioridades de salud de las poblaciones.⁽¹⁹⁾

En 2012 la UDUAL propone la iniciativa sobre vinculación de la universidad a los procesos de desarrollo local en los ámbitos social, económico, ambiental y cultural, la cual acoge en su parte fundamental un enfoque de los determinantes sociales para promover el compromiso de la universidad con las necesidades y prioridades de la población. Esta iniciativa se concreta en el proyecto “vinculación de la universidad a los procesos de desarrollo local”, para cuyo sustento se puede consultar el documento de trabajo producido por UDUAL.^(20,21)

El proceso emprendido a partir de 1991 en la Conferencia Integrada sobre Universidad y Salud de la Población y los momentos señalados a lo largo de las siguientes tres décadas encuentra un enfoque de integralidad en el Foro Latinoamericano y del Caribe sobre Desarrollo Económico Territorial realizado en Quito los días 18 y 19 de mayo de 2015, uno de cuyos ejes estuvo dirigido a la presentación de experiencias y al análisis de la vinculación de la universidad a los procesos de desarrollo local en los ámbitos social, económico, cultural y ambiental, que significa el principal desafío para las universidades en general y para las ciencias de la salud en particular.⁽²²⁾

La UDUAL considera que, en el período transcurrido entre la Declaración de Alma Ata sobre la Estrategia de Atención Primaria/Salud para Todos (1978) y lo que va del siglo XXI, diferentes decisiones políticas y aportes científicos influenciaron en el enfoque de formación de los recursos humanos para la salud pública; sin embargo, no se priorizaron conceptos fundamentales vinculados a los determinantes sociales, a la promoción de salud, a los principios de la estrategia social de atención primaria y a los de interculturalidad. Con estos antecedentes,

ve necesario retomar la reflexión crítica sobre los desafíos políticos, económicos y sociales que determinan una nueva dimensión de la responsabilidad social de la universidad con la formación de recursos humanos comprometidos con la salud de la población, sus necesidades y prioridades, y con sistemas de salud coherentes con estos principios de forma integral.

La construcción de políticas universitarias, cuyo foco central sea el desarrollo sostenible y la Agenda 2030, requiere la renovación del enfoque mismo de educación superior y de las perspectivas conceptuales en que descansan sus estrategias de formación, investigación, innovación y vinculación. El punto de partida es la colocación del “desarrollo sostenible” en el foco de las estrategias universitarias. Esta resulta una formulación contemporánea del ideal de universidad socialmente comprometida, que en América Latina forjó el Movimiento de la Reforma Universitaria de Córdoba en 1918. Su principio fundamental es la pertinencia social que defendieron las conferencias regionales de educación de América Latina y el Caribe (CRES) 1996, en La Habana; en 2008, en Cartagena, Colombia; y en 2018, en Córdoba, Argentina.^(16,23)

Sin embargo, el informe “Salud Universal en el siglo XXI: 40 Años de Alma Ata”¹⁶ señala que ha habido múltiples espacios de reflexión a lo largo de los años para superar la acción paralela entre la formación universitaria y el desarrollo de los servicios de salud, situación que no ha sido logrado a excepción de limitadas experiencias en nuestra región. No existe la voluntad y decisión política para una planificación integral entre estos dos sectores, cuyo efecto se manifiesta por una falta de respuestas coherentes a la situación de salud de las poblaciones en sus diferentes territorios.

Consideraciones finales

Por lo señalado se plantea la necesidad de convocar a una reflexión crítica sobre los desafíos políticos, económicos y sociales que requieren de una nueva dimensión en la responsabilidad académica de la universidad para la formación de los recursos humanos para la salud y el desarrollo social, junto con las instancias vinculadas con la salud pública en nuestra región: Al respecto dejamos en consideración de la UDUAL, la OPS/OMS, la Red de Escuelas y Centros Formadores de Salud Pública de América Latina, COMISCA, ORAS/CONHU, MERCOSUR convocar a esta reflexión para el aporte de planes y estrategias coherentes con las necesidades y prioridades de nuestras poblaciones.

Agradecimientos

Para los profesores doctores Roberto Álvarez Sintés e Indira Barcos Pina, de la Facultad de Ciencias Médicas “Salvador Allende” y la Escuela Nacional de Salud Pública de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana por la revisión crítica, edición técnica y aprobación de la versión que se publicará.

Referencias bibliográficas

1. Yépez P, González R. Conmemorando 100 Años de Salud. Representación de la OPS/OMS en Cuba (Serie Desarrollo de la Representación, 24). La Habana: OPS/OMS; 2002.
2. OPS/OMS. La Salud Pública en Las Américas. Pub.Cient. OPS No. 587. Washington DC; 2002 [acceso 12/06/2003]. Disponible en: <https://www.paho.org/dmdocuments/Salud-Amer...>
3. Rodríguez MI. La Atención Primaria en Salud, la OMS, la Universidad y las instituciones formadoras de personal de salud. Taller internacional contextualizando y revitalizando la salud para todos en El Salvador. 27 al 29 de septiembre de 2007. En: ALCUEH. Salud para Todos una Meta Posible. Buenos Aires: ALCUEH / CMDT; 2009 [acceso 12/06/2010]. Disponible en: <https://docplayer.es/5533468-Salud-para-todos-una-meta-posible.html>
4. Lipcovich P. Halfdan Mahler, ex director de la OMS. La salud no es solo una cuestión de los médicos. Buenos Aires: LinkedIn; 2007 [acceso 12/06/2008]. Disponible en: <https://es.linkedin.com/pulse/la-salud-es-s%C3%B3lo-una-cuesti%C3%B3n-de-los-m%C3%A9dicos-mahler-lic-carlos>
5. Yépez P, González R. Atención Primaria de Salud: Hacia una unidad de doctrina. Ciudad de Panamá: Cuadernos de la OPS/Panamá; 1994.
6. Rovere M. ¿Es estratégica la estrategia de Atención Primaria? Taller internacional contextualizando y revitalizando la salud para todos en El Salvador. 27 al 29 de septiembre de 2007. En: ALCUEH. Salud para Todos una Meta Posible. Buenos Aires: ALCUEH / CMDT; 2009 [acceso 12/06/2010]. Disponible en: <https://docplayer.es/5533468-Salud-para-todos-una-meta-posible.html>

7. Walsh J A, Warren K S. Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries. The New England Journal of Medicine. 1979;301:967-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM197911013011804>
8. Williamson J. Chapter 2 from Latin American Adjustment: How Much Has Happened? Edited by John Williamson; 1990 April [acceso 12/06/2000]. Disponible en: <https://www.piie.com/commentary/speeches-papers/what-washington-means-policy-reform>
9. Magallanes R, Stiglitz, Joseph E. El malestar en la globalización. Madrid: Taurus-Santillana Ediciones Generales, S.L.; 2002 [acceso 12/06/2003]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170033586001>
10. Seth Bobadilla B, Hecht J L, Hill R M, Jamison K, Murray D T, Christopher J L. Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud. Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Washington DC: Banco Mundial; 1993 [acceso 12/06/2003]. Disponible en: <https://documentos.bancomundial.org/es/publication/documents-reports/documentdetail/282171468174893388/informe-sobre-el-desarrollo-mundial-1993-investir-en-salud>
11. Rodríguez C, Garzón G. La Atención Primaria en Salud en un modelo de prestación de servicios de salud orientado al mercado. Taller internacional contextualizando y revitalizando la salud para todos en El Salvador. 27 al 29 de septiembre de 2007. En: ALCUEH. Salud para Todos una Meta Posible. Buenos Aires: ALCUEH / CMDT; 2009 [acceso 12/06/2010]. Disponible en: <https://docplayer.es/5533468-Salud-para-todos-una-meta-posible.html>
12. Commission on Social Determinants of Health. (2008). Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: resumen analítico del informe final. Ginebra: OMS; 2008 [acceso 13/06/2009]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>
13. Organización Mundial de la Salud. Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud. Río de Janeiro: Conferencia Internacional sobre Determinantes Sociales de la Salud; 2011 [acceso 19/07/2012]. Disponible en: <https://cuba.campusvirtualsp.org/declaracion-politica-de-rio-sobre-determinantes-sociales-de-la-salud>
14. Organización Mundial de la Salud. La Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: OPS; 2007.

15. Laurell Asa C. Confrontando las políticas de desmantelamiento de los sistemas de protección y seguridad social. Una visión latinoamericana. Actuando desde fuera y dentro del gobierno. Montevideo: XII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva. XVIII Congreso Internacional de Políticas de Salud. VI Congreso de la Red Américas de Actores Locales de Salud; 2012 [acceso 12/06/2013]. Disponible en: <https://studylib.es/doc/3000178/xii-congreso-latinoamericano-de-medicina-social-y-salud-c...>
16. Organización Panamericana de la Salud. Salud Universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50960>
17. García JC. La educación médica en América Latina. Pub.Cient. OPS No. 255. Washington DC; 1972.
18. Unión de Universidades de América Latina, Organización Panamericana de la Salud. Memorias Conferencia Integrada La Universidad Latinoamericana y la salud de la población. La Habana: Unión de Universidades de América Latina/Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería/Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina/Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología/Organización Panamericana de la Salud; 1991 [acceso 12/06/2000]. Disponible en: <http://dspaceudual.org/handle/Rep-UDUAL/1231>
19. Unión de Universidades de América Latina, Universidad de Cuenca. Taller desarrollo local integral en interacción con la formación universitaria. Relatoría. Cuenca: UDUAL; 2010.
20. Unión de Universidades de América Latina. Informe de progreso del proyecto vinculación de la universidad a los procesos de desarrollo local. Ciudad de México: UDUAL; 2016.
21. Yépez P, Álvarez-Sintes R, Barcos-Pina I. Una visión salubrista de la convergencia estratégica para la agenda 2030 de Desarrollo Sostenible. Revista Cubana de Salud Pública. 2020 [acceso 23/11/2022];46(1). Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1644>
22. Comité Interinstitucional del Foro Latinoamericano y del Caribe sobre Desarrollo Económico Territorial. Memorias. Quito: SENPLADES/SENESCYT/CONGOPE/GAD/SETECI/UDUAL/UCE/PNUD; 2015. Disponible en: https://issuu.com/artpublications/docs/pnud_ec_iii_foro_mundial_final

23. Unión de Universidades de América Latina. Relatoría panel II. VII Asamblea Extraordinaria de UDUAL. Ciudad de México: UDUAL; 2018.

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.